

6. **Yingxian Zhu HM, Qinghui Zeng, et al (2021).** Prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Guangdong province, China, 2015–2018: a spatio-temporal descriptive analysis. *BMJ Open*, **11(8)**, e046430.
7. **Sima Dabbaghi Galeh, Masoud Nouri-Vaskeh, Mahdiah Alipour, Shahin Abdollahi Fakhim (2020).** Clinical and Demographical Characteristics of Cleft Lip and/or Palate in the Northwest of Iran: An Analysis of 1500 Patients. *Cleft Palate Craniofac J*, **58(10)**, 1281–1286.
8. **Alfwaress FS, Khwaileh FA, Rawashdeh MAA, Alomari MA, Nazzal MS (2017).** Cleft lip and palate: demographic patterns and the associated communication disorders. *J Craniofac Surg*, **28(8)**, 2117–2121.
9. **Manuella Santos Carneiro ALMEIDA RHWL, Karolline Batista LEAL, Camila Helena Machado da Costa FIGUEIREDO, Bianca Marques SANTIAGO, Alexandre Rezende VIEIRA (2020).** Analysis of permanent second molar development in children born with cleft lip and palate. *J Appl Oral Sci*, **28**, e20190628.
10. **Falak Naz SM, Sandeep Kaur Bali and Shazana Nazir (2018).** Awareness of feeding plates among the parents of cleft lip and palate children in Kashmiri population-an original research. *IJADS*, **4(4)**, 67–69.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm, Nguyễn Hải Long, Lưu Vũ Dũng,
Vũ Thị Minh Phương, Đoàn Xuân Quảng(*)

TÓM TẮT

Hiện nay, phương pháp nút động mạch tử cung giúp người bệnh giảm triệu chứng và thể tích khối u xơ cơ tử cung mà không cần phẫu thuật. Mục tiêu: tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung sau 6 tháng điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 63 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị UXCTC tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng có chỉ định nút ĐMTC từ tháng 10/2018- 6/2020. **Kết quả:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố (tuổi, số lần mang thai, đường kính trước sau tử cung, thể tích u xơ tử cung, vị trí u xơ tử cung, kích thước hạt nút mạch, thời gian nút mạch) không liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung < 50% sau 6 tháng điều trị. Khối u xơ có tăng sinh mạch nhiều có kết quả thành công cao hơn khối u xơ có tăng sinh ít hoặc vừa 1,5 lần với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có yếu tố tăng sinh mạch u xơ tử cung ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều trị.

Từ khóa: nút động mạch tử cung, u xơ tử cung, mối liên quan

SUMMARY

RESEARCH ON SOME FACTORS RELATED TO EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS BY UTERINE ARTERY EMBOLIZATION AT HAI PHONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Currently, uterine artery embolization method helps patients reduce symptoms and volume of uterine fibroids without surgery. **Objective:** to study some

factors related to the effectiveness of uterine volume reduction after 6 months of treatment. **Subjects and methods:** 63 patients were examined, diagnosed and treated for uterine fibroids at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital with indications for uterine artery embolization from October 2018 to June 2020. **Results:** Multivariate regression analysis showed factors (age, number of pregnancies, anteroposterior diameter of Uterine, volume of uterine fibroids, location of uterine fibroids, node size, duration of time embolization) was not associated with a reduction in uterine volume < 50% after 6 months of treatment. Fibroid tumors with high angiogenesis had a higher success rate than fibroids with little or moderate angiogenesis by 1.5 times with $p < 0,05$. **Conclusion:** Multivariable regression analysis showed that only uterine fibroid angiogenesis factor independently affected treatment outcome.

Keywords: uterine artery embolization, uterine fibroids, relationship

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (UXCTC) là khối u phụ khoa lành tính thường gặp nhất. UXCTC thường được phát hiện ở độ tuổi sinh sản và hiện diện gần 40% ở những phụ nữ trên 40 tuổi [1,2].

Hiện tại, có rất nhiều phương pháp điều trị như nội khoa và ngoại khoa cho UXCTC tuy nhiên hiệu quả của các phương pháp này có những hạn chế... Hiện nay, phương pháp nút động mạch tử cung (ĐMTC) không những giúp người bệnh giải quyết hiệu quả triệu chứng và giảm thể tích khối UXCTC không cần phải trải qua phẫu thuật mà còn giúp bảo tồn tử cung. Hiệu quả của nút ĐMTC làm giảm triệu chứng lâm sàng như đau bụng, rong kinh, rong huyết, chèn ép, giảm kích thước UXCTC và còn giúp bảo

(*)Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: Drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

tồn được tử cung[3,4].

Để đánh giá hiệu quả của nút mạch, nhiều nghiên cứu dựa vào sự giảm thể tích tử cung < 50% sau 6 tháng điều trị. Sự giảm kích thước tử cung này có ý nghĩa đối với việc cải thiện các triệu chứng đau bụng, rong kinh... Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung sau 6 tháng điều trị u cơ tử cung bằng phương pháp nút động mạch tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 63 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị UXCTC tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng có chỉ định nút ĐMTC từ tháng 10/2018- 6/2020.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Được chẩn đoán UXCTC đã điều trị nội khoa thất bại

- U xơ tái phát sau phẫu thuật bóc u xơ.
- Muốn giữ lại tử cung vì lý do cá nhân.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ.

- UXCTC nghi ngờ ác tính

- Toàn trạng nguy hiểm cho can thiệp (bệnh tim mạch, tiểu đường, suy thận, rối loạn đông máu...)

- Bệnh nhân sau mãn kinh.
- Suy giảm miễn dịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Lấy tất cả các trường hợp nhập viện trong thời gian từ tháng 10/2018 đến 6/2020 có chỉ định làm UAE, đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.2. Chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi
- Số lần mang thai
- Đường kính trước sau tử cung đo bằng siêu âm
- Thể tích u xơ tử cung đo bằng siêu âm
- Vị trí u xơ tử cung
- Kích thước hạt nút mạch
- Thời gian nút mạch

2.3. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

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

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi (n=63)	Tỷ lệ (%)
Tuổi:		
< 35	23	34,3
35-45	27	42,9
≥45	13	20,6
Số lần mang thai		
Chưa mang thai	12	19
1 lần	13	20,6
≥ 2 lần	38	60,3
Đường kính trước sau tử cung đo bằng SA		
≤60 mm	23	36,5
60-80 mm	28	44,4
> 80 mm	12	19
Thể tích UXCTC đo bằng SA		
≤100 cm ³	51	76,1
100-250 cm ³	11	16,4
> 250 cm ³	5	7,5
Khối u tăng sinh mạch		
Nhiều	42	62,7
Vừa và ít	25	37,3
Vị trí UXCTC		
Loại 1	2	3,2
Loại 2	9	14,3
Loại 3	7	11,1
Loại 4	45	71,4
Kích thước hạt nút mạch		
≤ 500 μm	31	49,2
500-700 μm	25	39,7
>700 μm	7	11,1
Thời gian nút mạch		
Trên 40 phút	37	58,7
≤ 40 phút	26	41,3

Nhận xét: -Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38,6±7,3 tuổi. Nhóm tuổi từ 35-45 chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%.

- Số bệnh nhân mang thai ≥ 2 chiếm đa số (60,3%).

- Đường kính trước sau trung bình tử cung đo bằng ngả âm đạo là 67,5±16,5mm. Trong đó nhóm có kích thước 60-80mm chiếm nhiều nhất 44,4%.

- Dựa vào phân bố bách phân vị 25% -75% phân bố thể tích tử cung ta chọn chia ngưỡng: nhóm thể tích dưới 100 cm³ chiếm đa số 76,1% trường hợp.

- Khối UXCTC tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,7%

- Đa số UXCTC loại 4 chiếm tỉ lệ 71,4%.

- Kích thước hạt nút tắc ≤ 500 μm chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,2%.

- Thời gian nút mạch trên 40 phút chiếm tỷ cao hơn với 58,7%.

Phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa một số yếu tố với hiệu quả giảm thể tích UXCTC sau điều trị.

Bảng: Phân tích hồi quy đa biến mô liên hệ giữa các yếu tố với giảm thể tích UXCTC 50% sau 6 tháng điều trị

Yếu tố	Giảm < 50% (n=21)	Giảm ≥50% (n=43)	OR*	95%CI	P*
Tuổi: < 35 35-45 ≥45	0 2 (7,1%) 5 (38,5%)	22 (100%) 26 (92,9%) 8 (61,5%)	0,90	0,59-0,82	0,21
Tiền sử mang thai Chưa có ≥1 con	4(28,6%) 3(6,2%)	10(71,4%) 46(93,8%)	1,07	0,08-0,30	0,27
Đường kính trước sau tử cung đo bằng SA ≤60 mm 60-80 mm > 80 mm	3(10,7%) 2(16,7%) 1(4,3%)	25(89,3%) 10(83,3%) 22(95,7%)	0.94	0,05-0,66	0,29
Thể tích UXCTC ≤ 100 cm ³ 100-250 cm ³ ≥250 cm ³	3(27,2%) 1(20%) 3(6,4%)	8(72,8%) 4(80%) 44(93,6%)	0,90	0,04-0,68	0,16
Tăng sinh mạch máu Tăng ít, vừa Tăng nhiều	6(24%) 1(2,6%)	19(76%) 37(97,4%)	1,5	0,14-0,62	0,03
Vị trí khối u: Loại 1 Loại 2 Loại 3 Loại 4	0(0%) 1(11,1%) 0(0%) 6(13,3%)	2(100%) 8(88,9%) 9(100%) 39(86,7%)	0,91	0,03-0,18	0,49
Kích thước hạt nút mạch UXCTC ≤ 500 μ 500-700 >700	2(28,5%) 3(9,7%) 2(8%)	5(71,5%) 28(90,3%) 23(92%)	0,99	0,01-0,12	0,84
Thời gian nút mạch Trên 40 phút ≤ 40 phút	1(2,7%) 6(23%)	36(97,3%) 20(77%)	1,1	0,01-0,36	0,28

Nhận xét: Khi đưa tám yếu tố trên vào phương trình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu chỉ còn 1 yếu tố thực sự ảnh hưởng đến kết quả điều trị UXCTC bằng phương pháp nút động mạch tử cung là: Khối u có mức tăng sinh mạch nhiều có tỷ lệ thành công nhiều hơn 1,5 lần khối u có tăng sinh mạch ít và vừa với $p=0,03$ ($OR = 1,5$; $95\%CI=0,14-0,62$) với các yếu tố còn lại là như nhau.

IV. BÀN LUẬN

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình 38,6 tuổi (từ 24 đến 52 tuổi). Tương tự các nghiên cứu khác của Watson 2002[5] và Bapuraj JR[6] độ tuổi trung bình từ 42-44 tuổi. Nhóm tuổi từ 35-45 chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (60,9%), điều này phù hợp với tỷ lệ UXTC thường hay gặp ở lứa tuổi này.

Số người bệnh chưa có con trong mẫu nghiên cứu chỉ chiếm 19%, chỉ bằng 1/4 so với nhóm

người bệnh đã có 1 và 2 con (20,7 + 60,3), điều này chứng tỏ nếu có phương pháp nào có thể bảo tồn tử cung, an toàn, người bệnh sẽ dễ dàng chấp nhận hơn là phương pháp cắt bỏ tử cung khi đã đủ con.

Đường kính trước sau trung bình tử cung đo bằng siêu âm ngã âm đạo là $67,5 \pm 16,5$ mm, nhỏ nhất 46 mm, lớn nhất 112 mm. Căn cứ vào biểu đồ phân bố số liệu ta chọn ngưỡng cắt 60-80 mm để phân nhóm, trong đó nhóm kích thước 60-80 mm chiếm nhiều nhất 44,4% trường hợp. Nhóm kích thước ≥80 mm chiếm 19% và còn lại nhóm ≤60 mm chiếm 36,5%.

Hầu hết tất cả các trường hợp có 1 UXCTC chiếm 93,6%, còn lại có 4 trường hợp có 2 UXCTC. Hơn một nửa trường hợp UXCTC ở thân tử cung, và có 4(6%) trường hợp ở đoạn eo và có 10(14,9%) trường hợp dưới niêm mạc. Theo Lê Lệnh Lương[7] UXCTC nằm trong cơ TC gặp 22/30 trường hợp chiếm 73,0%, thể dưới thanh

mạch gặp ít nhất chiếm tỷ lệ 10%.

Trung bình thể tích tử cung đo bằng siêu âm ngã âm đạo là $89,7 \pm 95,3 \text{ cm}^3$, nhỏ nhất $7,2 \text{ cm}^3$ và lớn nhất có thể tích 500 cm^3 . Căn cứ vào biểu đồ phân bố thể tích tử cung nhóm nghiên cứu đã chia ngưỡng: nhóm thể tích ≤ 100 , từ 100 đến 250 và $\geq 250 \text{ cm}^3$. Nhóm có thể tích UXCTC nhóm thể tích $\leq 100 \text{ cm}^3$ chiếm phần lớn các trường hợp (76,1%). Thể tích UXCTC trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của tác giả Lê Lệnh Lương[7], kích thước UXCTC được lựa chọn làm can thiệp từ 3 - 7cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,4%. Số BN và trọng lượng khối u được lựa chọn làm can thiệp chủ yếu từ 20 - 100g gặp 19/30 trường hợp chiếm tỷ lệ 63,3%, có 4/30 trường hợp khối u có trọng lượng $< 20\text{g}$ chiếm tỷ lệ 13,4%.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy kích thước trung bình của u trước nút mạch là 54,14 mm. Trong đó u nhỏ nhất 25 mm, u lớn nhất 99 mm. Theo Laurent và cs[3] nghiên cứu 58 trường hợp sau nút động mạch tử cung để điều trị UXCTC, kích thước trung bình u là $57 \pm 29,1 \text{ mm}$, trong đó u nhỏ nhất là 13 mm và to nhất là 140 mm.

Trong nghiên cứu này, thời gian trung bình thực hiện nút mạch là 50 phút (thời gian tối thiểu là 40 phút, tối đa là 85 phút) và thời gian hậu phẫu là 45 giờ (thời gian tối thiểu là 24 giờ, tối đa là 72 giờ).

Phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa một số yếu tố với hiệu quả giảm thể tích UXCTC sau điều trị. Khi phân tích hồi quy đa biến môi liên quan giữa 8 biến số có $p < 0,05$ giảm thể tích UXCTC trên 50% sau 6 tháng điều trị thì chỉ có yếu tố tăng sinh mạch UXCTC ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều. So với nhóm BN tăng sinh mạch vừa và ít, nhóm thực hiện nút mạch có tăng sinh mạch nhiều có xu hướng tăng tỷ lệ giảm thể tích UXCTC sau điều trị 6 tháng lên 1,5 lần (OR = 1,5; 95%CI=0,14-0,62) và $p=0,03$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong phân tích hồi quy đa biến với $p < 0,05$. The Seiji và cs[8] thì nhóm tăng sinh mạch giảm thể tích khối u nhiều hơn nhóm không tăng sinh mạch $p < 0,05$, cũng với kết quả tương tự, theo Jha và cs[9] nghiên cứu trên 125 khối u sau 3 tháng nút mạch thấy nhóm tăng sinh mạch giảm trọng lượng u nhiều hơn nhóm không tăng sinh mạch là 35% với $p < 0,05$. Điều này có nghĩa rằng những khối u giàu mạch máu sẽ có kết quả điều trị tốt hơn những khối u không tăng sinh mạch vì khối u tăng sinh mạch thường kèm theo

nhiều tế bào cơ trơn hơn là tế bào xơ nên sau khi nút mạch chúng sẽ tiêu nhanh hơn các tế bào xơ.

V. KẾT LUẬN

Khối u xơ có tăng sinh mạch nhiều có kết quả thành công cao hơn khối u xơ có tăng sinh ít hoặc vừa 1,5 lần với $p < 0,05$, OR= 1,5, 95%CI = 0,14-0,64.

KIẾN NGHỊ. Thêm phương pháp nút mạch cho các bác sĩ điều trị bệnh lý UXCTC song song với các phương pháp khác. Đặc biệt, cho những bệnh nhân có UXCTC muốn bảo tồn tử cung để sinh đẻ hay nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marshall LM, Spiegelman D, Goldman MB, et al (1998)**, "A prospective study of reproductive factors and oral contraceptive use in relation to the risk of uterine leiomyomata", *Fertil Steril* 70, tr. 432.
2. **Dương Thị Cường, Nguyễn Đức Hình (1999)**, "U xơ tử cung", Phụ khoa dành cho Thầy thuốc thực hành, nhà xuất bản y học, tr. 88- 107.
3. **Laurent Brunereau, Denis Herbreteau, Sophie Gallas, Jean-philippe Cottier, Jean-Luclebrun, Francois Tranqant, Florence Fanchier, Gilles Body and Philippe Rouleaus (2000)**, "Uterine Artery Embolization in the primary Treatment of Uterine Leiomyomas", *AJR*. 175, tr. 1267-1272.
4. **Pron G, Banett 3, Comanen A. Wall1, Asch M. Stidennan K for the Ontario Fibroid Embolization Collaborative Group (2003)**, "Uterine fibroids reduction and symptoms relief after uterine artery embolization for fibroids", *Fertil Steril* 79; tr. 120-7.
5. **Watson GMT, Walker WJ (2002)**, "Uterine artery embolisation for treatment of symptomatic fibroids in 114 women, reduction in size of fibroids and women's views of success of the treatment", *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 129-35. 109, tr. 129-35.
6. **Bapuraj JR, Suri S, Sidhu R et al (2002)**, "Uterine embolisation for the treatment of symptomatic uterine fibroids: short-term results of work in progress", *Aust NZJ Obstet Gynaecol*. 42; tr. 508-12.
7. **Lê Lệnh Lương, Nguyễn Văn Sơn (2011)**, "Đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật nút mạch trong điều trị UXCTC tại Bệnh viện Thanh Hóa", *Tạp chí Điện quang Việt Nam*, tr. 120-125.
8. **Isonishi, Seiji và các cộng sự. (2008)**, "Analysis of prognostic factors for patients with leiomyoma treated with uterine arterial embolization", *American journal of obstetrics and gynecology*. 198(3), tr. 270.e1-6.
9. **Jha RC, Ascher SM, Imaoka I, Spies JB (2000)**, "Symptomatic fibroleiomyomata: MR imaging of the uterus before and after uterine arterial embolization", *Radiology*, tr. 228-235.