

hernia recurrence after microdiscectomy. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition), 61(6), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.recote.2017.10.003>

8. Oh, J. T., Park, K. S., & Jung, S. S. (2012). Surgical Results and Risk Factors for Recurrence of Lumbar Disc Herniation. Korean Journal of Spine, 9(3), 170–175. <https://doi.org/10.14245/kjs.2012.9.3.170>

9. Shimia, M., Babaei-Ghazani, A., & Sadat, B. E. (2013). Risk factors of recurrent lumbar disk herniation. Asian Journal of Neurosurgery, 8(2), 93–96. <https://doi.org/10.4103/1793-5482.116384>

10. Strömqvist, F. (2007). Gender differences in lumbar disc herniation surgery. <https://doi.org/10.1080/17453670810016669>

## CẮT TỬ CUNG VỚI HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU VÙNG CHẬU Ở CÁC TRƯỜNG HỢP LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Nguyễn Hồng Hoa<sup>1</sup>, Trần Thị Ngọc Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau cắt tử cung ở các trường hợp LNMTTC trong cơ tử cung. **Phương pháp:** Báo cáo loạt ca tiến cứu 52 trường hợp LNMTTC trong cơ tử cung có tình trạng đau vùng chậu và đã được quyết định cắt tử cung do tình trạng bệnh trầm trọng. Điểm số đau dựa theo thang điểm Visual Analog Scale (VAS) được xác định trước, sau phẫu thuật 01 tháng và 03 tháng tại bệnh viện Từ Dũ. **Kết quả:** Trước phẫu thuật cắt tử cung, mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu có trung vị bằng 7, thấp nhất là 6 và cao nhất là 9. Sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng, mức độ đau theo thang điểm VAS có trung vị lần lượt là 2 (2-3) và 1 (1-2). Như vậy, có sự thay đổi có nghĩa thống kê về mức độ đau theo thang điểm VAS ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tử cung vẫn là điều trị tận gốc cho tình trạng đau vùng chậu liên quan tới lạc nội mạc trong cơ tử cung, tuy nhiên tình trạng đau chỉ giảm rõ sau 3 tháng phẫu thuật. **Từ khóa:** Phẫu thuật cắt tử cung, lạc nội mạc tử cung, đau vùng chậu.

### SUMMARY

#### TOTAL HYSTERECTOMY FOR PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH ADENOMYOSIS

**Objective:** To observe the effects of total hysterectomy in treatment of chronic pelvic pain associated with adenomyosis. **Methods:** A prospective continuing study including 52 patients with chronic pelvic pain associated with adenomyosis who received hysterectomy caused of serious status. The visual analog scale (VAS) was used for pain assessment before and 1 and 3 months after surgery. **Results:** Before hysterectomy, the median pain score in our study was 7, the lowest was 6 and the highest

was 9. After 1 month and 3 months hysterectomy, the median score was 2 (2-3) and 1 (1-2), respectively. So, the ratio of severe pelvic pain decreased significantly compared to the time before operating hysterectomy in our study. **Conclusion:** Hysterectomy is still a radical method for pelvic pain associated with adenomyosis, although the pain only decreases clearly after 3 months operation. **Key words:** Hysterectomy, adenomyosis, pelvic pain.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc tuyến cơ tử cung hay lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung được định nghĩa là sự xuất hiện lạc chỗ của nội mạc tử cung trong cơ tử cung kèm theo là sự phì đại, tăng sản quá mức của mô đệm tử cung. Tỷ lệ hiện mắc của bệnh rất khác nhau, dao động từ 9% đến 62% trong các trường hợp cắt tử cung và có kết quả giải phẫu bệnh là LNMTTC trong cơ tử cung [1]. Một giả thuyết đặt ra có thể lạc nội mạc tử cung là một sự thay đổi của cơ tử cung hơn là một bệnh thực sự [2]. Đau là một vấn đề chủ thường gặp (khoảng 60%) của các trường hợp LNMTTC trong cơ tử cung và gây những ảnh hưởng tiêu cực đến công việc, sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [3]. Lựa chọn phương pháp điều trị tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi sinh sản và tiền sử thai sản của bệnh nhân. Can thiệp ngoại khoa cắt tử cung hoàn toàn được cho vừa là phương pháp điều trị dứt điểm vừa là tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán LNMTTC. Tuy nhiên, hiện vẫn còn một số tranh cãi về hiệu quả của phẫu thuật trong điều trị cắt tử cung do LNMTTC trong cơ TC. Nghiên cứu của đa số tác giả đều ghi nhận có sự giảm rõ mức độ đau sau cắt tử cung của các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh lý là LNMTTC trong cơ tử cung. Nhưng, nghiên cứu của Ajao M và cs. cho thấy tỉ lệ đau vùng chậu sau phẫu thuật vẫn tồn tại ở 16,2% các bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt tử cung [4]. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Tp. HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Quốc tế Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024

đau sau cắt tử cung ở các trường hợp LNMTC trong cơ tử cung.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân LNMTC trong cơ tử cung có đau vùng chậu, đã được phẫu thuật cắt tử cung và tái khám tại bệnh viện Từ Dũ, thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ 11/2022 đến 6/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Các trường hợp LNMTC trong cơ tử cung nhập viện bệnh viện Từ Dũ, có đặc điểm:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Có tình trạng đau vùng chậu khi có kinh (thống kinh) hoặc ngoài chu kinh hoặc đau khi giao hợp.
- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung theo phác đồ của bệnh viện Từ Dũ (bao gồm: đau vùng chậu có/ không xuất huyết tử cung nặng, đã đủ con hoặc không mong muốn sinh thêm con, thất bại với 1 hoặc nhiều phương pháp điều trị nội khoa). Quyết định can thiệp cắt tử cung phải thông qua hội đồng chuyên môn của bệnh viện gồm các bác sĩ có nhiều kinh nghiệm (thường trú và cột I tại bệnh viện).

• Quá trình phẫu thuật được thực hiện tại bệnh viện và tái khám tại viện tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật.

• Có kết quả giải phẫu bệnh xác định có LNMTC trong cơ tử cung.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không thực hiện phẫu thuật cắt tử cung tại viện hoặc không tái khám theo hẹn.
- Kết quả giải phẫu bệnh có tế bào ác tính
- Bệnh nhân đang điều trị đau các bệnh lý khác vùng bụng chậu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca, tiền cứu.

Cỡ mẫu: Thu nhận bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được phỏng vấn thu thập thông tin triệu chứng lâm sàng, tiền sử sản khoa, đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS trước phẫu thuật. Bệnh nhân được đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. Các bệnh nhân không có đủ bằng chứng chẩn đoán xác định LNMTC sau phẫu thuật và/hoặc không tái khám sau 1 tháng và 3 tháng bị loại khỏi phân tích. Mức độ đau được chia thành ba mức tương ứng với thang VAS gồm: (1) mức nặng: VAS từ 7-10 điểm; (2) mức trung bình: VAS từ 4-6 điểm; và (3) mức nhẹ: VAS từ 1-3 điểm.

**2.3. Thu thập và xử lý số liệu:** Tổng kết,

phân tích và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định paired t-test để đánh giá sự thay đổi điểm đau trước và sau phẫu thuật, phân tích hồi quy đơn biến và đa biến mô hình Stepwise để đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố với mức độ đau. Giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận về mặt đạo đức trong nghiên cứu từ Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Đại học Y Dược Tp.HCM, giấy chứng nhận số 841, cấp ngày 08/11/2022.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian từ 11/2022 đến 6/2023, chúng tôi thu thập được 52 trường hợp có chẩn đoán trước mổ là LNMTC trong cơ tử cung, được phẫu thuật cắt tử cung và có kết quả giải phẫu bệnh phù hợp chẩn đoán trước mổ. Các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, đồng ý tham gia nghiên cứu và các dữ liệu được đưa vào phân tích.

**3.1. Đặc điểm dịch tễ và đặc điểm sản phụ khoa của các đối tượng nghiên cứu:**

**Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và đặc điểm sản phụ khoa của các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n= 52)(%)
Tuổi	Trung vị 48 (nhỏ nhất: 27, lớn nhất: 50)
Tiền căn đã từng mang thai	43 (82,7%)
Tiền căn sảy thai, lưu thai	
0	24 (46,2)
1	16 (30,8)
2	6 (11,5)
≥ 3	6 (11,5)
Tuổi có kinh	14 (13 – 15)*
Số ngày hành kinh	5 (5 – 7)*
<b>Chu kỳ kinh</b>	30 (28 – 30)*
<b>BMI</b>	
<18,5	3 (5,8)
18,5 – 22,9	24 (46,1)
≥ 23	25 (48,1)

\* trung vị (không phân phối chuẩn).

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có tuổi không theo phân phối chuẩn, trung vị 48, dao động với nhóm tuổi 40-49 chiếm ưu thế (63,4%). Về tiền sử sản khoa, 82,7% bệnh nhân có tiền sử đã từng mang thai, 7,7% có tiền sử mổ lấy thai, với số lần sinh con đủ tháng (1 lần, 2 lần và ≥3 lần) lần lượt là 21,2%, 44,2% và 13,4%. Tiền sử sảy thai, lưu thai (1 lần, 2 lần và ≥3 lần) lần lượt là 30,8%, 11,5% và 11,5%. Tuổi bắt đầu có kinh dao động trong khoảng 13-15 tuổi, chu kỳ khá đều với ngày có kinh 5-7 ngày. Đặc điểm cân nặng thì nằm trong mức quá cân gần phân nửa (48,1%), còn lại trong mức bình thường và rất ít

nhẹ cân (5,8%).

**Bảng 2. Đặc điểm tình trạng bệnh LNMTCT trong cơ của các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n= 52)(%)
<b>Thông kinh</b>	52 (100%)
<b>Đau vùng chậu (ngoài chu kỳ)</b>	1 (1,9%)
<b>Giao hợp đau</b>	4 (7,7%)
<b>Xuất huyết tử cung bất thường</b>	45 (86,5%)
<b>Hiêm muộn</b>	4 (7,7%)
<b>Đã từng dùng thuốc nội tiết điều trị</b>	24 (46,2)
GnRH agonist	4 (7,7%)
Sử dụng giảm đau	38 (73,1%)
<b>Thời điểm chẩn đoán LNMTCT</b>	
<1 năm	7 (13,5)
1 – 5 năm	35 (67,3)
>5 năm	9 (17,3)
Không nhớ	1 (1,9)
<b>Thời điểm khởi phát triệu chứng</b>	
<1 năm	5 (9,6)
1 – 5 năm	36 (69,2)
>5 năm	11 (21,2)

**Nhận xét:** - Nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là được chẩn đoán lạc NMTC trong vòng 1 – 5 năm, chiếm tỷ lệ 67,3. Về thời điểm khởi phát triệu chứng đau thì chiếm đa số là ở thời điểm 1 – 5 năm với tỷ lệ 69,2%.

- Trong nhóm tham gia nghiên cứu của chúng tôi thì đa số là có triệu chứng thống kinh (đau khi có kinh- đau vùng chậu có tính chu kỳ), chiếm tỷ lệ 100%. Số đối tượng có thêm đau vùng chậu ngoài chu kỳ kinh có 1,9%, và đau khi giao hợp có 7,7%. Triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường cũng chiếm tỉ lệ cao 86,5%.

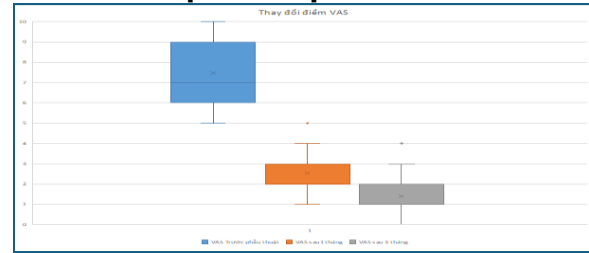
- Về tiền căn điều trị, 24 trường hợp (46,2%) có điều trị thuốc nội tiết trước đó, 38 trường hợp (73,1%) có tiền căn sử dụng thuốc giảm đau non steroid, có 4 trường hợp (7,7%) có tiền căn sử dụng thuốc GnRH đồng vận. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu chưa từng điều trị phẫu thuật liên quan đến LNMTCT.

**Bảng 3: Đặc điểm can thiệp phẫu thuật cắt tử cung của các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị n=52(%)
<b>Loại phẫu thuật:</b> Nội soi	39 (75,0)
Hở	11 (21,2)
Nội soi chuyển sang hở	2 (3,8)
Tỉ lệ dính trong phẫu thuật	21 (40,4)
<b>Lượng máu mất trong phẫu thuật, n(%)</b>	
<100ml	41 (78,9)
150-300ml	10 (19,2)
800ml	1 (1,9)

**Nhận xét:** Về đặc điểm phẫu thuật, 75% bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi, 21,2% bệnh nhân mổ hở và có 2 bệnh nhân (3,8%) mổ nội soi chuyển sang mổ hở. Chủ yếu bệnh nhân có lượng máu mất trong phẫu thuật <100ml (78,9%), tỉ lệ dính trong phẫu thuật chiếm 40,4% các trường hợp.

**3.2. Đặc điểm đau theo thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật**



**Hình 1: Điểm đau theo thang điểm VAS trước điều trị, sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng**

**Nhận xét:** Trước điều trị, điểm VAS trung vị của nhóm nghiên cứu là 7 (KPTV 6 -9). Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng điểm VAS trung vị (KPTV) lần lượt là 2 (2-3) và 1 (1-2).

• So với trước phẫu thuật, tại thời điểm 1 tháng sau can thiệp, có 92,7% bệnh nhân có giảm điểm VAS, trong đó 53,8% có giảm rõ (giảm ≥2 điểm). Tại thời điểm 3 tháng, 100% bệnh nhân có giảm điểm VAS, trong đó 73,1% giảm ≥2 điểm.

• Có sự giảm có nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị (p<0,001).

**IV. BÀN LUẬN**

Chúng tôi khảo sát các đối tượng được chẩn đoán trước mổ là lạc nội mạc tử cung kèm thêm một hay nhiều vấn đề chủ như đau vùng chậu, xuất huyết tử cung bất thường đã theo dõi và điều trị bảo tồn thất bại theo phác đồ của bệnh viện Từ Dũ, một bệnh viện chuyên khoa trong lĩnh vực sản phụ khoa ở miền Nam, Việt Nam. Các bệnh nhân trước khi được phẫu thuật cắt tử cung đều qua hội chẩn của các bác sĩ nhiều năm kinh nghiệm và người bệnh chấp nhận điều trị ngoại khoa. Các đối tượng trong nghiên cứu đều được xác nhận có lạc nội mạc tử cung qua kết quả giải phẫu bệnh lý.

Tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu dao động trong khoảng tuổi tiền mãn kinh, tương tự với nhiều nghiên cứu khác, như nghiên cứu Đào Minh Hưng (46,1 ± 3,36 tuổi)[5] và Xuelian Li (44,8 ± 4,8 tuổi) [6]. Nhóm nghiên cứu, đa số đã có các vấn đề chủ như đau vùng chậu có chu kỳ (thống kinh) và đau vùng chậu ngoài chu kỳ, xuất huyết tử cung bất thường và/ hoặc hiêm muộn. Thời gian đã biết có LNMTCT trong cơ tử

cung của các đối tượng đa số từ 1 đến 5 năm, và có trường hợp trên 5 năm. Điều đó chứng tỏ, bệnh LNMTC trong cơ của các đối tượng dường như đã kéo dài nhiều năm và can thiệp ngoại khoa được xem là giải pháp điều trị cuối cùng.

**Đặc điểm đau theo thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật.** Chúng tôi đánh giá điểm đau dựa trên thang đo VAS trước phẫu thuật của 52 bệnh nhân LNMTC trong nghiên cứu, với trung vị điểm số đau khá cao, lên đến 7 điểm trên thang 10 điểm. Điều này chứng tỏ, các bệnh nhân trước mổ đều đau rất nhiều, đặc biệt là tình trạng thống kinh. Các giả thuyết gây đau của LNMTC trong cơ tử cung thì cơ chế viêm thần kinh -sinh mạch có thể tạo nên những vùng phản ứng tăng dần dẫn đến tình trạng đau ngày càng gia tăng, và có thể lan ra ngoài phạm vi của tử cung[7]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có sử dụng các giảm đau thuộc nhóm nonsteroid, sử dụng một số nội tiết hoặc nhóm đồng vận GnRH hướng tới bệnh sinh liên quan miễn dịch, tăng estrogen của LNMTC trong cơ nhưng có lẽ các dạng thuốc đã không còn hiệu quả. Như vậy, các đối tượng trong nghiên cứu có mức đau nặng, và can thiệp phẫu thuật là hợp lý nhưng có thể tình trạng đau sẽ chưa chắc cải thiện hoàn toàn sau khi mổ cắt tử cung hoàn toàn.

So với trước phẫu thuật, tại thời điểm 1 tháng sau can thiệp, có 92,7% bệnh nhân có giảm điểm VAS, trong đó 53,8% có giảm rõ (giảm  $\geq 2$  điểm). Tại thời điểm 3 tháng, 100% bệnh nhân có giảm điểm VAS, trong đó 73,1% giảm  $\geq 2$  điểm. Như vậy, các đối tượng có giảm đau rõ rệt sau cắt tử cung có/ không cắt 2 buồng trứng, có ý nghĩa thống kê. Nhưng vẫn có một số đối tượng không giảm đau hoàn toàn. Ví dụ, có một trường hợp VAS trước mổ là 9, sau mổ 1 tháng là 5 điểm và sau mổ 3 tháng là 4 điểm. Bệnh nhân cảm nhận cơn đau âm ỉ liên tục, tăng lên có tính chất theo chu kỳ giống với chu kỳ kinh nguyệt hàng tháng. Tình trạng LNMTC của bệnh nhân được ghi nhận ở tử cung và lan ra mặt sau tử cung vào trực tràng và gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật. Triệu chứng đau có chu kỳ sau mổ 03 tháng của bệnh nhân đặt ra vấn đề cần theo dõi thêm 6 tháng tới một năm để đánh giá khả năng diễn tiến thành đau vùng chậu mãn tính sau mổ của bệnh nhân. Kết quả này có thể giống với một trường hợp bệnh nhân 39 tuổi được báo cáo tại Hàn Quốc của tác giả Jaeun Ha. Bệnh nhân trong nghiên cứu của Jaeun Ha chưa kết hôn, có triệu chứng đau vùng chậu mãn tính được chẩn đoán là lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung. Sau thất bại điều trị nội khoa, bệnh nhân quyết định cắt

tử cung, tuy nhiên sau khi cắt tử cung bệnh nhân vẫn tiếp tục có tình trạng đau vùng chậu mãn tính và phải điều trị thêm với các biện pháp tâm lý. Tác giả TG Stovall đã đưa ra nghiên cứu đầu tiên trên 99 phụ nữ đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ tử cung vì đau vùng chậu trong thời gian ít nhất 6 tháng. Kết quả cho thấy 77,8% bệnh nhân cải thiện đáng kể và 22,2% vẫn còn đau vùng chậu mãn tính. Nghiên cứu năm 2021 của As-sanie cũng chỉ ra có 15/176 trường hợp cắt tử cung vẫn tồn tại đau vùng chậu sau 6 tháng phẫu thuật, trong đó 60% là các trường hợp có giải phẫu bệnh là lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung [8]. Trong nghiên cứu này, mức độ đau cũng được đánh giá bằng thang điểm VAS với các trường hợp tồn tại đau có điểm VAS trên 3 điểm. Vì vậy trong ca bệnh của chúng tôi đặt ra vấn đề về đau vùng chậu sau phẫu thuật cắt tử cung trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung tuy nhiên cần có thời gian theo dõi dài hơn.

**Các yếu tố liên quan đến khả năng giảm đau sau phẫu thuật cắt tử cung lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung.** Mổ mở và phẫu thuật nội soi là hai phương pháp điều trị bằng phẫu thuật chủ yếu đối với LNMTC. Trong nghiên cứu, các đối tượng được thực hiện cắt tử cung qua phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao hơn với nhiều ưu điểm như tổn thương mô ít hơn, tầm quan sát rộng hơn, đường rạch da nhỏ hơn, hồi phục sau phẫu thuật nhanh hơn, tình trạng dính và biến chứng sau mổ ít hơn. Tuy nhiên có 2 trường hợp chuyển mổ nội soi sang mổ bụng vì quá trình gỡ dính khó khăn kèm theo kích thước tử cung lớn làm cho phẫu thuật viên không thực hiện phẫu thuật, Việc phẫu thuật theo cách mổ mở hay nội soi tùy thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, nhưng có lẽ các trường hợp LNMTC lan từ tử cung sang các cấu trúc vùng chậu (LNMTC sâu) thì cần mổ hở để cắt tử cung.

Nghiên cứu cho thấy tiền căn mang thai, số lần sinh con, tiền sử dùng thuốc tránh thai điều trị là các yếu tố có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với mức độ đau. Trong phân tích mô hình Stepwise, nếu có sử dụng giảm đau trước phẫu thuật, tổn thương LNMTC lan tỏa sâu (phẫu thuật từ nội soi sang mổ mở) thì mức độ giảm đau sau phẫu thuật cải thiện ít hơn 1,02 và 3,04 điểm, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$ .

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tử cung là giải pháp được chọn lựa cuối cùng cho các trường hợp lạc nội mạc tử cung ở tử cung có 1 hay nhiều vấn đề

chủ mà điều trị bảo tồn không hiệu quả. Với các trường hợp có tình trạng đau vùng chậu có chu kỳ (thống kinh) và đau không chu kỳ thì triệu chứng giảm rõ rệt sau mổ 1 tháng và 3 tháng. Tuy nhiên, vẫn có một số ít trường hợp, tình trạng đau vẫn còn tồn tại, và có liên quan tới việc sử dụng giảm đau nonsteroid trước phẫu thuật hoặc lạc nội mạc lan từ tử cung qua các cấu trúc lân cận, có lẽ cần khảo sát các trường hợp này để có chọn lựa điều trị.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. S. Upson K**, "Epidemiology of Adenomyosis.," *Semin Reprod Med.*, pp. 38(2-03):89, Oct 26 2020.
2. **M. P. S. L. B. S. S. M. J. J. Weiss G**, "Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN).," *Fertil Steril*, p. 91(1):201, 2008 Feb 20 2009.
3. **R. S. B. M. Struble J**, "Adenomyosis: a clinical review of a challenging gynecologic condition.,"

- Journal of minimally invasive gynecology., pp. 23(2):164-185., 2016.
4. **C. M. M. E. e. a. Ajao M**, ".Recurrence of Symptoms After Hysterectomy in Patients with Adenomyosis.," p. 23(7):S214., 2016.
5. **Đ. M. Hưng.**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u tuyến cơ tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 08/2020 đến 06/2021.," 2021.
6. **L. X. G. S. Li X**, "Clinical profiles of 710 premenopausal women with adenomyosis who underwent hysterectomy. .," *The journal of obstetrics and gynaecology research*, pp. Feb 2014;40(2):485-94. doi:10.1111/jog.12211.
7. **X. H. Y. S. e. a. Wu J**, "Macrophage and nerve interaction in endometriosis.," *J Neuroinflammation*, pp. 14(1):53.doi:10.1186/s12974-017-0828-3, 2017.
8. **L. M. M. S. e. a. As-Sanie S**, "Development of a visual, patient-reported tool for assessing the multi-dimensional burden of endometriosis.," pp. 37(8):1443-1449., 2021.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH PFNA KHÔNG DÙNG BÀN CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn\*, Phan Ngọc Tuấn\*, Nguyễn Bảo Lục\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA không sử dụng bàn chỉnh hình tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 28 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh PFNA. **Kết quả:** đa số bệnh nhân là nữ ở độ tuổi trên 60, thường do tai nạn sinh hoạt, thời gian theo dõi ít nhất 3 tháng dài nhất là 6 tháng, đánh giá bằng thang điểm Harris khả quan: tốt và rất tốt đạt 90,4 ± 4,3, lượng máu mất trung bình 208,9 ± 84,3 ml, BN có thể tập đi lại có sử dụng khung hỗ trợ sau 5 - 10 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật gãy LMCXĐ bằng đinh PFNA tư thế nằm nghiêng không dùng bàn chỉnh hình cũng có nhiều ưu điểm tương đương so với tư thế nằm ngửa dùng bàn chỉnh hình. **Từ khoá:** gãy liên mấu chuyển xương đùi, đinh PFNA, bàn chỉnh hình

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL NAIL ANTIROTATION IN INTERTROCHANTERIC FRACTURE WITHOUT AN ORTHOPEDIC SURGICAL TABLE AT THONG NHAT HOSPITAL

\*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

**Objective:** to evaluate the results of treatment of proximal femoral nail anti-rotation (PFNA) in intertrochanteric fracture without an orthopedic surgical table at Thong Nhat Hospital. **Subjects and methods:** a retrospective, descriptive, non-randomized study was conducted on 28 patients who has intertrochanteric fracture treatment with PFNA. **Results:** the majority of patients are females aged above 60 years old, often due to a life-related accident, the follow-up period is at least 3 months, and the longest is 6 months, assessed by the Harris scale as positive: good and very good, reaching 90.4. ± 4.3, average blood loss 324.4 ± 145.7, and patients can walk with a support frame after 5-10 days. **Conclusion:** intertrochanteric fracture surgery with PFNA in the lateral decubitus position without using an orthopedic table also has many similar advantages compared to the supine position using an orthopedic table. **Keywords:** intertrochanteric fracture, proximal femoral nailing anti-rotation, orthopedic surgical table.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) là dạng gãy xương thường gặp trong chấn thương vùng háng, chủ yếu xảy ra ở những người trên 60 tuổi. Dân số già tăng lên thì tỷ lệ gãy LMCXĐ tăng lên theo từng năm [1]. Đối với người cao tuổi, tình trạng loãng xương và nguy cơ té ngã luôn là yếu tố nguy cơ gia tăng số lượng bệnh nhân (BN) gãy LMCXĐ [2]. Theo tổ chức loãng xương thế giới (IOF) ước tính tỷ lệ gãy xương ở vùng khớp háng sẽ tăng lên đến 6,3 triệu ca vào