

# U Xơ Tử Cung Và Những Câu Hỏi Lâm Sàng Thường Gặp

TS. BS Huỳnh Thị Thu Thủy



Mức độ	Chứng cứ
1++	Nghiên cứu cộng gộp, hệ thống các RCTs hay RCT chất lượng cao, nguy cơ gây nhiễu rất thấp
1+	Nghiên cứu cộng gộp, hệ thống các RCTs hay RCT chất lượng tốt, nguy cơ gây nhiễu thấp
1-	Nghiên cứu cộng gộp, hệ thống các RCTs hay RCT, nguy cơ gây nhiễu cao.
2++	Nghiên cứu hệ thống các nghiên cứu bệnh chứng hay đoàn hệ chất lượng ao Nghiên cứu bệnh chứng hay đoàn hệ chất lượng cao, nguy cơ gây nhiễu rất thấp, mối liên quan nhân quả mạnh
2+	Nghiên cứu bệnh chứng hay đoàn hệ được tiến hành tốt, nguy cơ gây nhiễu thấp, mối liên quan nhân quả mức độ trung bình
2-	Nghiên cứu bệnh chứng hay đoàn hệ có nguy cơ gây nhiễu cao, mối liên quan không phải nhân quả
3	Không phải nghiên cứu phân tích, ví dụ báo cáo ca, báo cáo loạt ca
4	Ý kiến chuyên gia

## Phân loại khuyến cáo RCOG

Mức độ	Chứng cứ
A	Có ít nhất 1 NC cộng gộp, hay thử nghiệm LS ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) và áp dụng trực tiếp trên dân số mục tiêu.
B	Tổng hợp các nghiên cứu đoàn hệ hay bệnh chứng chất lượng cao nguy cơ gây nhiễu rất thấp, mối liên quan nhân quả cao, áp dụng trực tiếp trên dân số mục tiêu
C	Nghiên cứu đoàn hệ hay bệnh chứng thiết kế tốt, nguy cơ gây nhiễu thấp, mối liên quan nhân quả trung bình, áp dụng trên dân số mục tiêu
D	Không phải nghiên cứu phân tích (VD báo cáo loạt ca...) Kinh nghiệm lâm sàng và ý kiến chuyên gia

## Những câu hỏi LS thường gặp

- ❖ UXTC phổ biến như thế nào?
- ❖ Các yếu tố nguy cơ UXTC là gì?
- ❖ Những triệu chứng lâm sàng do UXTC là gì?
- ❖ Tiến triển tự nhiên của UXTC là gì?
- ❖ Xét nghiệm nào chẩn đoán tốt nhất UXTC?
- ❖ Can thiệp không phẫu thuật UXTC có hiệu quả không?
- ❖ Điều trị nội khoa trước PT có hữu ích không?

**Những câu hỏi LS thường gặp**

- ❖ Các kỹ thuật mổ tốt nhất là gì?
- ❖ UXTC có tác động lên khả năng sinh sản và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản không?
- ❖ Lời khuyên tốt nhất cho phụ nữ có UXTC không triệu chứng là gì?
- ❖ Lời khuyên tốt nhất cho những người phụ nữ có u xơ tử cung trong thời kỳ mang thai là gì?
- ❖ Lời khuyên tốt nhất cho phụ nữ mãn kinh đang điều trị HRT với u xơ tử cung là gì?

5

**UXTC phổ biến như thế nào?**

- ❖ UXTC thường không triệu chứng, tỉ lệ trong dân số chưa rõ.
- ❖ Chiếm **25-40%** phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. (Vollenhoven B, 1998, Level 3)

6

**Yếu tố nguy cơ UXTC là gì?**

- ❖ Tuổi:
  - Tăng liên quan đến tăng tỉ lệ NXTC đến khi mãn kinh nồng độ estrogen giảm thấp. (Ross RK, 1986, Level 2-)
  - Sau mãn kinh tử cung nhỏ hơn và ít NXTC hơn. (Cramer SF, Level 3)
- ❖ Tiền sử gia đình: tăng nguy cơ 3 lần cho thể hệ F1 (Vikhlyayeva EM, 1995, Level 2-).
- ❖ Chủng tộc: Mỹ Châu Phi và Caribê (Meilahn EN, 1989, Level 2-)

7

**Yếu tố nguy cơ UXTC là gì?**

- ❖ Béo phì: tăng nguy cơ gấp 3 lần ở PN trên 70 Kg so với nhóm < 50 Kg (Rose RK, 1986, Level 2-)
- ❖ Số lần sanh: liên quan nghịch đảo giữa số lần mang thai và NXTC, sanh trên 5 con = 1/4 so với sanh con so (Rose RK, 1986, Level 2-)
- ❖ Sử dụng thuốc tránh thai đường uống, dùng thuốc khử trùng, XN Pap's thường xuyên và học vấn cao có liên quan đến tỉ lệ gia tăng UXTC → do tăng số lần đi khám → tăng tỉ lệ phát hiện (Level 2)

8

**Diễn tiến tự nhiên UXTC**

- ❖ Chưa rõ diễn tiến tự nhiên của UXTC không triệu chứng.
- ❖ Thường NXTC lớn chậm thường không được phát hiện đến khi đi tầm soát ung thư CTC hay có thai.
- ❖ Thường phát hiện ở độ tuổi 30-40 (Rose RK, 1986, Level 2-).

9

**Diễn tiến tự nhiên UXTC**

- ❖ BN có triệu chứng TMK và UXTC thường chọn điều trị bảo tồn, 25% quyết định cắt tử cung trong vòng 12 tháng (Carlson KJ, 1994, Level 2-)
- ❖ Sau khi mổ bóc NXTC, có thể tái phát 27% trong vòng 10 năm (Candiani GB, 1990, Level 3). Tỷ lệ tái phát thấp (15%) ở PN có sinh con sau bóc NC so với không sinh con (tái phát 30%). Tỷ lệ tái phát cũng thấp ở PN ít NXTC khi phẫu thuật.

10

**Diễn tiến tự nhiên UXTC**

- ❖ Sau mãn kinh, NXTC sẽ giảm kích thước và số lượng (Cramer SF, 1990, Level 3).
- ❖ Sarcom cơ TC hiếm. Cơ chế chưa rõ, tỷ lệ ít hơn 1/1000 (Buttram VC, 1981, Level 3). Thường ở giai đoạn hậu mãn kinh (60%), lớn nhanh, đau, xuất huyết âm đạo hậu mãn kinh (Sadler L, 1999, Level 3)


11

**Triệu chứng LS liên quan**

- ❖ Thường không triệu chứng (Lumsden MA, 1998, Level 4)
- ❖ Cường kinh: 30% (Buttram VC, 1981, Level 3)
- ❖ NXTC dưới niêm mạc chiếm 6-34% (Bronz L, 1997; Dijkhuizen FP, 1996; Fedele L, 1991; Level 2-)
  - ❖ Tăng diện tích nội mạc TC
  - ❖ Thay đổi những sản phẩm của các yếu tố NMTC như prostaglandins (Lumsden MA, 1998, Level 3)

12

▶▶▶▶

 **Triệu chứng LS liên quan** 

- ❖ Thiếu máu do cường kinh hơn do rong kinh trong cùng điều kiện (Fraser IS, 1986, Level 2-)
- ❖ Vô sinh:
  - ❖ Mức độ gây vô sinh do UXTC hiện chưa rõ. Hiện chưa có nghiên cứu RCT bóc nhân xơ điều trị vô sinh. (nhiều yếu tố gây nhiều như tuổi...)
  - ❖ 27% PN bóc NXTC có tiền sử vô sinh (Buttram VC, 1981, Level 3)

13

▶▶▶▶

 **Triệu chứng LS liên quan** 

- ❖ Hội chứng chèn ép: thường được mô tả với UXTC nhưng chưa có báo cáo nào ủng hộ đây như là 1 triệu chứng của UXTC.
- ❖ Thịnh thoàng UXTC có thể thông qua CTC.
- ❖ Đau vùng chậu: UXTC được cho là nguyên nhân không thường xuyên của đau vùng chậu, các RCT sử dụng GnRH báo cáo có giảm đau vùng chậu (thống kinh) khi khối lượng UXTC giảm (Shaw RW, 1997, Level 2-)

14



▶▶▶▶

 **Triệu chứng LS liên quan** 

- ❖ Thai kỳ: 4-5% UXTX phát hiện trong thai kỳ. Hầu hết không biến chứng và không tăng kích thước. 10% thoái hóa, đặc biệt trong tam cá nguyệt 2 (Exacoustòs C, 1993, Level 3).

15

▶▶▶▶

 **Xét nghiệm chẩn đoán** 

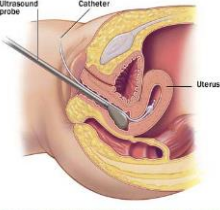
- ❖ Siêu âm ngã âm đạo (TVS):
  - ❖ Độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 70% trong chẩn đoán UXTC dưới niêm mạc (Vercellini P, 1997, Level 1+).
  - ❖ Loại trừ tăng sinh nội mạc tử cung ở PN TMK (tỉ số âm tính khả dĩ LR- = 0,02); hạn chế sử dụng để phân biệt NXTC dưới niêm và polyp lòng TC (LR-=0,29)

16

**Xét nghiệm chẩn đoán**

❖ Siêu âm buồng TC bơm nước (*TVSH*):

- ❖ Chẩn đoán UXTC: LR+= 17,9 và LR- = 0,06-0,12 (Schwarzler P, 1998; Gaucherand P, 1995, Level 1+)
- ❖ Lâu hơn SA thường (tối đa 15 phút) (Bernard JP, 1997, Level 1-).
- ❖ Biến chứng nhiễm trùng hiếm (Cicinelli E, 1995, Level 1+)



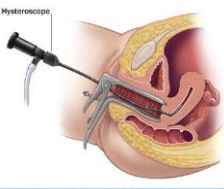
© Medscape Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

17

**Xét nghiệm chẩn đoán**

❖ Soi buồng TC (*TVSH*):

- ❖ LR+ và LR- tương tự TVSH trong chẩn đoán UXTC dưới niêm mạc (Fedele L, 1991, Level 1-), TVSH có lợi thế hơn trong chẩn đoán kích thước vị trí NXTC dưới niêm mạc NXTC trong cơ hơn soi buồng TC.



© Medscape Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

18

**Xét nghiệm chẩn đoán**

❖ Chụp cộng hưởng từ MRI

- ❖ Độ nhạy 1, độ đặc hiệu 0,94 (Togashi K, 1989, Level 1+).
- ❖ Có thể chẩn đoán được lạc tuyến trong cơ TC (Ayida G, 1997)

19



**Điều trị nội khoa (không PT sau đó)**

❖ *Progestins*

- Ít bằng chứng ủng hộ sử dụng Progestins.
- UXTC có chứa thụ thể Progestins (Soules MR, 1982), do đó trên lý thuyết sử dụng Progestins có vẻ hợp lý, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào ủng hộ quan điểm này.

20

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ **Thuốc ngừa thai phối hợp (COC)**

- Chưa có RCTs nghiên cứu COC điều trị UXTC.
- Friedman AJ, 1995: NC so sánh trong 1 năm PN có UXTC dùng COC và nhóm không dùng. KQ: không có sự khác biệt về kích thước UXTC, nhưng có tăng Hct có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dùng. Tuy nhiên NC này được rút lại 1 tháng sau đó.

21

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ **Antiprogestogens: Mifepristone (RU 486)**

- Là steroid tổng hợp, ức chế rụng trứng và phá vỡ sự toàn vẹn của NMTC
- Vì UXTC phụ thuộc vào steroid của buồng trứng nên RU486 gây thoái hóa UXTC.
- Murphy AA, 1983, Level 3: RU486 giảm kích thước NXTC 49% trong vòng 12 tuần và không ảnh hưởng mật độ xương. Nhiều kết quả hứa hẹn, cần thêm nhiều nghiên cứu theo dõi tác dụng lâu dài

22

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ **Androgens (Danazol)**

- DeCherney AH, 1983, Level 2-: Danazol giảm kích thước NXTC sau 3 tháng điều trị.
- Ueki M, 1995, Level 2-: Danazol ít hiệu quả hơn đồng vận GnRH làm giảm kích thước NXTC.
- Tuy nhiên Danazol hạn chế sử dụng hơn 6 tháng vì tác dụng phụ Androgenic

23

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ **Gestrinone**

- Tác dụng anti progestogenic và oestrogenic.
- Coutinho EM, 1989, Level 1+: giảm 73% thể tích NXTC và vô kinh 53% sau 8 tuần. Giảm kích thước NXTC kéo dài 1 năm sau điều trị. Tăng nồng độ Hb.
- Tác dụng phụ Androgenic mụn trứng cá, rụng lông, tăng cân.

24

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Gestrinone

- Tác dụng anti progestogenic và oestrogenic.
- Coutinho EM, 1989, Level 1+: giảm 73% thể tích NXTC và vô kinh 53% sau 8 tuần. Giảm kích thước NXTC kéo dài 1 năm sau điều trị. Tăng nồng độ Hb.
- Tác dụng phụ Androgenic mụn trứng cá, rậm lông, tăng cân.

25

▶▶▶▶

 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Đồng vận GnRH

- Việc giảm kích thước NXTC trong thời kỳ mãn kinh do giảm estrogenic đã khiến các nhà NC xem xét sử dụng đồng vận GnRH như một điều trị tương tự.
- Thông qua việc ức chế tuyến yên làm ức chế chức năng buồng trứng, đồng vận GnRH làm giảm kích thước NXTC và làm giảm chảy máu.

26

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Đồng vận GnRH

- Nhiều bc giảm 50% thể tích NXTC, mất hoàn toàn NXTC nhỏ. (Candiani, 1990: điều trị với Goserelin trong 3 tháng giúp giảm 49% )
- Giảm tổng thể tích NXTC/ tử cung tùy thuộc vào mức độ ức chế estrogen (Friedman AJ, 1987; Lumsden MA, 1987); PN có nồng độ estrogen cao cần liều đồng vận GnRH cao hơn (Friedman AJ, 1992). Tuy nhiên, sự giảm thể tích tử cung trong các nghiên cứu dao động từ 25-80% và đạt tối đa sau 12 tuần

27

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Đồng vận GnRH

- Giảm triệu chứng chèn ép (Langer R, 1990)
- Giảm cường kinh liên quan đến chu kỳ không rụng trứng và teo NMTC
- Giảm thống kinh (Shaw RW, 1997, Level A+)

28

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Đồng vận GnRH

- Tuy nhiên có tác dụng phụ đáng kể khi sử dụng đơn độc đồng vận GnRH điều trị UXTC. Bốc hỏa, khô âm đạo... có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.
- Thời gian điều trị nên giới hạn trong vòng 6 tháng vì xảy ra tình trạng mất khoáng xương nhanh chóng do giảm nhanh estrogen (Matta WHM, 1989)

29

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Đồng vận GnRH

- Sau khi ngưng điều trị, hầu hết NXTC đều tăng trở lại kích thước như trước khi điều trị và tái phát những triệu chứng UXTC (Matta WHM, 1989) → sử dụng đơn độc đồng vận GnRH là 'thất vọng' lớn.

30

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ Đồng vận GnRH

- Bổ sung progestins (medroxyprogesterone acetate) đơn độc khi đang điều trị đồng vận GnRH để giảm triệu chứng bốc hỏa và những triệu chứng khác (West CP, 1992).
- Điều trị estrogen và progestin tiếp theo sau, giúp duy trì giảm kích thước UXTC và tác dụng phụ GnRH (Friedman AJ, 1994, Level 1-). Sử dụng bắt đầu từ 12 tuần sau khi bắt đầu GnRH.

31

▶▶▶▶

 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 



❖ Levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS)

- Chưa có NC RCT sử dụng LNG-IUS trên BN có UXTC. UXTC làm biến dạng buồng TC, là một CCD tương đối của đặt vòng.
- Một nghiên cứu đa trung tâm so sánh Mirena và TCu380 trong tử cung để tránh thai, nhóm sử dụng Mirena có tỉ lệ xuất hiện NXTC thấp hơn và phải cắt TC ít hơn sau 5 năm (Sivin I, 1994, Level 1-)

32



▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa (không PT sau đó)** 

❖ *Hormone replacement therapy (HRT)*

- Ít dữ liệu về ảnh hưởng của HRT lên sự phát triển của UXTC.
- Mức độ HRT làm tăng tần số XHTC bất thường ở tuổi TMK và MK có UXTC hiện chưa rõ, các kết quả khác nhau của những nghiên cứu do định nghĩa máu mất và phác đồ điều trị khác nhau.

33



▶▶▶▶

 **Điều trị nội khoa trước PT** 

❖ GnRH (Cochrane Library, 2011: 26 RCTS) sử dụng 2-4 tháng trước phẫu thuật so với giả dược

- Trước phẫu thuật: tăng Hb và Hct và giảm kích thước tử cung và NXTC có ý nghĩa thống kê. Tác dụng phụ đau đầu, bốc hỏa, triệu chứng ở Á Đ.
- Trong phẫu thuật: cắt TC dễ dàng hơn, thời gian phẫu thuật ngắn hơn, khả năng cắt TC ngã âm đạo cao hơn, giảm máu mất.
- Sau phẫu thuật: giảm tg nằm viện, Hct tăng nhẹ, tỉ lệ biến chứng hay chất lượng cuộc sống không đổi <sup>34</sup>

▶▶▶▶



 **Điều trị nội khoa trước PT** 

❖ GnRH sử dụng 2-4 tháng trước phẫu thuật

- Stovall TG, 1994, Level 1-: kích thước TC giảm 350ml ở BN có TC # thai 14-18 tuần, giảm 1304ml ở BN có TC > thai 18 tuần.
- Lethaby A, Cochrane Library, 1999, Level 1+: BN có chỉ định cắt TC có thể tránh được PT ngã bụng vì TC có thể cắt được qua ngã âm đạo.

35

▶▶▶▶



 **Điều trị phẫu thuật** 

❖ Nội soi buồng TC cắt NXTC (Wamsteker K, 1993)

- Mức độ lấn vào buồng TC và kích thước NXTC < 4 cm liên quan đến thành công của phẫu thuật.
- 86% cải thiện về kinh nguyệt, 72% giảm triệu chứng thống kinh. 10% không hài lòng với phẫu thuật
- 79% BN không cần phẫu thuật lại trong vòng 4 năm đầu theo dõi

36

▶▶▶▶



 **Điều trị phẫu thuật** 

❖ **Mổ bóc NXTC**

- Mục đích: bảo tồn chức năng sinh sản, cải thiện triệu chứng HMB, chèn ép, giảm thể tích khối u.
- Buttram VC, 1981, Level 3:
  - 80% cải thiện triệu chứng cường kinh.
  - Liên quan giữa sảy thai liên tiếp và bóc NXTC chưa rõ. Tỷ lệ sảy thai 19% sau khi bóc NXTC so với 41% khi chưa bóc NXTC trên cùng nhóm BN.

37

▶▶▶▶

 **Điều trị phẫu thuật** 

❖ **Mổ bóc NXTC**

- Có thai sau bóc NXTC:
  - Tỷ lệ vỡ TC trong thai kỳ và trong chuyển dạ 0,5% (West CP, 1992, Level 3)
- Tái phát NXTC: tái phát 27% trong vòng 10 năm, PN sanh con ít tái phát hơn không sinh (15% so với 30%) (Candiani GB, 1991, Level 3)

38

▶▶▶▶



 **Điều trị phẫu thuật** 

❖ **Mổ bóc NXTC**

- UXTC trên 6cm không phù hợp nội soi bóc NXTC (Darai E, 1997 và Dubuisson J-B, 1996, Level 3; Mais V, 1996, Level 1-)

39

▶▶▶▶

 **PT Cắt tử cung** 

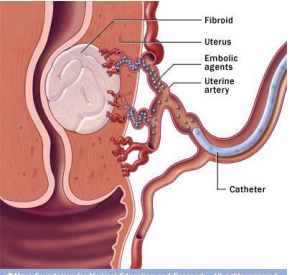
❖ Là phương pháp thường sử dụng.

❖ Thường cơ cắt TC > 12 tuần vì lo ngại về khả năng bị sarcom, chèn ép cơ quan lân cận (niệu quản), phẫu thuật về sau khó khăn do TC to.

40

**Tắc mạch**

❖ Uterine artery embolisation: Luồn 1 catheter đến ĐM TC, bơm các hạt nhựa nhỏ (300-600 microns) làm tắc các động mạch nhỏ nuôi NXTC



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

41

**Tắc mạch**

❖ Chỉ định:

- Giảm triệu chứng liên quan và cường kinh do UXTC.

❖ Chống chỉ định tương đối:

- Đang sử dụng đồng vận GnRH
- NXTC dưới niêm mạc
- Adenomyosis lan tỏa
- Tiền căn thắt ĐM hạ vị
- Dự định có thai

42

**Tắc mạch**

❖ Chống chỉ định tương đối:

- Thiếu phương tiện và con người.
- UXTC to trên 24 tuần hay đa NXTC có đường kính trên 10cm vì gây biến chứng nặng: đau bụng dữ dội, nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết, TC thiếu máu nuôi cần phải cắt TC cấp cứu

43

**Tắc mạch**

❖ Chống chỉ định tuyệt đối:

- Có thai
- Nhiễm trùng sinh dục cấp tính
- Bệnh lý ác tính
- Suy giảm miễn dịch nặng
- Bệnh lý mạch máu toàn thân

44

▶▶▶▶

**Tắc mạch - UAE**

❖ Tắc mạch (uterine artery embolisation-UAE)

- Giảm máu nuôi làm giảm sự tăng trưởng của NXTC (Ravina JH,1997)
- Kết cục ngắn hạn: 8 NC can thiệp từ 1998-2004 trên 4879 BN được UAE
  - Thực hiện thủ thuật thành công 98-100% các TH
  - Cải thiện cường kinh 85-94%
  - Cải thiện thống kinh 77-79%
  - Giảm thể tích trung bình TC 35-60%

45

▶▶▶▶

**Tắc mạch - UAE**

❖ Tắc mạch (uterine artery embolisation-UAE)

- Kết cục dài hạn: 5 NC theo dõi tổng cộng 1059 BN sau UAE từ 5 đến 7 năm
  - 75% cải thiện cường kinh sau 5 năm hoặc hơn
  - 20% phải tái nhập viện để cắt TC, bóc NXTC hay UAE lần 2 vì các triệu chứng liên quan đến NXTC

46

▶▶▶▶

**Tắc mạch - UAE**

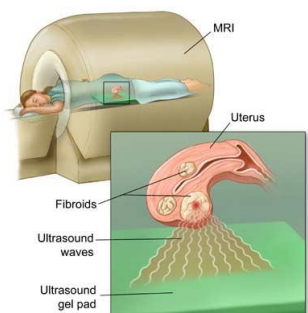
❖ Tắc mạch (uterine artery embolisation-UAE)

- Toor SS, 2012, phân tích cộng gộp 54 nghiên cứu trên 8159 BN được UAE
  - Tỷ lệ biến chứng 2,9%
  - Phải nhập viện trở lại 2,7%
  - Tỷ lệ cắt TC sau UAE là 0,7%

47

▶▶▶▶

**Focused ultrasound surgery**



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

48

## Focused ultrasound surgery

- ❖ Focused ultrasound surgery-FUS (phẫu thuật siêu âm định vị)
  - MRI hướng dẫn FUS là một phương pháp điều trị không xâm lấn bảo tồn tử cung.
  - Những sóng âm có tần số và năng lượng cao tập trung và phá hủy nhân xơ.
  - Cần nhiều nghiên cứu đánh giá về lâu dài về an toàn và hiệu quả của phương pháp này.

49

## UXTC và thai kỳ

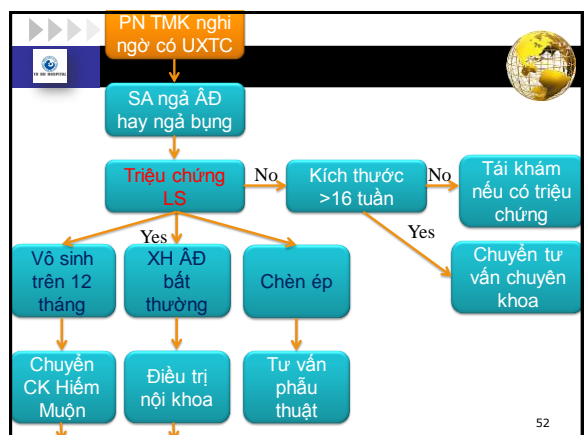
- ❖ Nguy cơ sản khoa:
  - Exacoustos C, 1993 hồi cứu trên 12708 sản phụ
    - Cách sanh, sự tăng trưởng thai, ối vỡ non không bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện UXTC.
    - Dựa sanh non tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm sản phụ có NXTC.
    - Nhau bong non tăng khi NXTC có kích thước > 20cm, NXTC tiếp xúc trực tiếp với bánh nhau
    - Đau vùng chậu khi NXTC > 20cm

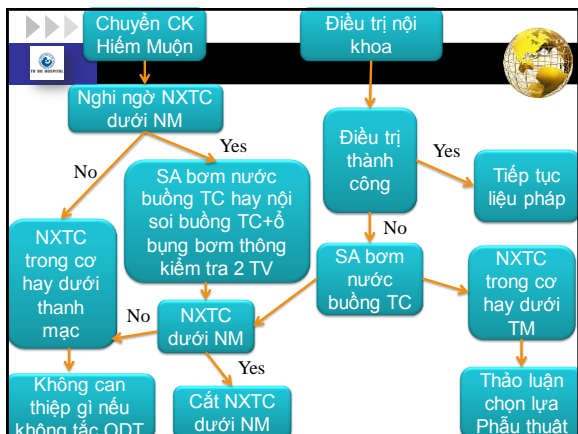
50

## Tóm tắt khuyến cáo



51





**Điều trị nội khoa**

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Không khuyến cáo sử dụng Progestogen trong điều trị NXTC vì không đủ bằng chứng về lợi ích	D
Thuốc ngừa thai không làm giảm hiệu quả giảm kích thước nhân xơ TC nhưng có thể làm giảm mất máu kinh giúp cải thiện Hct	C
Hormon liệu pháp (HRT) không nên sử dụng điều trị nhân xơ TC vì không hiệu quả trong việc làm giảm kích thước nhân xơ	A

54

**Điều trị nội khoa**

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
BN có NXTC kèm xuất huyết ÂĐ khi đang sử dụng HRT phối hợp nên được điều chỉnh liều HRT phối hợp giảm liều estrogen và tăng liều progesteron	D
Dạng estrogen thấm thấu qua da không nên sử dụng ở BN có NXTC	A
RU486 hiệu quả trong giảm kích thước nhân xơ mà không gây ra giảm đậm độ khoáng của xương	D

55

**Điều trị nội khoa**

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Không khuyến cáo điều trị Danazol như là điều trị đầu tay vì thuốc không có hiệu quả như đồng vận GnRH và gây tác dụng phụ Androgenic làm hạn chế sử dụng thuốc	C
Gestrinone hiệu quả trong việc giảm kích thước nhân xơ tử cung nhưng do tác dụng phụ androgenic nên hạn chế sử dụng	A
NSAIDs không hiệu quả trong điều trị NXTC gây rong huyết nặng	B

56

Điều trị nội khoa	
Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Điều trị đồng vận GnRH hiệu quả giảm kích thước tử cung và NXTC nhưng nhiều tác dụng phụ khó chịu và giảm mật độ xương nên hạn chế sử dụng trong vòng 6 tháng	<b>A</b>
Điều trị đồng vận GnRH trong 3 tháng, sau đó phối hợp estrogen và progestin: hiệu quả giảm kích thước NXTC, dùng cho BN có chống chỉ định PT hay không đồng ý PT. Khi ngưng điều trị NXTC sẽ lớn lại như cũ.	<b>B</b>
Chưa đủ bằng chứng khuyến cáo dụng cụ tử cung chứa progestogen làm giảm kích thước NXTC	<b>C</b>

57

Điều trị nội khoa					
Thuốc	EBM	Cải thiện triệu chứng	Giảm thể tích NX	TG sử dụng tối đa	Tác dụng phụ
OC (HMB only)	2+	+	X	Không giới hạn	Nôn ói, đau đầu, căng ngực
Danazol	2-	Chưa NC	57% **	6 tháng	Tác dụng phụ Androgenic
Gestrinone	1+	Chưa NC	15-36%	6 tháng	Tác dụng phụ Androgenic
Đồng vận GnRH	1+	+	+	6 tháng	Tác dụng phụ Androgenic
LNG IUS	2+	Chưa NC	Chưa NC	5 năm	Kinh không đều, thủng TC, rời vòng
RU486	2+	Chưa NC	49% ***	Chưa NC rõ	Chưa nghiên cứu

\*\* dựa trên 1 thử nghiệm lâm sàng

\*\*\* dựa trên 1 nghiên cứu nhỏ không ngẫu nhiên




58

Điều trị phẫu thuật	
Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Quyết định PT bóc NXTC hay cắt TC tùy thuộc vào: tham khảo ý kiến BN, tuổi, nguyện vọng sinh sản, vị trí, số lượng NXTC	<b>D</b>
BN có NXTC dưới thanh mạc hay trong cơ có triệu chứng như XHTC nặng hay chèn ép nên được mổ bóc NXTC thay thế cho cắt TC.	<b>C</b>

59

Điều trị phẫu thuật	
Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Điều trị đồng vận GnRH trong vòng 2-4 tháng trước phẫu thuật cho BN có tử cung lớn hơn 18 tuần và thiếu máu trước phẫu thuật	<b>B</b>
BN có NXTC dưới thanh mạc hay trong cơ có triệu chứng như XHTC nặng hay chèn ép nên được mổ bóc NXTC thay thế cho cắt TC.	<b>C</b>
Nội soi bóc NXTC không nên thực hiện cho BN còn muốn sinh sản vì có nhiều báo cáo loét ca tăng nguy cơ vỡ TC sau bóc NXTC	<b>D</b>




60

## Điều trị phẫu thuật



Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo
Chưa đủ bằng chứng khuyến cáo sử dụng thường xuyên vasopressin làm giảm mất máu trong phẫu thuật bóc NXTC	<b>C</b>
Tắc mạch là một thay thế hiệu quả cho PT bóc NXTC hay cắt TC nhưng cần thêm nhiều NC RCT	<b>D</b>

61

## Tham khảo

An Evidence-based Guideline  
 for the Management of Uterine Fibroids  
 Working Party of the New Zealand Guidelines Group\*

Official reprint from UpToDate® [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)  
 ©2013 UpToDate®

Print | Back

**Overview of treatment of uterine leiomyomas (fibroids)**  
 Author  
 Elizabeth A Stewart, MD  
 Section Editor  
 Robert L. Ballard, MD  
 Deputy Editor  
 Sandy J Falk, MD  
 Disclosures

1





## XIN CHÂN THÀNH CÁM ƠN

63