

cân trong thai kỳ của phụ nữ mang thai tại Hà Nội năm 2020. Tạp chí Y Học Việt Nam. Tháng 5 số 2 tập 526, 2023.

8. Nguyễn Thị Thu Liễu, Nguyễn Quỳnh Nhung, Đào Thị Hoa, Đinh Bích Thủy, Nguyễn Thị Vân Anh, và Trần Danh Cường. 2023. Tình

trạng Dinh dưỡng Theo Chu Vi vòng cánh Tay Và một số yếu tố Liên Quan ở phụ nữ Mang Thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2023. Tạp Chí Y học Dự phòng 33 (4 Phụ bản):59-65. <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2023/1227>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỦA LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG THÀNH BỤNG CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG SÓNG CAO TẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Lê Ngọc Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu (NC) mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của người bệnh lạc nội mạc tử cung (LNMTC) thành bụng được đốt sóng cao tần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC hồi cứu trên 17 bệnh nhân (BN) với 28 tổn thương LNMTC ở thành bụng đã được điều trị đốt sóng cao tần dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 11/2023 đến tháng 3/2025. BN được chẩn đoán bằng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh hoặc giải phẫu bệnh lý thông qua sinh thiết tổn thương. **Kết quả:** Tuổi trung bình BN là: 35.53 ± 4.99 . Triệu chứng lâm sàng của BN chủ yếu là sờ thấy khối (88.2%) và đau bụng theo chu kỳ kinh (76.5%). 100% BN có tiền sử mổ lấy thai. Thời gian tiềm tàng trung bình từ lần mổ lấy thai gần nhất đến khi khởi phát triệu chứng là 2.69 ± 2.25 (năm). Đặc điểm tổn thương trên siêu âm: giảm âm, không đồng nhất (100%), ranh giới không rõ (84.6%), dạng đặc (73.1%), có tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler (41.2%). Vị trí tổn thương: cơ thành bụng (23.1%), mỡ dưới da (30.8%), cả lớp mỡ dưới da và cơ thành bụng (46.1%). Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ (CHT): tăng tín hiệu trên T1W so với cơ (33.3%), đồng tín hiệu so với cơ trên T1W (40.7%), tăng tín hiệu trên T2W (51.9%), hỗn hợp tín hiệu trên T2 (40.7%), tăng tín hiệu trên T1FS (74.1%), có 25.9% số tổn thương hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, 92.6% số tổn thương ngấm thuốc mạnh sau tiêm. Ngoài ra có 11.8% BN phát hiện nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. **Kết luận:** Lạc nội mạc tử cung ở thành bụng thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có tiền sử mổ lấy thai. Các dấu hiệu đau bụng theo chu kỳ kinh và sờ thấy khối gợi ý bệnh. Siêu âm và CHT giúp xác định tổn thương, số lượng, vị trí tương quan với các cấu trúc thành bụng và mức độ ngấm thuốc, giúp định hướng chẩn đoán bệnh và điều trị. **Từ khóa:** lạc nội mạc tử cung thành bụng, siêu âm, cộng hưởng từ

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS IN PATIENTS TREATED WITH RADIOFREQUENCY ABLATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: This study describes the clinical and imaging characteristics of patients with abdominal wall endometriosis (AWE) treated with radiofrequency ablation (RFA) at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 17 patients with 28 AWE lesions treated with ultrasound-guided RFA from November 2023 to March 2025. Patients were diagnosed based on clinical evaluation, imaging, or pathological confirmation through lesion biopsy. **Results:** The mean patient age was 35.53 ± 4.99 years. The main clinical symptoms were palpable mass (88.2%) and cyclic abdominal pain (76.5%). All patients had a history of cesarean section. The mean latency period from the last cesarean section to symptom onset was 2.69 ± 2.25 years. Ultrasound features: All lesions were hypoechoic and heterogeneous (100%), with poorly defined margins (84.6%), solid appearance (73.1%), and vascular signals on Doppler ultrasound (41.2%). Lesion locations included the abdominal wall muscle (23.1%), subcutaneous fat (30.8%), and both subcutaneous fat and abdominal wall muscle (46.1%). MRI features: The lesions showed high signal intensity on T1-weighted images (T1W) compared to muscle (33.3%), isointense signal on T1W (40.7%), high signal intensity on T2-weighted images (T2W) (51.9%), mixed signal on T2W (40.7%), high signal on T1-fat saturation (T1FS) (74.1%), diffusion restriction on DWI/ADC (25.9%), and strong post-contrast enhancement (92.6%). Additionally, 11.8% of patients had ovarian endometriotic cysts. **Conclusion:** Abdominal wall endometriosis commonly occurs in reproductive-age women with a history of cesarean section. Cyclic abdominal pain and a palpable mass are suggestive clinical signs. Ultrasound and MRI help determine lesion characteristics, quantity, anatomical relationships, and contrast enhancement patterns, aiding in diagnosis and treatment planning.

Keywords: abdominal wall endometriosis, ultrasound, magnetic resonance imaging

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) ở thành bụng là một dạng phổ biến của LNMTC ngoài vùng chậu, thường phát triển vị trí sọ phẫu thuật cũ với tỷ lệ mắc bệnh là 0,1%. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất sờ thấy khối ở thành bụng và đau bụng theo chu kỳ kinh. Chẩn đoán phân biệt bao gồm thoát vị, u mỡ, khối máu tụ, u nang tuyến bã nhờn, u desmoid, sarcoma, khối u ác tính. Sự chuyển dạng ác tính có được ghi nhận tuy nhiên rất hiếm gặp(1).

Do tính chất hiếm gặp và cơ chế bệnh sinh chưa được hiểu rõ hoàn toàn, LNMTC ở thành bụng vẫn là một thách thức trong thực hành lâm sàng. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào khai thác lâm sàng, hình ảnh học như siêu âm hoặc (CHT). Nhằm điều trị đạt hiệu quả cao, tránh tái phát hay bỏ sót tổn thương, CHT là phương pháp được coi là tốt nhất trong đánh giá trước mổ, can thiệp. CHT cho phép xác định số lượng, vị trí, tương quan tổn thương với các cấu trúc khác của thành bụng, dưới thành bụng và các tổn thương phối hợp trong ổ bụng(2).

Việc nhận diện sớm và áp dụng chiến lược điều trị phù hợp có vai trò quan trọng trong việc cải thiện chất lượng sống của BN. Tại Việt Nam, NC về LNMTC ở thành bụng, đặc biệt là về đặc điểm hình ảnh tổn thương tại thành bụng trên chẩn đoán hình ảnh còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của người bệnh LNMTC ở thành bụng được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, phục vụ cho kỹ thuật đốt sóng cao tần sau đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán LNMTC ở thành bụng và điều trị đốt sóng cao tần dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=17)

		Đặc điểm	n	%
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng theo chu kỳ kinh		13	76.5
	Đau bụng không theo chu kỳ kinh		4	23.5
	Mức độ đau (theo thang điểm VAS)	Nhẹ đến trung bình (VAS 1-6)	5	29.4
		Đau nhiều (VAS ≥ 7)	12	70.6
	Sờ thấy khối		15	88.2
Khối tăng kích thước theo chu kỳ		10	58.8	
Tiền sử	Mổ lấy thai	1 lần	8	47.1
		2 lần	9	52.9
		Đường ngang trên vệ	16	94.1
		Đường trắng giữa	1	5.9
		Mổ lấy thai đủ tháng	17	100
		Mổ lấy thai non tháng	0	0

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh lý.

- BN được điều trị đốt sóng cao tần dưới hướng dẫn siêu âm.

- Hồ sơ đáp ứng được các yêu cầu NC.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN được chẩn đoán LNMTC ở thành bụng nhưng điều trị bằng phương pháp khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 11/2023 đến tháng 3/2025 tại BV Đại học Y Hà Nội

Cỡ mẫu: Toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện.

Cách thu thập số liệu: Lập danh sách BN nghiên cứu. Lấy hồ sơ từ hệ thống bệnh án điện tử. Điền thông tin vào bệnh án mẫu. Nhập thông tin từ bệnh án mẫu vào phần mềm SPSS 20.0

Xử lý số liệu: Số liệu phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định sự khác biệt đối với các biến định lượng bằng Test t-Student; các biến định tính bằng Test Chi square (χ^2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Gồm 17 BN được chẩn đoán LNMTC ở thành bụng và điều trị đốt sóng cao tần

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=17)

		Đặc điểm	n	%
Tuổi	Trung bình		35.53±4.99	
	Bình thường: 18 – 22.9		12	70.6
BMI	Thừa cân: 23 – 24.9		4	23.5
	Béo phì: ≥25		1	5.9

Nhận xét: Nhóm đối tượng NC có độ tuổi trung bình: 35.53 ± 4.99. Có 4/17 BN bị thừa cân (chiếm 23.5%), 1/17 BN béo phì (chiếm 5.9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

		Đường mỡ lấy thai	Đường ngang trên xương mu	16	94.1
			Đường trắng giữa	1	5.9
	Phẫu thuật vùng bụng - chậu khác	Cắt bỏ tử cung		0	0
		Cắt vòi trứng		1	5.9
		Bóc nhân xơ tử cung		1	5.9
		Thoát vị bẹn		1	5.9
Điều trị nội khoa LNMTCTTB			2	11.8	
Phẫu thuật LNMTCTTB			1	5.9	

Thời gian từ sau khi mổ lấy thai lần cuối đến khi có TCLS (năm): 2.69±2.25

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất là sờ thấy khối ở bụng (88.2%) và đau bụng theo chu kỳ kinh (76.5%). Đa nhiều (VAS ≥7), chiếm 70.6%. Đa số BN đều mổ lấy thai bằng đường ngang trên xương mu chiếm 94.1%. Thời gian từ khi mổ lấy thai đến khi phát hiện triệu chứng là: 2.69±2.25 (năm).

3.3. Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương trên siêu âm (N=26*)

Đặc điểm		n	%
Kích thước (mm)	Trung bình	30.59 ± 14.99	
Cấu trúc âm	Giảm âm	26	100
	Không đồng nhất	26	100
Bờ viền	Ranh giới rõ	4	15.4
	Ranh giới không rõ	22	84.6
Vị trí	Cơ thành bụng	6	23.1
	Mỡ dưới da	8	30.8
	Cả lớp mỡ dưới da và cơ thành bụng	12	46.1
Dạng tổn thương	Dạng đặc	19	73.1
	Dạng nang	0	0
	Hỗn hợp	7	26.9
Siêu âm Doppler	Có tín hiệu	7	41.2
	Không có tín hiệu	7	41.2
	Không làm siêu âm Doppler	3	17.6

*Có 2 tổn thương không phát hiện được trên siêu âm

Nhận xét: Tất cả những tổn thương trên siêu âm đều giảm âm, không đồng nhất. Trong đó, 22 tổn thương có ranh giới không rõ (84.6%). 12 tổn thương nằm ở cả lớp mỡ dưới da và cơ thành bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (46.1%). Chủ yếu tổn thương ở dạng đặc (73.1%).

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ (N=27*)

Đặc điểm		n	Phần trăm
Kích thước (mm)	Trung bình	34.63 ± 18.36	
Vị trí tổn thương	Mỡ dưới da	10	37.0
	Cơ thành bụng	3	11.1
	Cả lớp mỡ dưới da	14	51.9

		và cơ thành bụng		
		Tại vị trí vết mổ	21	77.8
		Xa vị trí vết mổ	6	22.2
Tín hiệu trên các chuỗi xung cơ bản	T1W	Tăng	9	33.3
		Giảm	3	11.1
		Đồng	11	40.7
		Hỗn hợp	4	14.9
	T2W	Tăng	14	51.9
		Giảm	2	7.4
		Đồng	0	0
	T1FS	Hỗn hợp	11	40.7
		Tăng	20	74.1
		Giảm	0	0
		Đồng	3	11.1
		Hỗn hợp	4	14.9
Chuỗi xung khuếch tán (DWI b1000)	Hạn chế	7	25.9	
	Không hạn chế	19	70.4	
Tính chất ngấm thuốc	Không rõ	1	3.7	
	Mạnh	25	92.6	
	Kém	2	7.4	
	Không ngấm thuốc	0	0	
	Đồng nhất	5	18.5	
		Không đồng nhất	22	81.5

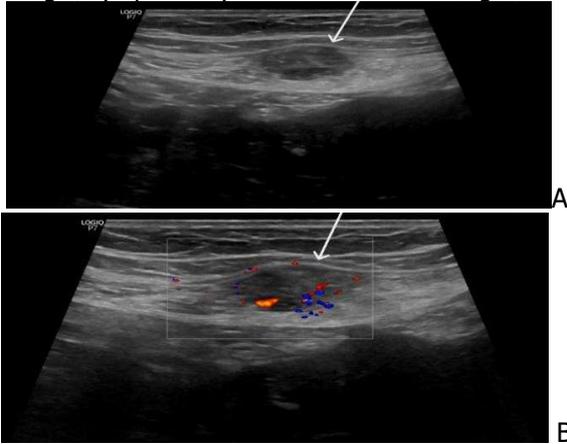
*Có 1 tổn thương không phát hiện được trên cộng hưởng từ

Nhận xét: Các tổn thương đa phần đồng (40.7%) hoặc tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1W (33.3%), tăng (51.9%) hoặc hỗn hợp (40.7%) tín hiệu trên chuỗi xung T2W, tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1FS. Đa phần các tổn thương không hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung DWI b1000 (70.4%). Hầu hết các tổn thương sau tiêm ngấm thuốc mạnh (92.6%). và không đồng nhất (81.5%)

Bảng 5: Các bệnh lý đi kèm phát hiện trên CHT tiểu khung (N=17)

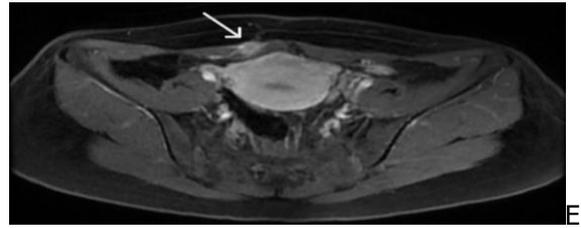
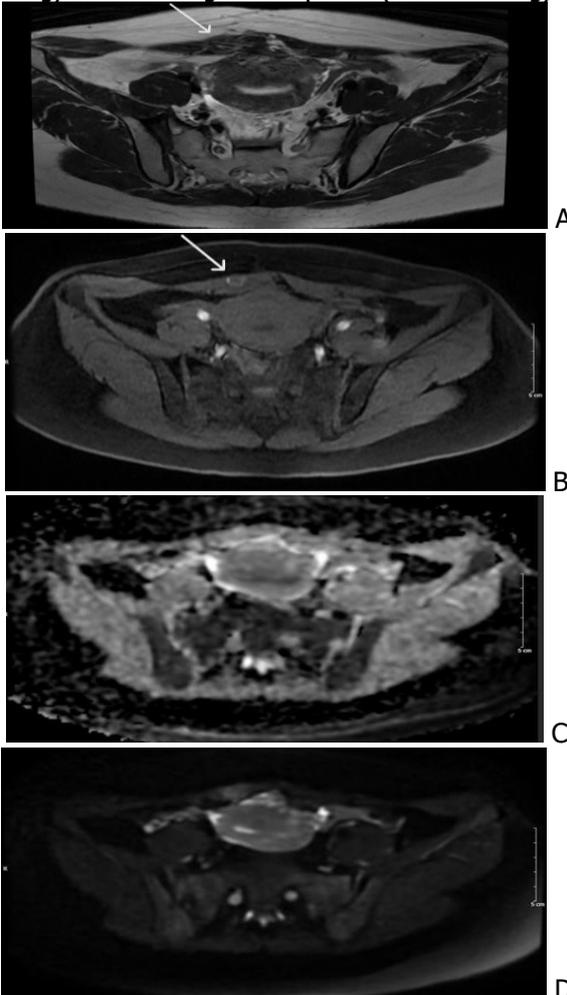
Các bệnh đi kèm	n	Phần trăm
Nhân xơ tử cung	3	17.6
Nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng	2	11.8
Tụ dịch vết mổ cũ	1	5.9
Hở vết mổ cơ tử cung	1	5.9
Buồng trứng đa nang	1	5.9
Polype cổ tử cung - ống cổ tử cung	1	5.9

Nhận xét: Có 2 BN có nang LMNTC ở buồng trứng được phát hiện trên CHT tiểu khung.



Hình 1: Hình ảnh siêu âm lạc nội mạc tử cung ở thành bụng của BN N.T.T.H 38 tuổi

A. Siêu âm thấy nốt tổ chức đặc, giảm âm nằm trong cơ thành bụng, ranh giới khá rõ (mũi tên trắng). B. Khối tăng sinh mạch rõ (mũi tên trắng).



Hình 2: Hình ảnh chụp CHT tiểu khung có tiêm thuốc đối quang tử lạc nội mạc tử cung ở thành bụng của BN N.T.T.H 38 tuổi

A. Chuỗi xung T2W cho thấy tổn thương nằm trong lớp mỡ dưới da và cơ thẳng bụng bên phải, tăng tín hiệu so với cơ (mũi tên trắng).

B. Chuỗi xung T1FS cho thấy chấm tăng tín hiệu trong tổn thương thể hiện sự hiện diện của máu (mũi tên trắng).

C, D. Chuỗi xung DWI/ADC cho thấy tổn thương hạn chế khuếch tán nhẹ.

E. Chuỗi xung T1FS sau tiêm thuốc đối quang tử cho thấy tổn thương ngấm thuốc mạnh và không đều (mũi tên trắng).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong NC của chúng tôi, các BN đều trong độ tuổi sinh sản (25-46 tuổi), trung bình là 35.53 ± 4.99 tuổi. Độ tuổi này cũng tương đồng với NC của Chiara Benedetto, Daniel Cacoza năm 2022 với độ tuổi trung bình 39.5 tuổi(3). Qua đó cho thấy đây là bệnh thường gặp ở lứa tuổi sinh sản.

Tỷ lệ BN có BMI bình thường trong NC của chúng tôi là 70.6%. Kết quả này không giống với giả thuyết trong NC của Zaraq Khan cho rằng việc đóng không hoàn toàn các vết rạch tử cung hoặc các lớp của thành bụng do những khó khăn trong phẫu thuật gặp phải ở những BN béo phì có thể giải thích cho lý thuyết reo rắc tế bào nội mạc tử cung do thầy thuốc gây ra trong quá trình phẫu thuật (4).

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng BN trong NC của chúng tôi hay gặp nhất là sờ thấy khối (88.2%), sau đó là đau bụng theo chu kỳ kinh (76.5%) với 70.6% trong số này đau mức độ nặng và 29.4% còn lại đau từ nhẹ đến trung bình. Kết quả này khác so với NC của Chiara Benedetto và Daniel Cacoza, trong nhóm NC của ông thì triệu chứng đau bụng kinh hay gặp nhất chiếm 72.3%, trong đó chủ yếu là đau từ nhẹ đến vừa (chiếm 85%), trong khi triệu chứng sờ thấy khối chiếm 32,5%(3). Qua đó cho thấy nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng và tiền sử thì có thể bỏ sót chẩn đoán xác định ở nhiều trường hợp. Một số chẩn đoán phân biệt có thể đặt ra như: thoát vị, u mỡ, khối máu tụ, u nang tuyến bã nhờn hoặc rất hiếm là u desmoid,

sarcoma, khối u ác tính (1). Thời gian từ khi mổ lấy thai đến khi biểu hiện triệu chứng: 2.69 ± 2.25 năm, ngắn hơn so với NC của Jan-Hein J. Hensen năm 2012 (4 năm 3 tháng).

Yếu tố nguy cơ lớn nhất của bệnh là tiền sử phẫu thuật vùng chậu trước đó, đặc biệt là mổ lấy thai(5). Trong NC của chúng tôi có 16 BN được mổ đường ngang trên xương mu còn 1 BN được mổ đường trắng giữa, tương đồng với NC của Jan-Hein J. Hensen (6). Qua đó ủng hộ giả thuyết về sự reo rắc tế bào nội mạc tử cung trong quá trình phẫu thuật. Có 6 tổn thương xa vị trí vết mổ, điều đó cho thấy LNMTC không nhất thiết nằm trên vết mổ lấy thai.

4.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm thường được thực hiện nhằm mục đích sàng lọc, cung cấp thông tin về kích thước, vị trí, ranh giới và cấu trúc tổn thương. Hơn nữa, siêu âm có thể dễ dàng phân biệt khối u đặc với khối u lỏng, thường là lạnh tính hoặc sau chấn thương. Tuy nhiên, phương pháp này thiếu tính đặc hiệu. Ngoại trừ u mỡ, siêu âm không thể phân biệt được tổn thương lạnh tính với tổn thương ác tính. Hình ảnh siêu âm của LNMTC ở thành bụng có thể là dạng nang, đa nang, hỗn hợp hoặc dạng đặc tùy theo giai đoạn trong chu kỳ kinh nguyệt(7). Trong NC của chúng tôi, các tổn thương đều giảm âm, không đồng nhất, đa phần có ranh giới không rõ với cấu trúc xung quanh, có 7 tổn thương có chứa cấu trúc dạng nang nhỏ bên trong tổn thương đặc (chiếm 26.9%). Có 7 tổn thương có tín hiệu mạch và 7 tổn thương không có tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler. Theo NC của Hensen thì siêu âm có độ nhạy 92% trong phát hiện tổn thương(6). Đặc điểm của tổn thương ở NC của chúng tôi tương đồng với NC của Aynur Solak (7). Về động mạch cấp máu cho tổn thương thường nhìn thấy ở các tổn thương lớn và thường có nguồn cấp máu từ động mạch thượng vị trên và dưới(7). Ranh giới của tổn thương có thể bị mờ do phản ứng viêm của khối u. Trong NC của chúng tôi thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đường kính trung bình của tổn thương đo trên siêu âm và CHT ($p > 0.05$).

Cộng hưởng từ là kỹ thuật tốt nhất để đánh giá các khối u mô mềm. Với trường hợp bệnh LNMTC ở thành bụng thì CHT là phương tiện tốt để mô tả và đánh giá kích thước tổn thương, mức độ lan rộng, độ xâm lấn sâu cũng như sự liên quan với các cấu trúc xung quanh, hơn thế nữa CHT là phương tiện hỗ trợ lập kế hoạch phẫu thuật. Lợi điểm của CHT là khả năng phát hiện tổn thương chảy máu ở khối lạc nội mạc. Tổn thương phát hiện trên các phim chụp

thay đổi theo ngày của chu kỳ kinh, tỷ lệ của thành phần chất nền và tuyến, lượng máu có trong tổn thương và phản ứng viêm với mô xung quanh. Tín hiệu dạng chảy máu bán cấp được biểu hiện bằng những chấm tăng mạnh tín hiệu trên T1W, T2W. Điều này được giải thích là do sự hiện diện của methemoglobin ngoại bào. Sự thiếu vắng những chấm tăng tín hiệu này có thể là do điều trị bằng liệu pháp hormon(1). Đối với tổn thương mạn tính thường sẽ có biểu hiện vùng giảm tín hiệu trên T1W và T2W do hiệu ứng từ tính của hemosiderin và sự khan hiếm của proton chuyển động trong tổ chức xơ (8). Trong NC của chúng tôi thì tổn thương chủ yếu đồng (11 tổn thương) hoặc tăng tín hiệu (9 tổn thương) so với cơ trên chuỗi xung T1W, tăng (14 tổn thương) hoặc hỗn hợp tín hiệu (11 tổn thương) so với cơ trên chuỗi xung T2W, 20 tổn thương tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1FS so với cơ. Trong NC của chúng tôi có 7 tổn thương hạn chế khuếch tán trên DWI, có thể giải thích do mật độ tế bào cao cùng với mô xơ và tăng sản cơ trơn(1).

Đa phần những tổn thương sau tiêm ngắt mạch thuốc mạnh (92.6%) và không đồng nhất (81.5%). Tuy nhiên theo những NC trước đây thì sự ngắt mạch sau tiêm của tổn thương trên chuỗi xung T1W là không đặc hiệu(6). Trong NC của chúng tôi không có BN nào có tiền sử lạc nội mạc tử cung ở vùng chậu và chỉ có 2 BN phát hiện trên CHT tổn thương lạc nội mạc ở buồng trứng, điều này tương đồng với kết quả của những NC trước đây(7).

V. KẾT LUẬN

Lạc nội mạc tử cung ở thành bụng thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đã có tiền sử mổ lấy thai. Các triệu chứng đau thành bụng theo chu kỳ, sờ thấy khối thành bụng gợi ý tổn thương. Siêu âm và CHT là phương pháp giúp sàng lọc, chẩn đoán xác định, đánh giá số lượng, vị trí, kích thước và tương quan khối với cơ, tổ chức dưới thành bụng để điều trị đạt hiệu quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Busard MPH, Mijatovic V, van Kuijk C, Hompes PGA, van Waesberghe JHTM.** Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging. Eur Radiol. 2010;20(5):1267-76.
2. **Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, et al.** Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. J Surg Res. 2010 Nov;164(1):e77-81.
3. **Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, Coloma Cruz A, Tessmann Zomer M, Cosma S, et al.** Abdominal wall endometriosis: Report of

- 83 cases. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2022;159(2):530-6.
4. **Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daftary GS, Hopkins MR.** Risk Factors, Clinical Presentation, and Outcomes for Abdominal Wall Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(3):478-84.
 5. **Rindos NB, Mansuria S.** Diagnosis and Management of Abdominal Wall Endometriosis: A Systematic Review and Clinical Recommendations. Obstetrical & Gynecological Survey. 2017 Feb;72(2):116.
 6. **Hensen JHJ, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JBCM.** Abdominal Wall Endometriosis: Clinical Presentation and Imaging Features with Emphasis on Sonography. American Journal of Roentgenology. 2006 Mar;186(3):616-20.
 7. **Solak A, Genç B, Yalaz S, Şahin N, Sezer TÖ, Solak İ.** Abdominal Wall Endometrioma: Ultrasonographic Features and Correlation with Clinical Findings. Balkan Med J. 2013 Jun;30(2):155-60.
 8. **Yu CY, Perez-Reyes M, Brown JJ, Borrello JA.** MR appearance of umbilical endometriosis. J Comput Assist Tomogr. 1994;18(2):269-71.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÁCH CHỚP XOAY KHỚP VAI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Hoàng Mạnh¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả phục hồi chức năng khớp vai bằng phẫu thuật khâu gân chóp xoay qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020 - 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán rách chóp xoay và được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ bằng phẫu thuật nội soi từ 01/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 110 phút, dài nhất 250 phút trung bình 168,66±36,83 phút. Bệnh nhân không có các biến chứng trong và sau mổ. Trước phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều có điểm số kết quả chung của bệnh nhân theo UCLA từ 0-20. Sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân đều có điểm số UCLA từ 21 điểm trở lên. Tại thời điểm hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá là 100%. **Từ khóa:** khớp vai, phẫu thuật nội soi, rách chóp xoay.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF ARTEROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF ROTARY CUBE TEARS

Objective: Evaluation of surgical results and results of shoulder joint rehabilitation by arthroscopic rotator cuff tendon repair surgery at Can Tho Central General Hospital in 2020 - 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 41 patients diagnosed with rotator cuff tears and operated on at Can Tho Central General Hospital by arthroscopic surgery from January 2020 to December 2023. **Result:** The shortest surgical time was 110 minutes, the longest was 250 minutes, with an average of 168.66±36.83 minutes. Patients had no complications

during or after surgery. Before surgery, all patients had a UCLA patient outcome score of 0-20. After surgery, 100% of patients had a UCLA score of 21 or higher. At the postoperative time, we recorded 100% of patients with good and fair results. **Keywords:** shoulder arthroscopic surgery, rotator cuff tear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách chóp xoay là tổn thương tại vùng vai dễ dẫn đến mất vận động tại vùng này. Việc chẩn đoán và điều trị rách chóp xoay hiện nay đã có nhiều tiến bộ thông qua các công cụ hỗ trợ như siêu âm hay cộng hưởng từ [1]. Tuy nhiên, ở Việt Nam việc điều trị rách chóp xoay bằng phẫu thuật còn nhiều khuynh hướng khác nhau, chưa có sự thống nhất. Bên cạnh đó, tại các bệnh viện ở Thành phố Cần Thơ chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay. Từ những vấn đề trên thúc đẩy chúng tôi tiến hành đề tài Đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay khớp vai bằng phẫu thuật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán rách chóp xoay và được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ bằng phẫu thuật nội soi từ 01/2020 đến 12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi từ 16 trở lên, được chẩn đoán rách chóp xoay trên khám lâm sàng và trên cộng hưởng từ và được phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị thương tổn chóp xoay. Hồ sơ đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các di chứng chấn thương hoặc bệnh lý vùng khớp vai, bại liệt, cứng khớp vai và phẫu thuật vùng vai trước đó. Bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, người không hợp tác điều trị.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025