

V. KẾT LUẬN

Trầm cảm xuất hiện với tỉ lệ tương đối cao ở những bệnh nhân có RLCD, người bệnh có rối loạn cương dương cần được sàng lọc các triệu chứng của trầm cảm, nhất là người bệnh có độ tuổi dưới 40 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Nimesh, R. Tomar, M. Kumar, N. Tyagi, and P. K. Shukla, "Erectile Dysfunction: An Update," Adv. Medical, Dent. Heal. Sci., vol. 2, no. 1, pp. 04-07, 2019, doi: 10.5530/amdhs.2019.1.3.
2. H. A. Feldman, I. Goldstein, D. G. Hatzichristou, R. J. Krane, and J. B. McKinlay, "Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study," J. Urol., vol. 151, no. 1, pp. 54-61, Jan. 1994, doi: 10.1016/s0022-5347(17)34871-1.

3. D. M. Lee et al., "Cohort profile: The European male ageing study," Int. J. Epidemiol., vol. 42, no. 2, pp. 391-401, 2013, doi: 10.1093/ije/dyr234.
4. G. Rastrelli and M. Maggi, "Erectile dysfunction in fit and healthy young men: Psychological or pathological?," Translational Andrology and Urology, vol. 6, no. 1. AME Publishing Company, pp. 79-90, 2017, doi: 10.21037/tau.2016.09.06.
5. J. Y. Jeong, S. K. Lee, Y. W. Kang, S. N. Jang, Y. J. Choi, and D. H. Kim, "Relationship between ED and depression among middle-aged and elderly men in Korea: Hallym aging study," Int. J. Impot. Res., vol. 23, no. 5, pp. 227-234, 2011, doi: 10.1038/ijir.2011.32.
6. G. S. Malhi and J. J. Mann, "Depression," Lancet, vol. 392, no. 10161, pp. 2299-2312, 2018, doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
7. H. I. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 10th ed. Wolters Kluwer., 2017.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA LẠC NỘI MẠC TRONG CƠ TỬ CUNG

Đặng Hoàng Hà¹, Lê Hoàng², Hoàng Đình Âu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh trên siêu âm qua âm đạo (TVS) và cộng hưởng từ của lạc nội mạc trong cơ tử cung (adenomyosis). **Phương pháp nghiên cứu:** 31 bệnh nhân nữ đi khám phụ khoa hoặc vô sinh do có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ LNMTCTC, được siêu âm qua đường âm đạo, chụp cộng hưởng từ tử cung tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện đa khoa Tâm Anh và đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Có 31 bệnh nhân với tuổi trung bình là 42,03 ± 6,4 tuổi. Triệu chứng đau bụng kinh chiếm khoảng 90,3%. Có 27% trường hợp có hình ảnh LNMTCTC trên TVS. Hình ảnh trên siêu âm bao gồm: nhiều nang nhỏ trong lớp cơ tử cung chiếm 83,9%, các đảo tăng âm trong cơ tử cung chiếm 83,9%, đường hoặc chồi tăng âm dưới nội mạc tử cung là 32,3%, hình ảnh bóng rỗng quạt là 78,1%, vùng nổi không đều chiếm 12,9% và hình ảnh tưới máu lan tỏa trên siêu âm Doppler là 80,7%. Vị trí của LNMTCTC xuất hiện ở thành trước (37,0%), thành sau (81,5%), thành phải (40,7%), thành trái (48,2%) và đáy tử cung (63,0%). LNMTCTC khu trú chiếm 14,81%, lan tỏa chiếm 66,7% và u tuyến cơ

(adenomyoma) chiếm 18,5%. Sự xuất hiện của nang trong LNMTCTC chiếm 100%. Tổn thương nằm ở vị trí lớp trong cơ tử cung (77,8%), lớp giữa cơ tử cung (96,3%) và lớp ngoài cơ tử cung (88,9%). Mức độ của bệnh mức độ nhẹ chiếm 22,2%; mức độ vừa là 33,3% và nặng chiếm 44,5%. Đường kính trung bình của LNMTCTC là 41,1 ± 15mm. Đặc điểm trên hình ảnh MRI: tín hiệu cường độ hỗn hợp trên T1W là 64,5%, trên T2W là 48,4%, tăng tín hiệu trên T1FS là 9,7% liên quan với tình trạng chảy máu. Độ dày trung bình của vùng nổi là 22,3 ± 17,5mm. Các bệnh vùng chậu đi kèm với LNMTCTC: u xơ tử cung (32,3%), u nang buồng trứng đơn thuần (9,7%), nang lạc nội mạc tử cung trong buồng trứng (32,3%), u quái buồng trứng (6,5%). **Kết luận:** Trong các trường hợp nghi ngờ LNMTCTC trên lâm sàng, siêu âm đường âm đạo là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn đầu tiên. MRI có thể được xem xét khi TVS không thể đánh giá được. MRI là phương pháp chẩn đoán chính xác cho LNMTCTC, cho phép phát hiện các bệnh lý vùng chậu liên quan. Đặc điểm quan trọng nhất trên MRI trong chẩn đoán là xác định độ dày của vùng nổi trên 12mm.

Từ khóa: lạc nội mạc trong cơ tử cung, hình ảnh cộng hưởng từ, siêu âm qua đường âm đạo

SUMMARY

RESEARCH CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGE FEATURES OF ULTRASOUND AND MRI OF ADENOMYOSIS

Objective: Describe the clinical symptoms, transvaginal ultrasound (TVS) and MRI features of adenomyosis. **Methods:** Thirty – one females patients was suspected uterine adenomyosis in clinic, diagnosed

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021

Ngày duyệt bài: 25.8.2021

using ultrasound and MRI at Hanoi Medical University Hospital and General Hospital Tam Anh, were included in this prospective study. We conducted describing and analyzing all imaging feature, which determined adenomyosis from 06/2020 to 09/2021. **Results:** Mean age of 42.03 ± 6.4. Abdominal pain during menstrual periods around 90.3%. The morphological uterine sonographic include myometrial cysts was 83.8%, hyperechogenic islands in the myometrium was 83.9%, echogenic subendometrial lines and buds was 32.3%, fan-shaped shadowing was 78.1%, irregular junctional zone account for 12.9% and translesional vascularity on color Doppler ultrasound was 80.65%, poor definition of the endomyometrial junction was 38.7%. There are 27% of cases with adenomyosis on TVS. The location of the adenomyosis is present in anterior (37.0%), posterior (81.5%), lateral right (40.7%), lateral left (48.2%) and fundal (63.0%). Adenomyosis are focal accounts for 14.8%, diffuse account for 66.7% and adenomyoma for 18.5%. Presence of cysts in adenomyosis occupies 100%. Lesions are located on the inner myometrium (77.8%), the middle myometrium (96.3%) and the outer myometrium (88.9%). The extent of the disease which estimated proportion of the uterine corpus is classified as mild (22.2%); moderate (33.3%) and severe (44.5%). Features on MRI imaging: mixed intensity signal on T1W was 64.5%, on T2W was 48.4%, hyperintensity signal on T1FS was 9.7% correlating with hemorrhage. The average thickness of the junctional zone is 22.3 ± 17.5mm. Another pelvic diseases correlating with adenomyosis: fibroids (32.3%), simple ovarian cysts (9.7%), endometriosis ovarian (32.3%), ovarian teratoma (6.5%). **Conclusion:** In clinically suspected adenomyosis cases TVS should be favoured as the primary diagnostic tool. MRI may be considered when TVS is inconclusive. MRI represents an accurate evaluation tool for adenomyosis, allowing its diagnosis and detection of associated pathologies. The most important MR finding in making the diagnosis is thickness of the junctional zone exceeding 12 mm.

Keywords: Adenomyosis, magnetic resonance imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung là sự hiện diện của mô nội mạc tử cung có chức năng nằm bên trong lớp cơ tử cung, chịu sự chi phối của hormon theo chu kỳ kinh giống như nội mạc tử cung. Điều này dẫn đến hiện tượng "mắc kẹt" nghĩa là đến ngày hành kinh lớp nội mạc bề mặt bong tróc hình thành hiện tượng xuất huyết còn nội mạc trong cơ lại không thể đào thải ra ngoài dẫn đến ứ đọng, phù nề, xung huyết, phình to lớp cơ và đau vùng chậu. Lạc nội mạc tử cung gây đau bụng kinh kéo dài, có thể dẫn đến vô sinh. Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện nay bao gồm siêu âm qua đường âm đạo (TVUS) và chụp cộng hưởng từ (CHT) là hai phương pháp chẩn đoán chính xác nhằm tránh

những thủ thuật xâm lấn không cần thiết cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm, hình ảnh cộng hưởng từ của lạc nội mạc tử cung"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 31 bệnh nhân nữ được lựa chọn vào nghiên cứu do có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung trên lâm sàng, được chẩn đoán bằng siêu âm qua đường âm đạo và cộng hưởng từ tiểu khung từ 06/2020 đến 09/2021. Bệnh nhân được loại trừ nếu không chụp được cộng hưởng từ tiểu khung (do vật kim loại gây nhiễu...) hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Protocol chụp cộng hưởng từ tiểu khung với các chuỗi xung T2W sagittal, coronal và axial, T1W không xoá mỡ axial, DWI, T1WFS có tiêm đối quang từ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Độ tuổi trung bình: 42.03 ± 6.4 tuổi

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng (N=31)

Triệu chứng	N	%
Chảy máu tử cung bất thường	24	77.4
Chảy máu kinh nguyệt nặng, kéo dài	18	58.1
Chảy máu giữa các chu kỳ kinh nguyệt	4	12.9
Chảy máu trước kỳ kinh nguyệt	2	6.4
Đau bụng	28	90.3
Đau bụng kinh	17	54.8
Đau khi giao hợp	6	19.4
Đau vùng chậu mãn tính	5	16.1
Vô sinh và sảy thai liên tiếp	17	54.8
Các triệu chứng tiết niệu và đường tiêu hóa	1	3.2
Khó đi tiểu	0	0
Khó đi cầu	1	3.2

Nhận xét: Đau bụng kinh là triệu chứng thường gặp nhất

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh trên siêu âm (N=31)

Đặc điểm hình ảnh trên siêu âm	N	%
Hình ảnh nhiều nang nhỏ trong lớp cơ tử cung	26	83.9
Hình ảnh nhiều đảo tăng âm trong lớp cơ	26	83.9
Hình ảnh bóng rỗng quạt trong lớp cơ tử cung	25	78.1

Đường tăng âm dưới nội mạc tử cung	10	32.3
Doppler có hình ảnh tưới máu lan tỏa	25	80.7
Vùng nổi không đều	4	12.9
Giãn đoạn vùng nổi	0	0

Nhận xét: Các dấu hiệu lạc nội mạc trong cơ tử cung thường gặp trên siêu âm bao gồm hình ảnh nhiều nang nhỏ, đảo tăng âm, bóng rẻ quạt trong lớp cơ và tăng tưới máu trên siêu âm Doppler (đều chiếm >70%).

Bảng 3: Bảng phân loại và mô tả lạc nội mạc trong cơ tử cung trên siêu âm

Đặc điểm		N	%
Sự hiện diện của LNM trong cơ tử cung (N=31)	Có	27	87.1
	Không	4	12.9
Vị trí (N=27)	Thành trước	10	37.0
	Thành sau	22	81.5
	Bên phải	11	40.7
	Bên trái	13	48.2
	Đáy	17	63.0
Phân loại LNM TCTC	Khu trú	4	14.8
	Lan tỏa	18	66.7

(N=27)	U tuyến cơ (Adenomyoma)	5	18.5
Nang (N=27)	Có	27	100
	Không	0	0
Vị trí liên quan đến vị trí lớp cơ tử cung (N=27)	Trong	21	77.8
	giữa	26	96.3
	Ngoài	24	88.9
Mức độ của LNM TCTC (N=27)	Nhẹ	6	22.2
	Vừa	9	33.3
	Nặng	12	44.5
Đường kính tối đa trung bình của lạc nội mạc trong cơ tử cung (mm) (N=27)		41.1 ± 15.0	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tổn thương lạc nội mạc trong cơ tử cung (87.1%), trong đó tổn thương nằm ở vị trí thành sau và đáy là chủ yếu, vị trí liên quan đến lớp cơ tử cung (giữa, trong, ngoài) có tỉ lệ gần tương đồng nhau. Phân bố lạc nội mạc trong cơ tử cung dạng lan tỏa (66.7%) và ở mức độ nặng (44.5%) chiếm tỉ lệ nhiều nhất. Tất cả bệnh nhân có lạc nội mạc trong cơ tử cung đều có tổn thương dạng nang.

Bảng 4. Tín hiệu lạc nội mạc trong cơ tử cung trên các chuỗi xung thường quy (N=31)

Tín hiệu lạc nội mạc trong cơ tử cung	Giảm đồng nhất		Hỗn hợp		Tăng đồng nhất	
	N	%	N	%	N	%
T1W	19	61.3%	12	38.7%	0	0
T2W	2	6.5%	29	93.5%	0	0
T1W xóa mỡ	19	61.3%	12	38.7%	0	0

Nhận xét: Đa số tín hiệu LNM TCTC giảm đồng nhất trên T1W và hỗn hợp trên T2W. Nhóm tăng trên T1W xóa mỡ chiếm tỉ lệ là 38.7%

Bảng 5: Đặc điểm tín hiệu lạc nội mạc trong cơ tử cung trên cộng hưởng từ khuếch tán

Sự khuếch tán của LNM TCTC	Hạn chế		Không hạn chế	
	N	%	N	%
DWI b1000	2	6.5	29	93.5

Nhận xét: Đa số lạc nội mạc trong cơ tử cung không hạn chế khuếch tán trên DWI b1000

Bảng 6: Bề dày của vùng chuyển tiếp (N=31)

Bề dày của vùng chuyển tiếp	N	%
<8 mm	10	32.3
8 -12 mm	1	3.2
> 12 mm	20	64.5
Bề dày trung bình (mm)	22.3 ± 17.5	

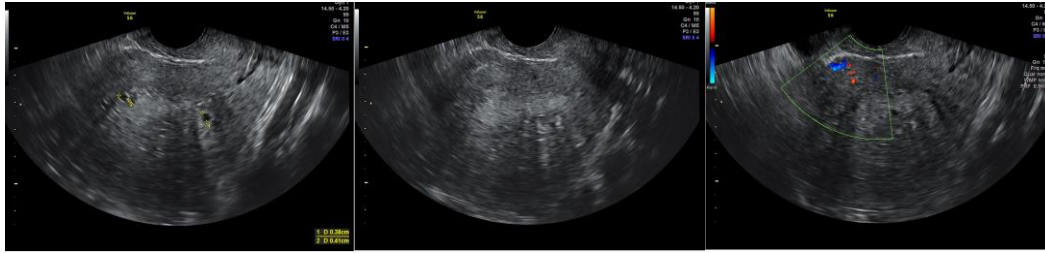
Nhận xét: Bề dày vùng chuyển tiếp đa số trên 12mm.

Bảng 7: Bệnh lý vùng chậu đi kèm với LNM TCTC trên MRI (N=31)

Các bệnh lý vùng chậu đi kèm	N	%
U xơ tử cung kèm theo	10	32.3
Nang lạc nội mạc tử cung ở phần phụ và hoặc buồng trứng	10	32.3
Nang âm đạo	1	3.2
Viêm phần phụ bên phải	1	3.2
Teratoma buồng trứng phải	1	3.2
Teratoma buồng trứng trái	1	3.2
Nang xuất huyết buồng trứng	3	9.7

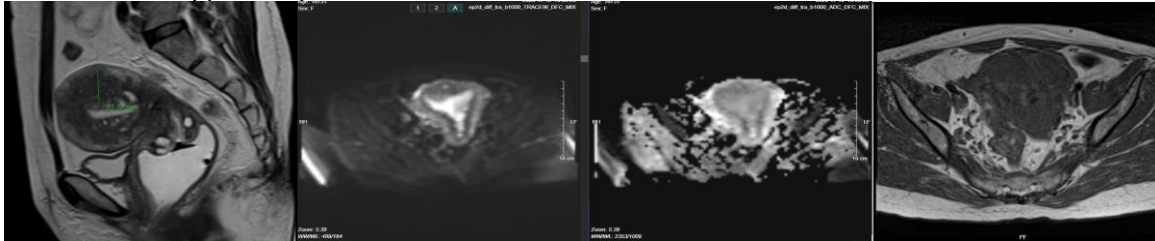
Nhận xét: Nang lạc nội mạc của tử cung ở buồng trứng và UXTC là bệnh lý thường đi kèm với

LNMTCTC



A) B) C)
Hình 1: Hình ảnh siêu âm LNMTCTC của bệnh nhân N.T.N nữ, 47 tuổi qua siêu âm đường âm đạo

- A. Nhiều nang nhỏ trong lớp cơ tử cung, ở dưới niêm mạc và có bất cân xứng thành TC, thành sau dày hơn thành trước. TC to hình cầu.
 B. Nhiều đảo tăng âm trong cơ TC và đường tăng âm dưới nội mạc TC, gián đoạn vùng nổi và có hình bóng rẻ quạt bên trong.
 C. Siêu âm Doppler thấy tưới máu lan tỏa.



A) B) C)
Hình 2: Hình ảnh CHT LNMTCTC của bệnh nhân N.T.N nữ, 47 tuổi:

- A. Xung Sagittal T2W thấy hình ảnh TC to, bất cân xứng thành TC, thành sau dày hơn thành trước, bề dày vùng nổi chỗ dày nhất 27mm, có nhiều nang nhỏ tăng tín hiệu bên trong.
 B. Xung DWI và ADC axial: không có hạn chế khuếch tán
 C. Xung T1W axial: không thấy có hình ảnh các ổ tăng tín hiệu bên trong.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh trong độ tuổi chủ yếu là nhóm tiền mãn kinh (40-60 tuổi) với tuổi trung bình là 42.03 ± 6.4 tuổi. Theo Parazzini ¹ lạc nội mạc trong cơ tử cung được xác định là một bệnh điển hình của phụ nữ trung niên (40-50 tuổi). Tuy nhiên, trong một nghiên cứu siêu âm gần đây của ông năm 2015, hơn 30% trường hợp ở phụ nữ từ 18 đến 30 tuổi gặp lạc nội mạc trong cơ tử cung. Trong nghiên cứu tương tự của Chapron ở nhóm phụ nữ dưới 42 tuổi cho thấy rằng lạc nội mạc trong cơ tử cung lan tỏa xảy ra ở 1/3 đối tượng nghiên cứu (34,6%).

Nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng rất khó chẩn đoán xác định lạc nội mạc trong cơ tử cung vì triệu chứng lâm sàng đa dạng và có thể trùng lặp với các bệnh lí khác như hội chứng ruột kích thích hay bệnh lý viêm vùng chậu. Kết quả của chúng tôi có 90.3% bệnh nhân đau bụng kinh, ngoài ra còn gặp các triệu chứng chảy máu tử cung bất thường (77.4%), vô sinh và sảy thai liên

tiếp (54.8%) và các triệu chứng đường tiêu hóa (3.2%). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Stephan Gordts, trong nhóm bệnh nhân của ông đau bụng kinh là biểu hiện hay gặp nhất chiếm từ 50% đến 93,4%, ²bên cạnh đó còn gặp các triệu chứng khác như chảy máu tử cung bất thường, vô sinh và các triệu chứng bàng quang, đường tiêu hóa (khó đi tiểu...).

Theo các y văn chẩn đoán hình ảnh, siêu âm qua đường âm đạo và MRI là 2 kỹ thuật không xâm lấn có thể chẩn đoán xác định lạc nội mạc trong cơ tử cung với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Trong một nghiên cứu tổng phân hợp với 23 bài báo (liên quan đến 2.312 phụ nữ) cho thấy siêu âm qua đường âm đạo có độ nhạy là 72%, độ đặc hiệu là 81%, tỷ lệ khả năng dương tính là 3,7 (95% CI 2,1-6,4) và tỷ lệ khả năng âm tính là 0,3 (95% CI 0,1-0,5). MRI có độ nhạy là 77%, độ đặc hiệu 89%, tỷ lệ khả năng dương tính là 6,5 (95% CI 4,5-9,3) và tỷ lệ khả năng âm tính là 0,2% (95% CI 0,1-0,4).³ Kết quả cho thấy chẩn đoán bằng MRI chính xác hơn so với SA đường

âm đạo không những trong đánh giá vị trí, độ lan rộng của tổn thương mà còn giúp chẩn đoán phân biệt với u xơ tử cung (UXTC) trong những trường hợp khó.

Về đặc điểm lạc nội mạc trong cơ tử cung trên siêu âm qua đường âm đạo, theo đồng thuận nhóm Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) 2019, lạc nội mạc trong cơ tử cung điển hình được mô tả với các đặc điểm sau: tử cung hình cầu, dày thành tử cung không đối xứng, nhiều nang nhỏ trong cơ tử cung, nhiều đảo tăng âm trong cơ tử cung, bóng hình rẻ quạt, đường tăng âm dưới nội mạc tử cung, mạch máu xuyên qua tổn thương trên siêu âm Doppler, vùng nổi không đều, gián đoạn vùng nổi. Hội đồng thuận MUSA cũng đưa ra khuyến cáo siêu âm khảo sát lạc nội mạc trong cơ tử cung cần đánh giá qua 7 bước: bước 1- chẩn đoán sự hiện diện của lạc nội mạc trong cơ tử cung, bước 2 - xác định vị trí lạc nội mạc trong cơ tử cung ở thành trước, sau, bên trái, bên phải hay đáy tử cung, bước 3 - phân loại lạc nội mạc trong cơ tử cung (dạng khu trú, lan tỏa hay hỗn hợp), bước 4 - mô tả tổn thương dạng nang hay không nang; bước 5 - khảo sát mức độ xâm lấn lớp cơ tử cung đến lớp cơ trong, lớp cơ giữa, lớp cơ ngoài; bước 6 - chẩn đoán mức độ: nhẹ (tổn thương <25% cơ tử cung), trung bình (tổn thương 25-50% cơ tử cung), nặng (tổn thương >50% cơ tử cung); bước 7 - đo kích thước khối tổn thương.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn trên siêu âm bệnh nhân đều có tổn thương lạc nội mạc trong cơ tử cung (87.1%), trong đó tổn thương nằm ở thành sau và đáy là chủ yếu, vị trí liên quan đến các lớp cơ tử cung có tỉ lệ gần tương đồng nhau, phân bố lạc nội mạc trong cơ tử cung dạng lan tỏa chiếm 66.7%, lạc nội mạc trong cơ tử cung khu trú là 14,8%, u tuyến cơ chiếm 18,5%; tổn thương mức độ nặng chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 44.5%. Chúng tôi ghi nhận các dấu hiệu lạc nội mạc trong cơ tử cung thường gặp trên siêu âm bao gồm: các nang nhỏ và nhiều đảo tăng âm trong cơ tử cung 83,9%, hình rẻ quạt trong cơ tử cung 78,1%, tăng tưới máu trên siêu âm Doppler màu 80,7%.

Dấu hiệu trực tiếp của lạc nội mạc trong cơ tử cung trên MRI là phát hiện các nang nhỏ trong cơ tử cung có liên quan đến các đảo của nội mạc tử cung lạc chỗ giãn ra. Về đặc điểm tín hiệu của tổn thương trên các chuỗi xung trong nghiên cứu của chúng tôi: Đa số tín hiệu LNMTCTC giảm đồng nhất trên T1W và hỗn hợp trên T2W. Nhóm tăng trên T1W xóa mỡ chiếm tỉ lệ là 38.7% liên quan đến xuất huyết. Lạc nội mạc trong cơ tử cung có

bản chất giống mô tuyến thông thường nên nếu không có hiện tượng xuất huyết tín hiệu thấp trên T1W và ngược lại sẽ tăng tín hiệu nếu có xuất huyết. Trên T2W, các nang tuyến nội mạc nhỏ nằm trong cơ thường tăng tín hiệu nên LNMTC chủ yếu có hình ảnh tín hiệu hỗn hợp.^{5,6} Lạc nội mạc trong cơ tử cung không hạn chế khuếch tán trên DWI chỉ số b 1000 chiếm 93,5% và hạn chế khuếch tán chiếm 6,5%.

Ngoài radấu hiệu gián tiếp chẩn đoán lạc nội mạc trong cơ tử cung trên MRI là dày lan tỏa hoặc khu trú hay từng đoạn của vùng chuyển tiếp (junctional zone - JZ) của cơ tử cung, tạo thành vùng tín hiệu thấp ranh giới không rõ, với độ dày vùng nổi JZ ≥ 12 mm có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 93% và 91% (theo Reinhold và cs). Trong trường hợp JZ dày từ 8-12mm thì cần xác định tiêu chí phụ trợ: tỉ lệ độ dày JZ tối đa trên độ dày của cơ tử cung đo vùng 1 vị trí > 40%, sự khác biệt về độ dày tối đa và tối thiểu cả phần trước và sau tử cung > 5mm (JZ chênh lệch = JZ_{diff}). Ngoài ra, tiêu chí gián tiếp khác là thấy hình ảnh tử cung to với đường viền đều đặn có độ nhạy kém 23% nhưng có độ đặc hiệu cao 98%.² Trong nghiên cứu của chúng tôi bề dày JZ nhóm >12mm chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 64.5% với bề dày trung bình là 22.3 ± 17.5 mm.

Bệnh lý vùng chậu hay đi kèm với lạc nội mạc trong cơ tử cung được phát hiện trên MRI bao gồm u xơ tử cung (32.3%), nang lạc nội mạc tử cung ở phần phụ và hoặc buồng trứng (32.3%), nang âm đạo (3.2%), viêm phần phụ bên phải 3.2%, teratoma buồng trứng phải 3.2%, teratoma buồng trứng trái chiếm 3.2%. Theo y văn thì tỉ lệ mắc u xơ tử cung và lạc nội mạc ở những vị trí khác ngoài tử cung trên những bệnh nhân lạc nội mạc trong cơ tử cung tăng lên từ 20-40% so với người bình thường nguyên nhân vẫn đang được nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Trong các trường hợp nghi ngờ lạc nội mạc trong cơ tử cung trên lâm sàng, siêu âm đường âm đạo và MRI là kỹ thuật hình ảnh không xâm lấn để chẩn đoán. MRI là phương pháp chẩn đoán chính xác hơn cho lạc nội mạc trong cơ tử cung, không những trong mô tả vị trí và độ lan rộng của tổn thương mà còn giúp phân biệt với u xơ tử cung trong những trường hợp khó. Đặc điểm quan trọng nhất trên MRI trong chẩn đoán là xác định độ dày của vùng nổi trên 12 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chapron C, Vannuccini S, Santulli P, et al. Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and

- imaging approach. Human Reproduction Update. 2020;26(3):392-411. doi:10.1093/humupd/dmz049
2. **Gordts S, Grimbizis G, Campo R.** Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. Fertility and Sterility. 2018;109(3):380-388.e1. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.01.006
 3. **Champaneria R, Abedin P, Daniels J, Balogun M, Khan KS.** Ultrasound scan and magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: systematic review comparing test accuracy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2010;89(11):1374-1384. doi:10.3109/00016349.2010.512061
 4. **Bosch TV den, Bruijn AM de, Leeuw RA de, et al.** Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2019;53(5):576-582. doi:10.1002/uog.19096
 5. **Chamié LP, Blasbalg R, Pereira RMA, Warmbrand G, Serafini PC.** Findings of Pelvic Endometriosis at Transvaginal US, MR Imaging, and Laparoscopy. RadioGraphics. 2011;31(4):E77-E100. doi:10.1148/rg.314105193
 6. **Agostinho L, Cruz R, Osório F, Alves J, Setúbal A, Guerra A.** MRI for adenomyosis: a pictorial review. Insights Imaging. 2017;8(6):549-556. doi:10.1007/s13244-017-0576-z

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN PARKINSON TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Hồ Văn Hùng¹, Nguyễn Trọng Hưng¹, Nghiêm Nguyệt Thu²

TÓM TẮT

Bệnh nhân Parkinson có nhiều triệu chứng vận động và ngoài vận động, không những làm tăng nhu cầu năng lượng mà còn giảm khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng, năng lượng. Điều này dẫn đến bệnh nhân Parkinson dễ mắc bị suy dinh dưỡng. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa trung ương từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021. **Phương pháp:** Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo các chỉ số nhân trắc, sinh học và thang điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng tối thiểu MNA-SF. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 69,2 ± 9,1 tuổi, với tỉ lệ nữ giới chiếm 60,4%. Tuổi khởi phát trung bình là: 62,8 ± 8,0 tuổi, đa số bệnh nhân khởi phát triệu chứng bệnh ở nhóm tuổi 51 – 70 tuổi (66,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn theo chỉ số chu vi vòng cánh tay và chỉ số BMI lần lượt là 34% và 27,4%. Theo chỉ số sinh học, có 12 bệnh nhân (11,3%) có vừa có tình trạng giảm albumin máu và thiếu máu. Theo thang điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng tối thiểu MNA-SF, có 14,2% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng và 51,9% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, tổng cộng có tới 66,1% bệnh nhân có vấn đề về dinh dưỡng và cần can thiệp về dinh dưỡng. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân Parkinson có tỉ lệ suy dinh dưỡng cao, chiếm 27,4% khi đánh giá theo chỉ số nhân trắc và 66,1% theo thang điểm MNA-SF. Thang điểm MNA-SF có thể phát hiện sớm những thay đổi về tình trạng dinh dưỡng, từ đó có can thiệp kịp thời về dinh dưỡng.

Từ khóa: dinh dưỡng, bệnh nhân Parkinson, thang điểm MNA-SF.

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Viện dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Hùng

Email: hung10.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 23.8.2021

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PARKINSON PATIENTS AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Parkinson's patients have many motor and non-motor symptoms, which not only increase energy requirements but also reduce the ability to absorb nutrients and energy. This makes Parkinson's patients are more susceptible to malnutrition. **Objective:** This study aims to assess the nutritional status among Parkinson's patients at the National Geriatric Hospital between July 2020 and July 2021. **Methodology:** Nutritional status was evaluated by measuring anthropometric methods, biochemical index and Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) Short-Form Scale. **Results:** The average age was 69,2 ± 9,1 years, most of patient had onset of symptoms in the age group of 51 – 70 years (66,4%). In our study, the percentage of patients with chronic energy deficiency (CED) according to arm circumference index and BMI index was 34% and 25,5%, respectively. According to biochemical assessment, 12 patients (11,3%) had both hypoalbuminemia and anemia. According to the MNA-SF Scale, 14,2% patients were malnourished and 51,9% of patients were at risk of malnutrition, a total of 66,1% of patients have nutritional problems and need nutritional intervention. **Conclusions:** In our study, Parkinson's patients had a high rate of malnutrition, accounting for 27,4% when assessed by anthropometric index and 66,1% according to the MNA-SF scale. The MNA-SF score can detect early changes in nutritional status, thereby providing timely nutritional intervention.

Keywords: Nutrition, Parkinson's disease, MNA-SF Scale

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh thường gặp thứ 2 sau bệnh Alzheimer ở người trên 50 tuổi [1]. Năm 2017, có hơn 8,5 triệu