

1 ca lao. Chụp theo dõi sau 3 tháng không phát hiện thêm ca nào. Tỷ lệ phát hiện ung thư sau chụp sàng lọc là 6/157 (3,8%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Những đối tượng có nguy cơ cao UTP như tuổi cao đặc biệt trên 60, hút thuốc cần tiến hành chụp sàng lọc bằng CLVT liều thấp nhằm phát hiện sớm UTP để có biện pháp điều trị kịp thời. Mặc dù chưa theo dõi được các nốt mờ sau thời gian 6-12 tháng nhưng để tránh bỏ sót chẩn đoán ở các đối tượng có yếu tố nguy cơ, các nốt mờ chưa được chẩn đoán nên được theo dõi như sau: Các nốt mờ >4mm và ≤ 8mm nên được chụp theo dõi sau 6 tháng Các nốt mờ >8 và ≤20mm và >20mm nên được chụp theo dõi sau 3-6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van Thuan T, Tuan Anh P, Van Tu D et al (2016). Cancer control in Vietnam: where are we? *Cancer Control* 2016; 99-104.
2. Nguyễn Tiên Dũng (2020). Nghiên cứu kết quả sàng lọc phát hiện ung thư phổi ở đối tượng trên 60 tuổi có yếu tố nguy cơ bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp. Luận án Tiến sĩ, Đại Học Y Hà Nội
3. O. Leleu, M. Auquier (2018). Dépistage du

cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation dans la Somme: résultats à 1 an. *Revue des Maladies respiratoires*, Volume 35, January 2018

4. Đoàn Thị Phương Lan (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi. Luận án Tiến sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
5. Cung Văn Công (2015). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu ngực trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát ở người lớn. Luận án tiến sĩ. Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.
6. Ann Leung (2007). Solitary pulmonary nodule: benign versus malignant-Differentiation with CT and PET-CT-Radiology Assistant.
7. Warren GW, Cummings KM (2013). Tobacco and lung cancer: risks, trends, and outcomes in patients with cancer. *American Society of Clinical Oncology Education Book*; 359-64.
8. Snoeckx A, Reyntiens P, Desbuquoit D et al (2018). Evaluation of the solitary pulmonary nodule: size matters, but do not ignore the power of morphology. *Insights into imaging*, 9(1):73-86
9. Bhatt KM, Tandon YK, Graham R (2018). Electromagnetic Navigational Bronchoscopy versus CT-guided Percutaneous Sampling of Peripheral Indeterminate Pulmonary Nodules: A Cohort Study. *Radiology*;286(3):1052-1061.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU ĐIỀU TRỊ U CƠ TRƠN TỬ CUNG ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 8CM CÓ TRIỆU CHỨNG BẰNG NÚT MẠCH QUA ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH CÁNH TAY

Đặng Thái Tôn¹, Đỗ Tiến Cẩm¹,
Lê Thanh Dũng², Phạm Hồng Đức², Đào Xuân Hải³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u cơ trơn tử cung (UCTTC) có đường kính lớn hơn 8cm có triệu chứng bằng phương pháp nút mạch qua đường động mạch cánh tay ở giai đoạn ngay sau nút mạch 1 tháng và sau 6 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 20 bệnh nhân nữ (BN) có UCTTC có đường kính lớn nhất trên 8cm có triệu chứng lâm sàng được điều trị bằng phương pháp nút mạch qua đường động mạch cánh tay. Các BN được khám lâm sàng, chụp MRI có tiêm thuốc tương phản tại thời điểm trước điều trị, 01 tháng và 06 tháng sau nút mạch. Đánh giá hiệu quả

điều trị về mặt hình ảnh học và triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị. **Kết quả:** Có tổng số 20BN được tiến hành can thiệp và theo dõi. Độ tuổi trung bình là 42,35 ± 8,0 tuổi với đường kính lớn nhất trung bình của UCTTC trước điều trị là 92,50 ± 13,62mm. Tất cả các BN được nút mạch thành công, không có biến chứng liên quan đến thủ thuật. Sau 01 tháng nút mạch đường kính khối u giảm 12,38% (81,05 ± 14,52mm), sau 6 tháng đường kính khối u giảm 45,14% (50,75 ± 10,59mm). Theo dõi ngay sau nút mạch 1 tháng, 90% BN có triệu chứng đau vừa và đau nhẹ, 10% đau nhiều cần phải dùng thuốc giảm đau và 95% BN không còn rong kinh, 5% không giảm rong kinh. Sau 6 tháng, 90% bệnh nhân không còn đau, 10% BN có triệu chứng đau nhẹ đến vừa, 80% không còn rong kinh, 20% giảm rong kinh và không có bệnh nhân nào bị mất kinh nguyệt. **Kết luận:** Điều trị nút mạch với các UCTTC có đường kính lớn hơn > 8cm qua đường động mạch cánh tay là phương pháp an toàn, đạt hiệu quả, giúp giảm đường kính UCTTC và cải thiện triệu chứng lâm sàng sau nút mạch.

Từ khóa: u cơ trơn tử cung kích thước lớn, nút mạch u cơ trơn tử cung, đường động mạch cánh tay.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thái Tôn

Email: drtongdangthai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

SUMMARY**EARLY RESULTS OF THE TRANSBRACIAL APPROACH EMBOLIZATION FOR TREATMENT OF OVER 8CM SYMPTOMATIC UTERINE FIBROMAS**

Objectives: To evaluate the early results in treating over 8cm symptomatic uterine leiomyoma with transbrachial approach embolization after 1 month and 06 months. **Methods:** The study involved 20 female patients (patients), with a mean age of 42.35 ± 8.0 years, having over 8cm symptomatic uterine leiomyoma and treated with transbrachial embolization. Clinical and magnetic resonance imaging features were collected before and six months after embolization. **Results:** All patients were successfully embolized with no procedure - related complications. After one and six months of embolization, the tumor diameter decreased by 12,38% and 45,14%, respectively, ($92,50 \pm 13,62$ mm before treatment, $81,05 \pm 14,52$ mm and $50,75 \pm 10,59$ mm after 1 month and six months, respectively). 95% and 100% of patients stopped menorrhagia symptoms after one month and six months of embolization, respectively. 90% and 100% of patients decrease lower abdominal pain symptoms after one month and six months of embolization, respectively. **Conclusion:** Transbrachial embolization of the over 8cm uterine fibroma is safe and effective, helping to reduce the diameter of the tumor and improve early clinical symptoms after embolization. **Keywords:** large uterine leiomyoma, uterine leiomyoma nodule, brachial artery line.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UCTTC) là loại khối u lành tính, phát triển từ cơ tử cung. Đây là loại khối u sinh dục hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ¹. Theo Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Minh UCTTC chiếm 18 – 20% trong tổng số phụ nữ trên 35 tuổi².

UCTTC đa số không có triệu chứng lâm sàng và thường được phát hiện tình cờ qua thăm khám sản phụ khoa và siêu âm. Một số UCTTC có đường kính lớn hoặc phát triển ở những vị trí đặc biệt như dưới niêm mạc có thể gây ra một số triệu chứng lâm sàng như đau bụng, bí tiểu, táo bón, phù hai chi dưới do chèn ép vào các cơ quan vùng chậu hông, gây rối loạn kinh nguyệt, rong kinh hoặc băng kinh dẫn đến thiếu máu và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Khối UCTTC kích thước lớn còn làm biến dạng buồng tử cung, chèn ép vào vòi tử cung làm tăng nguy cơ vô sinh, sảy thai³.

Có nhiều phương pháp điều trị UCTTC tùy thuộc vào triệu chứng lâm sàng và kích thước khối u, bao gồm điều trị nội khoa với các UCTTC nhỏ và ít triệu chứng lâm sàng; phẫu thuật bóc UCTTC, phẫu thuật cắt tử cung hoặc nút mạch với các UCTTC lớn và gây khó chịu cho người bệnh⁴. Ngày nay rất nhiều phụ nữ bị UCTTC

không muốn phẫu thuật cắt bỏ khối u hay cắt bỏ tử cung vì nhiều lý do như để lại sẹo, mất kinh nguyệt..., điều này ảnh hưởng đến tâm lý cũng như mất tính tự tin của người phụ nữ⁴. Phương pháp nút mạch điều trị UCTTC đã và đang được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới, cho thấy hiệu quả tốt trong điều trị cùng với ưu thế can thiệp xâm lấn tối thiểu⁴. Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ biến chứng và cần tái can thiệp nút mạch của nút mạch UCTTC rất thấp và thường nhiều hơn ở các UCCTC đường kính lớn⁴. Tuy nhiên việc áp dụng phương pháp nút mạch để điều trị u xơ tử cung kích thước lớn vẫn còn chưa được phổ biến. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả sớm điều trị UCTTC đường kính trên 8cm có triệu chứng bằng can thiệp nút mạch qua đường động mạch cánh tay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2023, lựa chọn các bệnh nhân có UCTTC có triệu chứng với đường kính > 8cm điều trị bằng phương pháp nút mạch qua đường vào động mạch cánh tay tại Khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các thông tin về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng, biến chứng của UCTTC, các thông số liên quan đến nút mạch, các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) trước và trong vòng 01 tháng và 06 tháng sau can thiệp đều được thu thập. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức y học trường Đại Học Y Hà Nội (2766/QĐ-DHYHN, ngày 27, tháng 7, năm 2022).

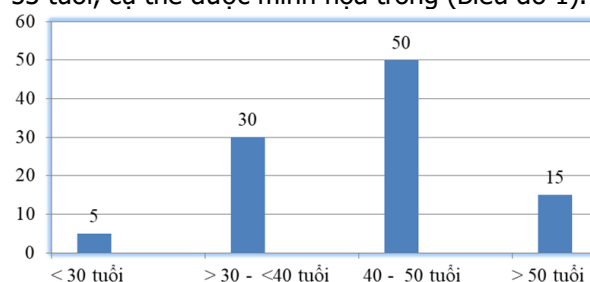
Phương pháp nút mạch. BN được giải thích về thủ thuật và nguy cơ trước can thiệp có sự đồng thuận bằng văn bản được lưu trữ trong hồ sơ bệnh án. Kháng sinh dự phòng được sử dụng trong vòng 6 giờ trước can thiệp. Kỹ thuật nút ĐM tử cung hai bên được thực hiện qua đường động mạch cánh tay, sử dụng dụng cụ mở vào lòng mạch 5Fr, catheter vertebral 5F, microcather 2.7Fr. Vật liệu nút mạch được sử dụng bao gồm Embosphere Microspheres (CeloNova BioSciences, Peachtree City, GA) với kích thước từ 250 μ m đến 700 μ m cho tới khi loại bỏ hoàn toàn mạch nuôi u. Sau can thiệp, BN được băng ép và giữ bất động vùng chọc động mạch cánh tay trong vòng 6 giờ, và dùng thuốc giảm đau theo y lệnh (NSAIDs hoặc morphine nếu cần). Nếu không có biến chứng, BN sẽ được cho ra viện sau 1 ngày.

Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần

mềm SPSS 20.0 (SPSS version 20.0 SPSS Inc., IBM, Armonk, NY, USA). Các biến có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, phân tích bằng independent sample t test, các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ so sánh bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher. So sánh tương quan ghép cặp sử dụng test Paired Samples T Test (bao gồm các phương pháp kiểm định Paired Samples Statistics, Paired Samples Correlations và Paired Samples Test). Giá trị $P < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 20 BN nữ có UCTTC được điều trị nút mạch và theo dõi dọc trong vòng 01 tháng và 06 tháng. Độ tuổi trung bình là $42,35 \pm 8,0$. Tuổi hay gặp nhất là từ 30-50 tuổi với tỷ lệ 80%, tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 24 tuổi, tuổi lớn nhất trong nghiên cứu là 53 tuổi, cụ thể được minh họa trong (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Mỗi liên quan giữa tuổi và UCTTC

Rong kinh là triệu chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 19/20 BN (95%), trong đó 11 BN rong kinh kèm đau bụng (55%). Chỉ một trường hợp đến viện vì đau bụng đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào có triệu chứng rối loạn tiểu tiện và các triệu chứng khác liên quan tới khối u (Bảng 1).

Bảng 1. Lý do vào viện liên quan tới UCTTC

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng đơn thuần	1	5
Rong kinh	8	40
Đau bụng và rong kinh	11	55
Khác (rối loạn tiểu tiện,...)	0	0
Tổng	20	100

Theo dõi ngay sau nút mạch, tất cả 20 BN trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau sau nút mạch 1 tháng, trong đó chủ yếu và đau nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ 90%. Có 02 BN đau nhiều chiếm tỷ lệ 10%, cần phải dùng thuốc giảm đau. Sau 6 tháng, 90% bệnh nhân không còn đau và chỉ còn 1 bệnh nhân có triệu chứng đau nhẹ (5%) và 1 bệnh nhân có triệu chứng đau vừa (5%). Không có BN nào có các tai biến sau can thiệp nút mạch

(như chảy máu, nhiễm trùng, mất kinh...) hoặc sốt tại thời điểm từ khi làm can thiệp tới theo dõi sau 01 tháng và 06 tháng. (Bảng 2).

Bảng 2. Mức độ đau sau nút mạch 01 tháng và 06 tháng

Mức độ đau sau nút	Số lượng bệnh nhân có triệu chứng sau 01 tháng	Số lượng bệnh nhân có triệu chứng sau 06 tháng
Không đau	0	18 (90%)
Đau nhẹ	9 (45%)	1 (5%)
Đau vừa	9 (45%)	1 (5%)
Đau nhiều	2 (10%)	0

Sau một tháng nút mạch 01 tháng phần lớn BN giảm hoặc không còn rong kinh (95%), chỉ có một BN không giảm triệu chứng rong kinh (5%). Sau 6 tháng, tất cả các bệnh nhân giảm triệu chứng rong kinh, trong đó có 80% không còn rong kinh và không có bệnh nhân nào bị mất kinh nguyệt. (Bảng 3)

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng rong kinh sau nút 01 tháng và 06 tháng

Triệu chứng		Sau 1 tháng	Sau 6 tháng
Rong kinh	Không rong kinh	05 (25%)	16 (80%)
	Giảm	14 (70%)	4 (20%)
	Không giảm	1 (5%)	0 (0%)

Đường kính trung bình khối u lớn nhất đo trên CHT xung T2W trước nút mạch là $92,50 \pm 12,62\text{mm}$ và giảm xuống $81,05 \pm 14,52\text{mm}$ sau nút mạch 01 tháng (trung bình 12,38%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước nút mạch ($P < 0,001$). So sánh tương quan ghép cặp cho thấy sự giảm đường kính trước và sau nút là có mối tương quan rất gần với nhau (mối quan hệ nguyên nhân - kết quả với nhau) có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Đường kính trung bình khối u lớn nhất giảm xuống còn $50,75 \pm 10,59\text{mm}$ sau nút mạch 06 tháng (trung bình 45,14%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước nút mạch ($P < 0,001$). So sánh tương quan ghép cặp cho thấy sự giảm đường kính trước và sau nút là có mối tương quan rất gần với nhau (mối quan hệ nguyên nhân - kết quả với nhau) có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. (Bảng 4).

Bảng 4. Đường kính khối u trước và sau nút mạch 01 tháng và 06 tháng

Đánh giá sau nút mạch UCTTC	Giá trị	P
KTTB trước nút (mm ± độ lệch chuẩn)	$92,50 \pm 13,62$	
KTTB sau nút 01 tháng (mm ± độ lệch chuẩn)	$81,05 \pm 14,52$	$< 0,001^1$
So sánh tương quan ghép cặp	0.888	$< 0,001^2$

So sánh mức độ giảm về đường kính sau nút mạch (Trung bình \pm SD)	11,45 \pm 6,71	<0,001 ³
KTTB sau nút 06 tháng (mm \pm độ lệch chuẩn)	50,75 \pm 10,59	<0,001 ¹
So sánh tương quan ghép cặp	0.905	<0,001 ²
So sánh mức độ khác biệt về đường kính sau nút mạch (Trung bình \pm SD)	41,75 \pm 6,06	<0,001 ³

Chú thích: 1. Test Paired Samples Statistics.

2. Test Paired Samples Correlations. 3. Test Paired Samples Test.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, độ tuổi mắc UCTTC trung bình là 40,5 và trong khoảng từ 26 đến 58 tuổi.⁵ Tại Việt Nam, tuổi trung bình UCTTC là 39-41,7 tuổi, giao động từ 25 đến 54 tuổi theo nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Khánh và cs (2010)⁶ và tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cộng sự (2011)⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 42,35 \pm 8,0 tuổi, giao động từ 24 đến 53 tuổi và 80% trong khoảng từ 30-50 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rong kinh chiếm 95%, trong đó có 55% BN vừa có triệu chứng đau bụng và rong kinh, đau bụng đơn thuần ít gặp, chỉ chiếm 5%. Phạm Gia Khánh⁶, Nguyễn Xuân Hiền cũng báo cáo tỷ lệ rong kinh gặp ở 80,1 – 89,9% BN. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trên. Có lẽ khi các khối u kích thước lớn thường gây ảnh hưởng tới lớp niêm mạc làm và dẫn đến rối loạn kinh nguyệt, rong kinh hoặc băng kinh³. Triệu chứng đau bụng đơn thuần ít được chú ý, có lẽ do bệnh tiến triển và chèn ép mạn tính nên đã có sự thích nghi.

Về diễn biến lâm sàng ngay sau nút mạch, triệu chứng đau xuất hiện ở tất cả các BN ngay sau nút mạch, trong đó đau nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ 90%. Chỉ 2/20 (10%) biểu hiện đau nhiều, cần dùng morphine. Laurent Brunereau và cs⁸ thống kê cho thấy 90% BN có triệu chứng đau ngay sau nút mạch. Tỷ lệ tương ứng là 89,9% trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền⁹. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngay sau can thiệp trong vòng 1 tháng của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác được giải thích do các BN có khối u đường kính lớn, tăng sinh mạch nhiều, sử dụng số lượng hạt lớn để gây tắc mạch, sau 06 tháng tới 90% không còn triệu chứng đau và chỉ còn 10% còn triệu chứng đau nhưng chỉ đau nhẹ hoặc đau vừa.

Khác với các nghiên cứu khác, chúng tôi sử dụng đường tiếp cận qua động mạch cánh tay để

nút mạch UCTTC. Đường tiếp cận này có các ưu điểm hơn so với tiếp cận qua đường động mạch đùi đó là BN không cần phải nằm bất động tại giường sau can thiệp. Bởi như đã đề cập ở phía trên, triệu chứng đau sau can thiệp rất phổ biến, và đôi khi xảy ra ở mức độ nặng và liên tục, khi đó, nếu yêu cầu BN nằm yên bất động sẽ gây ra thêm sự khó chịu cho người bệnh. Việc áp dụng nút mạch qua đường động mạch cánh tay sẽ loại bỏ được bất tiện này đồng thời có ưu điểm trong việc băng ép sau can thiệp, chính vì lẽ đó không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có biến chứng như tụ máu tại vị trí can thiệp.

Một tháng sau nút mạch, tỷ lệ bệnh nhân có giảm triệu chứng lâm sàng rong kinh và đau bụng đều là 95%, sau 06 tháng tỷ lệ không đau bụng là 90%, không rong kinh là 20%, giảm rong kinh là 80%, như vậy là trong 06 tháng các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân đều giảm hoặc hết triệu chứng. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cs⁸, tỷ lệ giảm của triệu chứng rong kinh và đau bụng sau 01 tháng lần lượt là 97,6% và 97,7%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi do nghiên cứu trên lựa chọn các bệnh nhân có đường kính UCTTC đều nhỏ hơn 10cm và nếu là UCTTC dưới niêm mạc thì đường kính nhỏ hơn 5cm, với đường kính trung bình trong nghiên cứu là 47,3 \pm 19,3mm. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả Llewellyn và cộng sự⁴ trên 839 bệnh nhân có UCTTC (163 u đường kính lớn hơn 10cm và 676 có đường kính nhỏ), cho thấy nút mạch UCTTC có hiệu quả tốt trong giảm các triệu chứng lâm sàng và tăng mức độ hài lòng của người bệnh.

Đường kính khối u giảm sau một tháng trung bình 11,45 \pm 6,71mm tương ứng với khoảng 12,38% sau nút mạch và sau 6 tháng giảm trung bình 41,75 \pm 6,06mm tương ứng với khoảng 45,14%. Mức độ phần trăm giảm đường kính khối u sau một tháng của tác giả Lê Văn Khánh¹⁰ (2016) là 12,3% sau 06 tháng là 50,3%, và của tác giả Nguyễn Xuân Hiền và cs⁷ (2011) là 10,1% và sau sáu tháng nút mạch là 47%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phần trăm tương đương nghiên cứu của tác giả Lê Văn Khánh¹⁰ và cao hơn một chút so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hiền⁷ sau một tháng nút mạch, nhưng gần tương đương kết quả sau 6 tháng nút mạch. Nghiên cứu của các tác giả trên có đường kính u nhỏ hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (lần lượt là 50,6 \pm 23,5mm và 47,3 \pm 19,3mm). Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Lê Văn Khánh¹⁰ có mức độ giảm đường kính

nhều hơn do sử dụng vật liệu là Embozene Microspheres còn của tác giả Nguyễn Xuân Hiền⁷ sử dụng vật liệu là hạt polyvinyl alcohol. Llewellyn và cộng sự⁴, cho thấy nút mạch UCTTC bất kể đường kính đều có hiệu quả tốt trong giảm đường kính của u với tỷ lệ phần trăm giảm của u đường kính lớn và nhỏ lần lượt là $48,0 \pm 19,9\%$ và $53,2 \pm 24,3\%$, tuy nhiên trong thời gian đánh giá dài hơn. Nghiên cứu của Llewellyn và cộng sự cũng chỉ ra rằng nút mạch UCTTC đường kính lớn thường có thời gian can thiệp và thời gian nằm viện sau nút mạch dài hơn so với UCTTC đường kính nhỏ⁴. Tỷ lệ biến chứng và can thiệp lại đối với UCTTC là rất thấp và thường nhiều hơn ở các UCCTC đường kính lớn⁴.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá hiệu quả ban đầu sau điều trị nút mạch UCTTC có đường kính lớn hơn 8cm qua đường động mạch cánh tay cho thấy đây là phương pháp an toàn và đạt hiệu quả tốt, cải thiện cả đường kính UCTTC và triệu chứng lâm sàng sớm ngay sau một tháng và sáu tháng sau nút mạch. Cần thiết có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh và với thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glewin, K. and Palvio, P.** Uterine Myomas in Pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand,69: p.617-

- 19; 1990.
2. **Dương Thị Cường và Nguyễn Đức Minh.** Phụ Khoa Dành Cho Thầy Thuốc Thực Hành, nhà xuất bản y học, tr88-108; 1999.
 3. **Pavone D., Clemenza S., Sorbi F. and et al.** Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. Best Pract Res Clin obster gynaecol, 46, 3-11; 2018.
 4. **Llewellyn O, Patel NR, Mallon D, Quinn SD, Hamady M.** Uterine Artery Embolisation for Women with Giant Versus Non-giant Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiovasc Intervent Radiol. 2020;43(5):684-693. doi:10.1007/s00270-019-02359-7
 5. **Kitamura, Y., et al.,.** Imaging Manifestations of Complication Associated with Uterine Artery Embolization. Radiographics,; 2005.
 6. **Phạm Gia Khánh.** Nghiên Cứu Ứng Dụng và Phát Triển Kỹ Thuật Can Thiệp Nội Mạch Điều Trị Một Số Bệnh. Chương trình Khoa học và Công nghệ trọng điểm cấp nhà nước KCI; 2010.
 7. **Hiền NX.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phương Pháp Nút Động Mạch Tử Cung Trong Điều Trị u Cơ Trơn Tử Cung. Luận văn tiến sỹ y học. Đại học y Hà Nội; 2011.
 8. **Zreik, T.G, et al.,.** Cryomyolysis a New Procedure for the Conservative Treatment of Uterine Fibroids. J Am Assoc Gynecol Laparosc,; 1998.
 9. **Nassera, s. B. and Isaac, T. M.** Myometrial Tumours. Current Obstetrics & Gynaccology, 14: p. 327-336.; 2004.
 10. **Lê Văn Khánh.** Nghiên Cứu Kết Quả Ban Đầu Sử Dụng Hạt vi Cầu Embozene Trong Điều Trị u Có Trơn Tử Cung. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

CẮT BỎ CÓ HỖ TRỢ CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ KHỐI U PHYLLODE LÀNH TÍNH KÍCH THƯỚC LỚN

Bùi Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Thu Hương¹, Đặng Thị Ngọc Anh¹,
Vũ Thị Phương¹, Trịnh Thị Hà¹, Tống Thị Khánh¹

TÓM TẮT

U diệp thể (UDT) là loại u xơ biểu mô hiếm gặp (<1% trong các khối u vú), được chia thành ba loại: lành tính, ranh giới và ác tính (theo WHO). Phân biệt u diệp thể (phylloide) với u xơ tuyến vú (fibroadenoma) trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đôi khi cả giải phẫu bệnh còn tương đối khó khăn. Cho đến nay phương pháp chủ yếu để loại bỏ u diệp thể là phẫu thuật cắt rộng với bờ diệp cắt không còn u ≥ 1 cm để đề phòng tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, u diệp thể lành tính thường có khả năng tái phát ít do vậy phương pháp loại bỏ các tổn thương này còn có quan điểm

khác nhau. Kỹ thuật cắt bỏ có hỗ trợ chân không dưới hướng dẫn siêu âm (VAE) là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu được sử dụng ngày càng nhiều để loại bỏ các tổn thương lành tính như u xơ tuyến, u nhú nội ống... đồng thời ngày càng có nhiều nghiên cứu ứng dụng phương pháp VAE trong điều trị những tổn thương nguy cơ cao hoặc có khả năng tái phát ở vú trong đó có u diệp thể. Trong bài viết này, chúng tôi trình bày ca lâm sàng sử dụng phương pháp VAE để loại bỏ khối UDT kích thước > 6 cm và đạt kết quả tối ưu về mặt điều trị, thẩm mỹ cho người bệnh. Khối u lớn được loại bỏ hoàn toàn, máu tụ sau can thiệp ít, vết sẹo ngoài da nhỏ và không phát hiện tái phát tại chỗ sau 1 năm theo dõi. **Từ khóa:** U diệp thể lành tính, tuyến vú, phẫu thuật, hút chân không, siêu âm.

SUMMARY

REMOVAL OF A BENIGN PHYLLODE TUMOR BY ULTRASOUND-GUIDED VACUUM-ASSISTED BREAST EXCISION COMBINED

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Phương Thảo

Email: buithao9494@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024