

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U XƠ TỬ CUNG: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH

TÓM TẮT

Nguyễn Đức Tý^{1*}, Hoàng Tiến Nam², Ninh Văn Minh²

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 181 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Nghiên cứu xác định hai nhóm đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa bệnh nhân có và không có tiền sử RLKN. Nhóm có RLKN (45,3% tổng số bệnh nhân) đặc trưng bởi triệu chứng rong kinh/rong huyết (100%), tỷ lệ u xơ dưới niêm mạc cao (34,1%) và tình trạng thiếu máu mức độ trung bình đến nặng chiếm đa số (58,5%). Ngược lại, nhóm không có RLKN chủ yếu biểu hiện các triệu chứng cơ học do khối u chèn ép như đau bụng hạ vị (94,9%) và có xu hướng kích thích khối u lớn hơn (31,3% có u >80mm).

Kết luận: Tiền sử rối loạn kinh nguyệt là yếu tố chính phân định hai nhóm bệnh nhân u xơ tử cung với các đặc điểm khác biệt về triệu chứng lâm sàng, vị trí khối u và mức độ thiếu máu. Nhóm có RLKN thường liên quan đến u xơ dưới niêm mạc và tình trạng thiếu máu, trong khi nhóm không RLKN thường có khối u lớn hơn gây triệu chứng cơ học.

Từ khóa: U xơ tử cung, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, rối loạn kinh nguyệt, thiếu máu, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS: A CROSS-SECTIONAL STUDY AT NINH BINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with uterine fibroids at Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital.

1. Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Tý

Email: ductynguyen.nb@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/9/2025

Ngày phản biện: 20/11/2025

Ngày duyệt bài: 25/11/2025

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 181 medical records of patients diagnosed and treated for uterine fibroids at Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital from June 2023 to December 2024.

Results: The study identified two distinct clinical and subclinical profiles with statistical significance ($p < 0.05$) between patients with and without a history of menstrual disorders (MD). The group with MD (45.3% of total patients) was characterized by symptoms of menorrhagia/metrorrhagia (100%), a high prevalence of submucosal fibroids (34.1%), and a predominance of moderate-to-severe anemia (58.5%). Conversely, the group without MD primarily presented with mechanical symptoms due to tumor compression, such as lower abdominal pain (94.9%), and tended to have larger tumor sizes (31.3% had tumors >80mm).

Conclusion: A history of menstrual disorders is the primary factor that distinguishes two groups of uterine fibroid patients with different clinical symptoms, tumor locations, and levels of anemia. The group with menstrual disorders is often associated with submucosal fibroids and anemia, whereas the group without menstrual disorders typically has larger tumors causing mechanical symptoms.

Keywords: Uterine fibroids, clinical characteristics, subclinical characteristics, menstrual disorders, anemia, Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC), hay còn gọi là u cơ trơn tử cung, là loại khối u lành tính phổ biến nhất của cơ quan sinh dục nữ, đặc biệt thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và tiền mãn kinh. Các nghiên cứu dịch tễ học trên thế giới đã chỉ ra rằng đây là một vấn đề sức khỏe cộng đồng có quy mô lớn, với tỷ lệ mắc bệnh ước tính ảnh hưởng đến 70-80% phụ nữ vào độ tuổi 50 [1],[2]. Mặc dù bản chất là lành tính và hiếm khi chuyển dạng ác tính (<1%), UXTC có triệu chứng có thể gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh [3]. Các tác động này không chỉ giới hạn ở thể chất mà còn ảnh hưởng

tiêu cực đến sức khỏe tâm thần, gây ra lo âu, trầm cảm, nỗi sợ hãi về bệnh tật và làm giảm hiệu suất lao động của phụ nữ [4].

Biểu hiện lâm sàng của u xơ tử cung rất đa dạng, phụ thuộc chặt chẽ vào đặc điểm hình thái khối u. Trong bối cảnh đó, hệ thống phân loại của Hiệp hội Sản Phụ khoa Quốc tế (FIGO) không chỉ đóng vai trò là chuẩn mực quốc tế để mô tả giải phẫu, mà còn là công cụ tiên lượng lâm sàng thiết yếu [5]. Việc xác định chính xác vị trí khối u theo FIGO (đặc biệt là phân biệt giữa nhóm dưới niêm mạc gây chảy máu và nhóm dưới thanh mạc/trong cơ gây chèn ép) là yếu tố then chốt để dự báo nguy cơ thiếu máu và quyết định chiến lược can thiệp - từ điều trị nội khoa bảo tồn đến lựa chọn đường tiếp cận phẫu thuật phù hợp [5].

Tại Việt Nam nói chung và Ninh Bình nói riêng, mặc dù đã có một số nghiên cứu về u xơ tử cung được công bố, các nghiên cứu này thường có những hạn chế nhất định như cỡ mẫu nhỏ, chỉ thực hiện tại một trung tâm y tế, hoặc tập trung vào các nhóm bệnh nhân rất đặc thù (ví dụ: chỉ những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung, hoặc những bệnh nhân đang điều trị vô sinh). Kết quả từ các nghiên cứu này tuy rất quý giá nhưng chưa thể vẽ nên một bức tranh toàn cảnh, đại diện cho phổ bệnh lý u xơ tử cung trong quần thể phụ nữ Việt Nam. Hiện tại, vẫn còn một khoảng trống kiến thức lớn về sự phân bố thực tế của các loại u xơ theo phân loại FIGO và mối tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cụ thể trong bối cảnh Việt Nam. Từ những luận điểm trên, việc thực hiện một nghiên cứu mô tả cắt ngang về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung là cực kỳ cần thiết và có ý nghĩa khoa học cũng như thực tiễn cao. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung: Nghiên cứu cắt ngang tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân mắc u xơ tử cung được điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u xơ tử cung dựa trên sự phối hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học (siêu âm) và được khẳng định bằng kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

Thời gian điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phiếu phẫu thuật, và đặc biệt là kết quả giải phẫu bệnh để có thể thu thập đủ các biến số nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các ca mổ cắt tử cung có kèm theo các phẫu thuật lớn, phức tạp khác không liên quan trực tiếp đến tử cung

Bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, hô hấp...), rối loạn đông máu hoặc thai nghén, bệnh lý ác tính, bệnh huyết học gây thiếu máu....

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải là u xơ tử cung

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ (hay chọn mẫu thuận tiện theo chuỗi thời gian). Tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025 tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình đều được đưa vào nghiên cứu. Sau khi rà soát và áp dụng các tiêu chuẩn (lựa chọn và loại trừ) có tổng cộng 181 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ chính được sử dụng để thu thập dữ liệu là một phiếu thu thập thông tin (mẫu bệnh án nghiên cứu) được thiết kế sẵn và chuẩn hóa. Phiếu thu thập được xây dựng dựa trên các mục tiêu nghiên cứu, bao gồm các phần tương ứng với các nhóm biến số cần thu thập.

Quy trình thu thập số liệu được tiến hành theo các bước: Lập danh sách bệnh nhân, sàng lọc và chốt danh sách; Tiếp cận hồ sơ bệnh án và trích xuất thông tin; Kiểm tra hoàn thiện phiếu thu thập; Mã hoá và nhập liệu.

Biến số nghiên cứu

Nhóm biến số thông tin chung của bệnh nhân: Tuổi, phân loại dinh dưỡng, tiền sử sản khoa, tiền sử mãn kinh...

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: Lý do vào viện, mức độ đau bụng, triệu chứng chèn ép tiết niệu....

Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân: Mức độ thiếu máu, kích thước và vị trí khối u, kết quả tế bào học,....

Tiêu chuẩn đánh giá

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI: Việc phân loại được thực hiện theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường quốc tế (IDI) và Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) dành cho người trưởng thành châu Á [6].

Mức độ đau bụng theo thang điểm VAS: Mức độ đau bụng của người bệnh trước phẫu thuật được lượng giá bằng thang điểm nhìn tương tự theo khuyến nghị của các tài liệu chuyên ngành về đau [7].

Phân loại vị trí khối u theo FIGO 2011 [8] bao gồm các nhóm:

U xơ dưới niêm mạc: Bao gồm FIGO type 0, 1, 2.

U xơ trong cơ: Bao gồm FIGO type 3, 4.

U xơ dưới thanh mạc: Bao gồm FIGO type 5, 6, 7.

Trường hợp đa nhân xơ:

Nếu các nhân u cùng thuộc một nhóm vị trí: Phân loại theo nhóm vị trí đó.

Nếu các nhân u nằm rải rác ở nhiều vị trí giải phẫu khác nhau (ví dụ vừa dưới niêm, vừa dưới thanh mạc): Được xếp vào nhóm “Nhiều loại” để phù hợp với thực tế lâm sàng.”

Kích thước khối u: Được xác định là đường kính lớn nhất của nhân xơ lớn nhất đo được trên siêu âm (tính bằng mm). Các mức phân loại (<50mm, 50-80mm, >80mm) được chia dựa trên phân bố dữ liệu thực tế để thuận tiện cho việc so sánh.

Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập, tổng hợp và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

Đối với thống kê mô tả: Số lượng, tỷ lệ (%); $\bar{X} \pm SD$ với biến tuân theo phân phối chuẩn; Trung vị (khoảng) với biến không tuân theo phân phối chuẩn.

Đối với thống kê suy luận: Sử dụng test χ^2 , Fisher's exact để so sánh tỷ lệ; test t-student, Mann-Whitney-U để so sánh trung bình (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Dược Thái Bình số 606/QĐ-YDTB ngày 18/03/2025.

Trong quá trình thu thập, mỗi hồ sơ bệnh án sẽ được mã hóa bằng một mã số riêng. Chỉ người nghiên cứu chính mới giữ danh sách đối chiếu giữa mã số và thông tin cá nhân, và danh sách này sẽ được bảo mật.

Nghiên cứu không gây ra bất kỳ nguy cơ nào về thể chất hay tâm lý cho người bệnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=181)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi	8	4,4
	40-60 tuổi	168	92,8
	Từ 60 tuổi	5	2,8
	$\pm SD$	47,6 $\pm$ 5,7	
Nghề nghiệp	Nông dân	31	17,1
	Công nhân	62	34,3
	Công chức/viên chức	46	25,4
	Khác	42	23,2
Tiền sử sản khoa	Chưa từng sinh đẻ	4	2,2
	Đã đẻ 1 con	16	8,8
	Đã đẻ từ 2 con trở lên	161	89,0
Tiền sử phụ khoa	Rối loạn kinh nguyệt	82	45,3
	Tình trạng mãn kinh	28	15,5
	Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	35	19,3

Qua bảng 1, trong tổng số 181 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 47,6 $\pm$ 5,7 tuổi. Nhóm tuổi từ 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,8%. Về nghề nghiệp, công nhân là nhóm chiếm tỷ lệ đông nhất (34,3%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu đã có tiền sử sinh đẻ, trong đó nhóm đã đẻ từ 2 con trở lên chiếm tỷ lệ vượt trội với 89,0%. Đáng chú ý, có 45,3% bệnh nhân có tiền sử rối loạn kinh nguyệt

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu theo tiền sử rối loạn kinh nguyệt

Đặc điểm triệu chứng cơ năng		Rối loạn kinh nguyệt						p
		Có (n=82)		Không (n=99)		Tổng (n=181)		
		SL	%	SL	%	SL	%	
Đau bụng hạ vị		39	47,6	94	94,9	133	73,5	<0,05
Rong kinh/rong huyết		82	100	1	1,0	83	45,9	<0,05
Sờ thấy u hạ vị		10	12,2	48	48,5	58	32,0	<0,05
Ra máu sau mãn kinh		0	0,0	6	6,1	6	3,3	<0,05
Chèn ép niệu đạo		21	25,6	26	26,3	47	26,0	>0,05
Giao hợp đau		27	32,9	31	31,3	58	32,0	>0,05
Mức độ đau bụng	Không đau	12	14,6	0	0,0	12	6,6	<0,05
	Đau nhẹ	31	37,8	5	5,1	36	19,9	
	Đau vừa	20	24,4	56	56,6	76	42,0	
	Đau dữ dội	19	23,2	38	38,4	57	31,5	

Bảng 2 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng cơ năng giữa hai nhóm có và không có tiền sử rối loạn kinh nguyệt (RLKN) ($p < 0,05$). Triệu chứng rong kinh/rong huyết gần như là đặc trưng của nhóm có RLKN (100%). Ngược lại, đau bụng hạ vị (94,9%) và sờ thấy u hạ vị (48,5%) là các triệu chứng phổ biến hơn ở nhóm không có RLKN. Ngoài ra, mức độ đau bụng có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$) với nhóm không có RLKN có tỷ lệ đau bụng mức độ vừa (56,6%) và dữ dội (38,4%) cao hơn.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu theo tiền sử rối loạn kinh nguyệt

Đặc điểm triệu chứng thực thể		Rối loạn kinh nguyệt						p
		Có (n=82)		Không (n=99)		Tổng (n=181)		
		SL	%	SL	%	SL	%	
TC to bằng TC có thai	<8 tuần	24	29,3	14	14,1	38	21,0	<0,05
	8-12 tuần	46	56,1	60	60,6	106	58,6	
	>12 tuần	12	14,6	25	25,3	37	20,4	
PL dinh dưỡng BMI	Thiếu cân	3	3,7	7	7,1	10	5,5	>0,05
	Bình thường	71	86,6	81	81,8	152	84,0	
	Thừa cân	8	9,8	11	11,1	19	10,5	

Bảng 3 cho thấy có sự khác biệt về kích thước tử cung trên lâm sàng giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Cụ thể, nhóm không có RLKN có tỷ lệ tử cung to tương đương thai >12 tuần cao hơn (25,3%) so với nhóm có RLKN (14,6%).

Bảng 4. Đặc điểm u xơ trên siêu âm của đối tượng nghiên cứu theo tiền sử rối loạn kinh nguyệt

Đặc điểm cận lâm sàng		Rối loạn kinh nguyệt						p
		Có (n=82)		Không (n=99)		Tổng (n=181)		
		SL	%	SL	%	SL	%	
Đặc điểm u trên s. a	Dưới n. mạc	28	34,1	13	13,1	41	22,7	<0,05
	Trong cơ	25	30,5	48	48,5	73	40,3	
	Dưới t. mạc	23	28,0	24	24,2	47	26,0	
	Nhiều loại	6	7,3	14	14,1	20	11,0	
Kích thước u trên s. a	< 50mm	23	28,0	11	11,1	34	18,8	<0,05
	50-80mm	43	52,4	57	57,6	100	55,2	
	> 80mm	16	19,5	31	31,3	47	26,0	

Đặc điểm của u xơ trên siêu âm cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân có RLKN có tỷ lệ u xơ dưới niêm mạc cao hơn hẳn (34,1%) so với nhóm không RLKN (13,1%). Trong khi đó, nhóm không RLKN có xu hướng kích thước khối u lớn hơn, với 31,3% có $u > 80\text{mm}$ so với 19,5% ở nhóm có RLKN.

Bảng 5. Đặc điểm phân độ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu theo tiền sử rối loạn kinh nguyệt

Phân độ thiếu máu	Rối loạn kinh nguyệt						p
	Có (n=82)		Không (n=99)		Tổng (n=181)		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Không thiếu máu	27	32,9	69	69,7	96	53,0	<0,05
Thiếu máu nhẹ	7	8,5	9	9,1	16	8,8	
Thiếu máu trung bình	33	40,2	20	20,2	53	29,3	
Thiếu máu nặng	15	18,3	1	1,0	16	8,8	
Hb trước PT (± SD)	104,3 ± 25,0		124,1 ± 18,0		115,2 ± 23,5		<0,05

Bảng 5 chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng thiếu máu và tiền sử RLKN ($p < 0,05$). Tỷ lệ thiếu máu mức độ trung bình (40,2%) và nặng (18,3%) ở nhóm có RLKN cao hơn hẳn so với nhóm còn lại. Nồng độ Hemoglobin trung bình trước phẫu thuật ở nhóm có RLKN (104,3 $\pm$ 25,0 g/L) cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Đặc điểm tế bào học cổ tử cung của đối tượng nghiên cứu theo tiền sử rối loạn kinh nguyệt

Tế bào học cổ tử cung	Rối loạn kinh nguyệt						p
	Có (n=82)		Không (n=99)		Tổng (n=181)		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	80	97,6	99	100	179	98,9	>0,05
Bất thường	2	2,4	0	0,0	2	1,1	

Bảng 6 cho thấy kết quả tế bào học cổ tử cung của các đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả bình thường rất cao, chiếm 98,9%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về một số đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu được thực hiện trong nước. Cụ thể, nghiên cứu của Trần Quang Tuấn và Đào Thị Hồng Nhung (2024) tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định ghi nhận tuổi trung bình là 47,8 $\pm$ 3,8 tuổi [9]. Các tác giả Hùng Mai Thi và Trần Thị Trúc Vân (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp cũng báo cáo tuổi trung bình là 47,06 $\pm$ 5,27 tuổi [10]. Sự tương đồng về độ tuổi này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của u xơ tử cung.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một đặc điểm nổi bật về tiền sử sản khoa: đa số bệnh nhân (89,0%) đã sinh đẻ từ hai con trở lên. Kết quả này có sự tương đồng cao với các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Nghiên cứu của Trần Quang Tuấn và Đào Thị Hồng Nhung (2024) tại Nam Định cho thấy 87,5% bệnh nhân đã có từ 2 con trở lên [9]. Tương tự, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Lê Đức

Thọ và cs (2022) báo cáo tỷ lệ này là 93,9%, với 100% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đã có ít nhất một con [11]. Sự tương đồng giữa các nghiên cứu trong nước khẳng định một xu hướng chung: phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn để điều trị u xơ tử cung thường được chỉ định cho những phụ nữ đã hoàn thành nguyện vọng sinh sản.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau bụng hạ vị là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 73,5% bệnh nhân. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu như của Trần Quang Tuấn và cs (2024) là 66,8% [9] hay của Hùng Mai Thi và cs (2023) là 50% [10], nhưng lại tương đương với nghiên cứu của Hà Văn Huy và cs (2022) là 68,66% [12] và thấp hơn so với Lê Đức Thọ và cs (2022) là 87,9% [11]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Cụ thể, tỷ lệ đau bụng rất cao ở nhóm không RLKN trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi không có triệu chứng xuất huyết, các

triệu chứng cơ học do khối u to chèn ép (gây đau, tức bụng) trở thành lý do chính khiến bệnh nhân phải phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cũng kích thích tử cung phổ biến nhất là tương đương thai 8-12 tuần (58,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Quán và cs (2014) [13] và Lê Đức Thọ và cs (2022) [11], cũng cho thấy đây là nhóm kích thích chiếm đa số. Điều này củng cố giả thuyết rằng, khi không có triệu chứng rong huyết báo động, bệnh nhân thường chỉ đến khám khi khối u đã phát triển đủ lớn để gây ra các triệu chứng chèn ép cơ học, dẫn đến kích thích tử cung trung bình lớn hơn tại thời điểm phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận u xơ trong cơ là loại phổ biến nhất (40,3). Kết quả này cho thấy một sự phân bố đa dạng hơn khi so sánh với các nghiên cứu của Võ Thị Ngọc Ánh và cs (2020) [14] hay Hùng Mai Thi và cs (2023) [10], nơi u xơ trong cơ chiếm tỷ lệ áp đảo lên tới hơn 81%. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi bao gồm một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có triệu chứng rong kinh, rong huyết, điều này tương ứng với tỷ lệ u xơ dưới niêm mạc cao hơn (22,7%) so với hai nghiên cứu trên (chỉ khoảng 10%).

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 47,0%, trong đó thiếu máu mức độ trung bình là phổ biến nhất (29,3%). Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có triệu chứng nhẹ hơn tại Việt Nam, như của Võ Thị Ngọc Ánh và cs (2020) [14] là 12,8% hay của Lê Đức Thọ và cs (2022) là 33,3% [11]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu tại Ấn Độ của Divya Mishra và cs (2025), nơi có đến 85,33% bệnh nhân bị thiếu máu [15]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm của quần thể được lựa chọn. Nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, như trong nghiên cứu của chúng tôi, thường có triệu chứng nặng và kéo dài hơn, dẫn đến tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với các nhóm bệnh nhân vô sinh hoặc có triệu chứng nhẹ.

Điểm nổi bật nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đã chứng minh được mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa thiếu máu và tiền sử rối loạn kinh nguyệt (RLKN). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh đã được nhiều tác giả khẳng định. Các nghiên cứu của Lê Đức Thọ và cs (2022) hay Trần Quang Tuấn và cs (2024) đều nhấn mạnh rằng rối loạn kinh nguyệt (rong kinh, cường kinh) là triệu chứng chính của

u xơ tử cung và là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tình trạng thiếu máu do mất máu mạn tính [9],[11].

Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên dữ liệu trích xuất từ hồ sơ bệnh án khiến việc thu thập thông tin phụ thuộc hoàn toàn vào chất lượng ghi chép ban đầu của nhân viên y tế. Điều này có thể dẫn đến việc bỏ sót một số triệu chứng cơ năng chủ quan hoặc các đặc điểm lâm sàng không được chuẩn hóa tại thời điểm thăm khám. Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất là Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình với đối tượng nghiên cứu khu trú ở nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật. Do đó, mẫu nghiên cứu có thể chưa mang tính đại diện đầy đủ cho quần thể bệnh nhân u xơ tử cung nói chung. Thứ ba, chúng tôi chưa thực hiện được các phân tích hồi quy đa biến để kiểm soát triệt để các yếu tố nhiễu tiềm năng (như độ tuổi, số lần sinh). Các mối liên quan được tìm thấy trong nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở phân tích đơn biến, do đó cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định mối quan hệ nhân quả độc lập giữa các yếu tố vị trí khối u, kích thước và tình trạng thiếu máu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 181 bệnh nhân u xơ tử cung đã xác định hai hồ sơ lâm sàng và cận lâm sàng riêng biệt, phân định bởi tiền sử rối loạn kinh nguyệt (RLKN). Nhóm có RLKN đặc trưng bởi triệu chứng rong kinh/rong huyết, tỷ lệ u xơ dưới niêm mạc cao (34,1%), và tình trạng thiếu máu nặng hơn một cách có ý nghĩa (58,5% bị thiếu máu trung bình/nặng). Ngược lại, nhóm không có RLKN chủ yếu biểu hiện các triệu chứng cơ học như đau bụng hạ vị (94,9%), liên quan đến kích thích khối u lớn hơn. Những kết quả này nhấn mạnh vai trò của tiền sử RLKN như một yếu tố then chốt giúp định hướng chẩn đoán vị trí khối u, tiên lượng nguy cơ thiếu máu và tối ưu hóa kế hoạch điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Durdağ GD, Alemdaroğlu S, Şimşek SY Aydın Ş, et al. (2024). Single-center experience of laparoscopic hysterectomy: analysis of one thousand five hundred and fifteen patients. J Turk Ger Gynecol Assoc, 25(3): 144-151.
2. ACOG (2009). ACOG Committee Opinion No. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol, 114(5): 1156-1158.

3. **Neumann B., B. Singh, J. Brennan, et al. (2024).** The impact of fibroid treatments on quality of life and mental health: a systematic review. *Fertil Steril*, 121(3): 400-425.
4. **Lê Minh Tâm, Võ Văn Khoa và Phan Thị Minh Thư (2019).** Cập nhật xử trí u xơ tử cung dựa trên bằng chứng. *Tạp chí Phụ Sản*, 17(1): 6-12.
5. **Gupta S., J. Jose and I. Manyonda (2008).** Clinical presentation of fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 22(4): 615-26.
6. **WHO/IASO/IOTF (2000),** The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment, Melbourne, Health Communications Australia.
7. **Hawker G. A., S. Mian, T. Kendzerska, et al. (2011).** Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 63 Suppl 11: S240-52.
8. **Berek J. S., X. Matias-Guiu, C. Creutzberg, et al. (2023).** FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *J Gynecol Oncol*, 34(5): e85.
9. **Trần Quang Tuấn và Đào Thị Hồng Nhung (2023).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u xơ cơ tử cung điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(2): 112-115.
10. **Hùng Mai Thi và Trần Thị Trúc Vân (2023).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm và đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng cắt tử cung toàn phần nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 66: 8-14.
11. **Lê Đức Thọ, Nông Hồng Lê và Nguyễn Thị Nga (2021).** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại khoa Phụ sản - Bệnh viện TW Thái Nguyên năm 2020-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514(1): 69-73.
12. **Hà Văn Huy và Nguyễn Viết Trung (2022).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(1): 4-7.
13. **Nguyễn Văn Quán, Tô Văn An và Trần Trung (2014).** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. *Tạp chí Phụ Sản*, 12(2): 58-60.
14. **Võ Thị Ngọc Ánh và Lê Minh Tâm (2020).** Khảo sát các đặc điểm của u xơ tử cung ở các trường hợp vô sinh. *Tạp chí Phụ Sản*, 18(3): 60-64.
15. **Mishra D., E. Singh and S. Shubham (2025).** Outcomes of Total Laparoscopic Hysterectomy: A Single-Surgeon Experience at a Tertiary Care Hospital in North India. *Cureus*, 17(2): e79675.