NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG, MỨC ĐỘ DÍNH VÀ GIAI ĐOẠN LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VỚI TRIỆU CHỨNG ĐAU VÙNG CHẬU Ở BỆNH NHÂN LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Trần Đình Vinh

Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng

Tóm tắt

Mục tiêu: *nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương, mức độ dính và giai đoạn lạc nội mạc tử cung với triệu chứng đau vùng chậu ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung.* **Đối tượng và phương pháp:** *Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 150 bệnh nhân lạc nội mạc tử cung được điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đà Nẵng từ 12/2006-12/2009.* **Kết quả:** *Thống kinh là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất: 72,0%. Tỉ lệ lạc nội mạc tử cung giai đoạn I, II, III và IV trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 14,7% (điểm TB: 4,6 ± 0,5), 25,3% (điểm TB: 12,1 ± 3,7), 27,3% (điểm TB: 34,9 ± 8,0) và 32,7% (điểm TB: 75,0 ± 15,1). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của triệu chứng thống kinh với vị trí tổn thương. Các bệnh nhân có tổn thương ở cả buồng trứng, phúc mạc và túi cùng sau bị bít hoàn toàn có triệu chứng thống kinh cao hơn so với các vị trí khác (p<0,001). Đau vùng chậu kéo dài chiếm tỉ lệ cao nhất ở các bệnh nhân có tổn thương ở cả buồng trứng và phúc mạc (48,7%). Triệu chứng giao hợp sâu đau và đại tiện đau ở nhóm túi cùng sau bị bít hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 47,7% và 31,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về triệu chứng giao hợp đau và đại tiện đau ở nhóm túi cùng sau bị bít hoàn toàn so với các nhóm khác (p<0,001 và p<0,05). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ triệu chứng thống kinh (p<0,001), đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh (<0,001), giao hợp đau (p<0,001) giữa các giai đoạn lạc nội mạc tử cung. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cường độ triệu chứng thống kinh (p<0,001), đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh (p<0,001), giao hợp đau (p<0,001) và đại tiện đau (p<0,05) giữa các giai đoạn lạc nội mạc tử cung. Có mối tương quan thuận giữa điểm phân chia giai đoạn LNMTC với cường độ thống kinh (r= 0,753; p=0,01), cường độ đau vùng chậu không theo kỳ kinh (r=0,271; p=0,05) và cường độ đại tiện đau (r=0,44; p=0,01). Tỉ lệ thống kinh, giao hợp đau, đại tiện đau ở bệnh nhân có LNMTC giai đoạn IV cao hơn so với các giai đoạn khác (p<0,05).* **Kết luận:** *Thống kinh là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất ở các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung. Có sự liên quan giữa triệu chứng đau vùng chậu với vị trí tổn thương, giai đoạn lạc nội mạc tử cung và mức độ dính.*

Abstract

Relationship between endometriosis stage, lesion sites, pelvic adhesions and severity of pelvic pain symptoms at Da nang Hospital

Objectives: to study the relationship between endometriosis stage, lesion sites, pelvic adhesions and severity of pelvic pain symptoms at Da nang Hospital. **Methods:** a cross-study including 150 patients with endometriosis treated by surgery at Da Nang hospital. **Results:** Dysmenorrhea accounted for highest rate (72.0%). The rate of the I, II, III and IV stage were 14.7%, 25.3%, 27.3% and 32.7%, respectively. Marked difference emerged between the frequency of dysmenorrhea and site of endometriosis. The frequency of dysmenorrhe of patients with leisons at the both ovaries and peritoneum as well as completed Dougals obliteration was higher than those of patients with leisons at other sites (p<0,0001). The highest rate of chronic pelvic pain were found in the patients with leisons at the both ovaries and peritoneum (48.7%). There were significantly difference about the frequency of chronic pelvic pain between leison groups. The frequency of dyspareunia in patients with leisons at completed douglas obliteration was highest (47.7%). Significant difference of the frequency of dyspareunia was found between patients with leisons of completed cul-de-sac obliteration and patients with other sites (p<0.0001). A relationship between endometriosis stage and the rate as well as the severity of dysmenorrhea (p<0.001), non-menstrual pain (p<0,001) and dyspareunia (p<0,001) was observed. A correlation between endometriosis and the severity of dysmenorrhea (r= 0.753; p=0.01), non-menstrual pain (r=0.271; p=0.05). The frequency of dysmenorrhea, chronic pelvic pain and dyspareunia in the IV stage was higher than other stages. **Conclusion:** Clear association between stage, site, pelvic adhesions and pelvic pain.

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trần Đình Vinh, trdivinh70@yahoo.com

Ngày nhận bài (received): 20/05/2013. *Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):* 20/06/2013. *Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted):* 06/07/2013

1. Đặt vấn đề

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý phụ khoa mãn tính thường gặp. Tại Mỹ, đây là nguyên nhân đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý phụ khoa khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị[1]. Mặc dù được miêu tả lần đầu tiên cách đây hơn 300 năm, nhưng cho đến nay, vẫn còn nhiều bàn cãi về cơ chế sinh bệnh, chẩn đoán và hướng xử trí lạc nội mạc tử cung[2],[3].

Phần lớn các tác giả đều ghi nhận khoảng 10% phụ nữ độ tuổi sinh đẻ bị lạc nội mạc tử cung[4]. Ở phụ nữ bị thống kinh, tỉ lệ này là 40-60%. U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng chiếm 35,23% các khối u buồng trứng[5]. Bệnh cảnh lâm sàng của lạc nội mạc tử cũng đa dạng, có thể rầm rộ gồm nhiều triệu chứng như thống kinh, giao hợp đau, vô sinh, ra máu âm đạo, tiêu chảy, táo bón,... hoặc không có biểu hiện gì[6]. Người ta vẫn còn bàn cãi về mối liên quan giữa triệu chứng đau vùng chậu với vị trí tổn thương, giai đoạn lạc nội mạc tử cung. Theo nhiều tác giả, việc xác định mối liên quan giữa cường độ triệu chứng đau vùng chậu với giai đoạn lạc nội mạc tử cung có nhiều ý nghĩa trên lâm sàng giúp các thầy thuốc dựa vào đó để đánh giá mức độ bệnh và đưa ra hướng xử trí phù hợp. Vì vậy, việc tiến hành thêm nhiều nghiên cứu được thiết kế tốt nhằm tìm hiểu mối liên quan này là điều vô cùng cần thiết[7],[8],[9]. Đề tài này được tiến hành nhằm nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương, mức độ dính và giai đoạn lạc nội mạc tử cung với triệu chứng đau vùng chậu ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân bị LNMTC đến khám và điều trị tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đà Nẵng từ 12/2006-12/2009.

Tiêu chuẩn chọn

- Các trường hợp nghi ngờ u LNMTC khi khám lâm sàng:

+ Có các triệu chứng: thống kinh, đau vùng chậu không theo kỳ kinh, giao hợp đau, đại tiện khó.

+ Vô sinh.

+ Có khối u buồng trứng.

- Siêu âm đường âm đạo, siêu âm Doppler màu nghi ngờ có khối u phần phụ, u LNMTC.

- Có kết quả mô học sau mổ là lạc nội mạc tử cung

Tiêu chuẩn loại trừ

- Phụ nữ có thai.

- Phụ nữ có các bệnh lý tim mạch, gan, thận, nội tiết.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

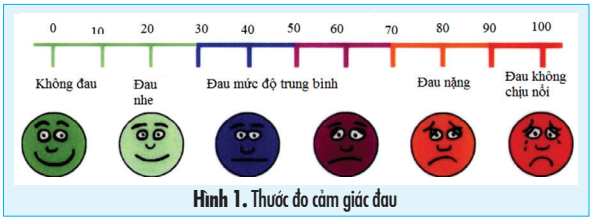
2.3Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

3. Vật liệu nghiên cứu

Thước đo cảm giác đau (Visual anologue scale)[9]

Dài 100mm, được chia thành các khoảng 1mm. Một đầu của thước (mức 0 ≈ 0 điểm) được đánh dấu "không đau" và tương đương với "vẻ mặt hạnh phúc" ở mặt sau của thước. Đầu kia (mức 10cm ≈ 100 điểm) được đánh dấu là "đau không thể chịu đựng được" và tương đương với "vẻ mặt buồn" ở mặt sau của thước.

Cường độ đau được tính bằng mm: Từ mức 0 đến điểm bệnh nhân chọn trên thước.



Hình 1. Thước đo cảm giác đau

Máy siêu âm: của hãng Toshiba, đầu dò âm đạo 7,5mHz.

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi: bộ máy nội soi của hãng Olympus và các dụng cụ chuyên dùng trong phẫu thuật nội soi

Các bước tiến hành

Khi bệnh nhân đến khám, khai thác và ghi nhận các dữ liệu về tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

- Các triệu chứng cơ năng

+ Thống kinh

+ Đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh

+ Giao hợp đau

+ Đại tiện khó

Cường độ triệu chứng đau được đánh giá theo thước đo cảm giác đau (thời điểm trước phẫu thuật) và được phân chia mức độ theo Vercellini và cộng sự[9]:

- Đau nhẹ: 1-50 điểm

- Đau vừa 51-80 điểm

- Đau nhiều: 81-100 điểm

- Một số xét nghiệm như siêm âm đường âm đạo, CA-125.

Điều trị

Phẫu thuật giải quyết nguyên nhân, đồng thời lấy bệnh phẩm (tất cả các tổn thương) làm giải phẫu bệnh lý.

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi:

+ Đánh giá giai đoạn theo Hội Sinh sản Hoa Kỳ[10]

+ Phân chia mức độ dính của u LNMTC ở buồng trứng theo Li XY và cộng sự[11]:

Dính nhẹ: dính một lớp mỏng, không có mạch máu, dễ dàng bóc tách.

Dính mức độ trung bình: ít hơn một nửa buồng trứng dính với các cơ quan kế cận và khó bóc tách hay trên một nửa buồng trứng dính nhẹ vào các cơ quan kế cận.

Dính mức độ nặng: trên một nửa buồng trứng bị dính vào các cơ quan kế cận, có nhiều mạch máu, khó bóc tách.

- Ghi nhận các tổn thương ở các vị trí khác nhau để cắt bỏ làm giải phẫu bệnh lý: phúc mạc, tử cung, buồng trứng, dây chằng tử cung-cùng, túi cùng sau.

Thu thập và phân tích dữ liệu

- Dữ liệu được thu thập theo bảng câu hỏi thiết kế sẵn.
- Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epi-Data 3.01 và được phân tích theo phần mềm SPSS11.5, Medcal.
- Phân tích mối liên quan giữa triệu chứng đau vùng chậu với vị trí tổn thương, giai đoạn LNMTC bằng phép kiểm chi bình phương, Kruskal-Wallis test để so sánh cường độ triệu chứng đau vùng chậu theo giai đoạn LNMTC, hệ số tương quan Sperman giữa cường độ triệu chứng đau vùng chậu và điểm giai đoạn LNMTC.

4. Kết quả nghiên cứu

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Tuổi	n	%
<20	03	2,0
20-29	48	32,0
30-39	58	38,7
40-49	26	17,3
≥50	15	10,0
Tổng	150	100,0

- Bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 30-39 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là: 38,7%.

Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n	%
Thống kinh	108	72,0
Đau vùng chậu không theo kỳ kinh	76	50,7
Giao hợp đau	44	29,3
Đại tiện đau	44	29,3
Cảm giác khó chịu ở vùng hậu môn	11	7,3
Rong huyết	6	4,0
Hiếm muộn	40	26,7

Thống kinh là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất: 72,0%.

Cường độ triệu chứng đau ở các đối tượng nghiên cứu

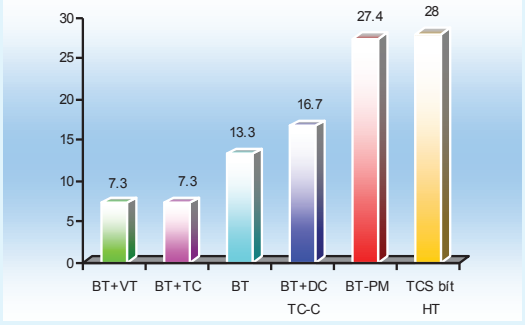
108 trường hợp có triệu chứng thống chiếm tỉ lệ 72,0%, trong đó: số bệnh nhân có cường độ đau mức độ nhẹ là 32 trường hợp (21,3%, điểm TB: 15,3± 16,0), mức độ trung bình là 60 trường hợp (57,1%, điểm TB:57,1±7,1), mức độ nặng là 16 trường hợp (10,7%, điểm TB: 86,8± 5,3).

- Đối với triệu chứng đau vùng chậu không theo kỳ kinh: tỉ lệ bệnh nhân thuộc nhóm có cường độ đau mức độ nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 16,0% (điểm TB: 30,5 ± 14,7), 23,3% (điểm TB: 52,9±2,1) và 11,4% (điểm TB: 85,0±2,2).
- Đối với triệu chứng giao hợp sâu đau: 106 trường hợp (70,7%) không có triệu chứng này và 44 trường hợp có triệu chứng giao hợp sâu đau chiếm 29,3%, trong đó tỉ lệ bệnh nhân có cường độ đau mức độ nhẹ (điểm TB: 31,2 ± 11,7), trung bình (điểm TB: 67,8 ±13,1), nặng (điểm TB: 84,5±4,3) lần lượt là 9,9%, 10,9% và 14,1%.

Bảng 3. Phân bố đối tượng theo cường độ triệu chứng đau

Triệu chứng \ Cường độ	Không		Nhẹ (1-50)		TB (51-80)		Nặng (81-100)	
Thống kinh	n	%	n	%	n	%	n	%
	42	28,0	32	21,3	60	40,0	16	10,7
			Điểm TB: 15,3 ± 16,0		Điểm TB: 57,1± 7,1		Điểm TB: 86,8± 5,3	
	Điểm TB: 49,1 ± 26,3							
Đau vùng chậu không theo chu kỳ	n	%	n	%	n	%	n	%
	74	49,3	24	16,0	35	23,3	17	11,4
			Điểm TB: 30,5 ± 14,7		Điểm TB: 52,9±2,1		Điểm TB: 85,0±2,2	
	Điểm TB: 53,0 ± 21,5							
Giao hợp sâu đau	n	%	n	%	n	%	n	%
	106	70,7	18	12,0	5	3,3	21	14,0
			Điểm TB: 31,2 ± 11,7		Điểm TB: 67,8 ±13,1		Điểm TB: 84,5±4,3	
	Điểm TB: 60,8± 27,0							
Đại tiện đau	n	%	n	%	n	%	n	%
	106	70,7	19	12,7	18	12,0	7	4,6
			Điểm TB: 31,1±11,8		Điểm TB: 61,3± 8,9		Điểm TB: 82,3±1,4	
	Điểm TB: 51,6±21,7							

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí tổn thương



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí tổn thương

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ dính

Bảng 4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ dính

Mức độ dính	n	%
Không dính	29	19,3
Nhẹ	32	21,3
Trung bình	52	34,7
Nặng	37	24,7
Tổng	150	100,0

Dính mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất: 34,7%.

Phân bố đối tượng theo giai đoạn của Hội Sinh sản Hoa Kỳ

Bảng 5. Phân bố đối tượng theo giai đoạn của Hiệp hội Sinh sản Hoa Kỳ

Giai đoạn	n	%
Giai đoạn I	22	14,7
	Điểm TB: 4,6 ±0,5	
Giai đoạn II	38	25,3
	Điểm TB: 12,1± 3,7	
Giai đoạn III	41	27,3
	Điểm TB: 34,9±8,0	
Giai đoạn IV	49	32,7
	Điểm TB: 75,0±15,1	
Điểm trung bình: 37,8±29,7		

Theo bảng phân loại của Hiệp hội sinh sản Hoa Kỳ, tỉ lệ LNMTC giai đoạn I, II, III và IV trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 14,7% (điểm TB: 4,6 ± 0,5), 25,3% (điểm TB: 12,1 ± 3,7), 27,3% (điểm TB: 34,9 ± 8,0) và 32,7% (điểm TB: 75,0 ± 15,1).

Phân bố triệu chứng đau vùng chậu theo vị trí tổn thương

Bảng 6. Phân bố triệu chứng đau vùng chậu theo vị trí tổn thương

Vị trí / Triệu chứng	BT (n=20) n(%)	BT+PM (n=41) n (%)	BT+DC TC (n=25) n (%)	TCS (n=42) n (%)	BT+VT (n=11) n (%)	BT+TC (n=11) n (%)	p
Thống kinh (n=108)	11 (10,1)	26 (24,1)	12 (11,1)	39 (36,1)	10 (9,3)	10 (9,3)	<0,001
Đau VC kéo dài (n=76)	12 (15,8)	37 (48,7)	2 (2,6)	10 (13,2)	7 (9,2)	8 (10,5)	<0,001
Giao hợp đau (n=44)	4 (9,1)	3 (6,8)	6 (13,6)	21 (47,7)	3 (6,8)	7 (16,0)	<0,001
Đại tiện đau (n=44)	3 (6,8)	5 (11,4)	13 (29,5)	14 (31,8)	6 (13,7)	3 (6,8)	<0,05

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của triệu chứng thống kinh với vị trí tổn thương. Các bệnh nhân có tổn thương ở cả BT+PM và TCS bị bít hoàn toàn có triệu chứng thống kinh cao hơn so với các vị trí khác (χ^2= 24,5, p<0,001).

Đau VC kéo dài chiếm tỉ lệ cao nhất ở các bệnh nhân có tổn thương ở cả BT+PM (48,7%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng đau VC kéo dài giữa các nhóm tổn thương (χ^2= 59,6, p<0,001).

Triệu chứng giao hợp sâu đau và đại tiện đau ở nhóm TCS bị bít hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 47,7% và 31,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về triệu chứng giao hợp đau và đại tiện đau ở nhóm TCS bị bít hoàn toàn so với các nhóm khác (χ^2= 25,7, p<0,001 và χ^2=17,7, p<0,05).

Phân bố triệu chứng đau theo giai đoạn LNMTC

(*) Kiểm định χ^2; (**) Kruskal-Wallis test

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ triệu chứng thống kinh (χ^2= 27,4; p<0,001), đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh (χ^2=37,9; <0,001), giao hợp đau (χ^2= 26,4; p<0,001) giữa các giai đoạn LNMTC.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ triệu chứng đại tiện đau giữa các giai đoạn LNMTC(χ^2= 3,2; p>0,05).

Bảng 7. Phân bố triệu chứng đau theo giai đoạn LNMTC

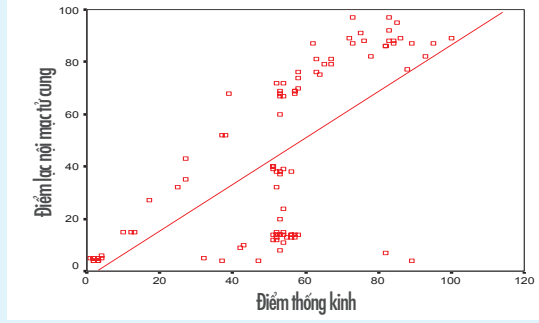
Triệu chứng / Giai đoạn	I	II	III	IV	p
Thống kinh (n=108)					
n (%)	20 (18,5)	28 (25,9)	17 (15,7)	43 (39,9)	<0,001*
TB± ĐLC	12,3±22,5	46,7±18,1	49,3±8,9	67,9±17,0	
Trung vị (khoảng)	3 (1-89)	52,5 (4-82)	52 (25-64)	67 (27-100)	<0,001**
Đau VC không theo chu kỳ (n=76)					
n (%)	15 (19,7)	28 (36,8)	26 (34,2)	7 (9,3)	<0,001*
TB± ĐLC	44,5±22,4	41,6±14,1	66,4±18,6	67,4±21,5	
Trung vị (khoảng)	53 (3-85)	47 (7-57)	54 (28-88)	82 (38-87)	<0,001**
Giao hợp đau (n=44)					
n (%)	13 (29,5)	7 (15,9)	3 (6,8)	21 (47,8)	<0,001*
TB± ĐLC	60,9±29,5	29,4±7,9	42,0±35,0	73,9±18,0	
Trung vị (khoảng)	82 (3-89)	32 (12-35)	27 (17-82)	81 (25-100)	<0,05**
Đại tiện đau (n=44)					
n (%)	9 (20,5)	10 (22,7)	9 (20,5)	16 (36,3)	>0,05*
TB± ĐLC	48,2±24,9	30,1±14,2	51,8±9,3	66,8±16,9	
Trung vị (khoảng)	54 (3-85)	29 (11-63)	53 (38-67)	72 (35-83)	<0,05**

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cường độ triệu chứng thống kinh (Kruskal-Wallis test, n=150, p<0,001), đau vùng chậu không theo chu kỳ kinh (Kruskal-Wallis test, n=150, p<0,001), giao hợp đau (Kruskal-Wallis test, n=150, p<0,001) và đại tiện đau (Kruskal-Wallis test, n=150, p<0,05) giữa các giai đoạn LNMTC.

Tương quan giữa cường độ đau vùng chậu và giai đoạn LNMTC

Bảng 8. Hệ số tương quan giữa điểm đánh giá cường độ đau và điểm phân chia giai đoạn LNMTC

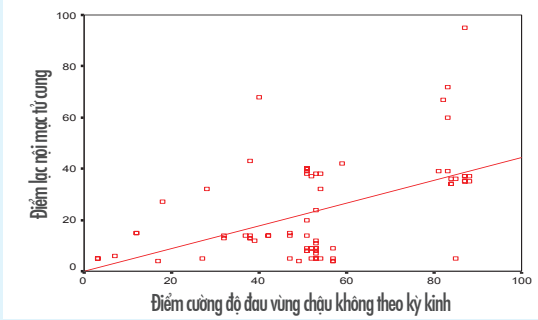
Triệu chứng	n	Phương trình tương quan	Hệ số tương quan	p
Thống kinh	150	y= -2,368+0,891x	0,753	0,01
Đau vùng chậu không theo kỳ kinh	150	y= 0,049+0,442x	0,271	0,05
Giao hợp đau	150	Không có	0,18	
Đại tiện đau	150	y= -3,315+0,788x	0,44	0,01



Biểu đồ 2. Tương quan giữa điểm chia giai đoạn LNMTC và điểm cường độ thống kinh

Qua bảng 8 và biểu đồ 2, chúng ta thấy có mối tương quan thuận và tốt giữa điểm cường độ thống kinh và điểm phân chia giai đoạn LNMTC, nghĩa là điểm thống kinh càng cao thì điểm phân chia giai đoạn LNMTC càng cao (r= 0,753; p=0,01).

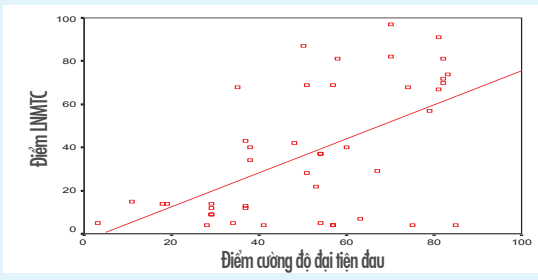
Bảng 8 và biểu đồ 3, chúng ta nhận thấy có mối tương quan thuận giữa điểm cường độ đau vùng chậu không theo kỳ kinh và điểm chia giai đoạn LNMTC, nghĩa



Biểu đồ 3. Tương quan giữa điểm chia giai đoạn LNMTC và điểm cường độ đau vùng chậu không theo kỳ kinh

là điểm cường độ đau vùng chậu không theo kỳ kinh càng cao thì điểm phân chia giai đoạn LNMTC càng cao (r=0,271; p=0,05). Tuy nhiên, mối tương quan này thấp.

Qua bảng 8, chúng ta nhận thấy mối tương quan quá thấp, không đáng kể giữa điểm cường độ giao hợp đau và điểm giai đoạn LNMTC (r=0,18).



Biểu đồ 4. Tương quan giữa điểm chia giai đoạn LNMTC và điểm cường độ đại tiện đau

Qua biểu đồ 4, chúng ta nhận thấy có mối tương quan thuận ở mức độ trung bình giữa điểm cường độ đại tiện đau và điểm chia giai đoạn LNMTC, nghĩa là điểm cường độ đại tiện đau càng cao thì điểm phân chia giai đoạn LNMTC càng cao (r=0,44; p=0,01).

Phân bố triệu chứng đau vùng chậu theo mức độ dính

Bảng 9. Phân bố triệu chứng đau theo mức độ dính

Triệu chứng \ Mức độ dính	Không dính+dính nhẹ	Dính TB+Nặng	p
Thống kinh (n=108)	47 (43,5)	61 (56,5)	<0,05
Đau VC không theo chu kỳ (n=76)	43 (56,6)	33 (43,4)	>0,05
Giao hợp đau (n=44)	20 (45,4)	24 (54,6)	<0,05
Đại tiện đau (n=44)	19 (43,2)	25 (56,8)	<0,05

Tỉ lệ thống kinh, giao hợp đau, đại tiện đau ở bệnh nhân có LNMTC giai đoạn IV cao hơn so với các giai đoạn khác (p<0,05).

5. Bàn luận

Phân bố triệu chứng đau vùng chậu theo vị trí tổn thương

Người ta còn tranh cãi về mối liên quan giữa triệu chứng đau vùng chậu với vị trí tổn thương[8],[9].

Triệu chứng thống kinh hiện diện ở nhóm có TCS bị bít hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất: 36,1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự hiện diện của triệu chứng thống kinh trong nhóm có TCS bị bít hoàn toàn so với các vị trí khác (χ^2= 24,5, p<0,001). Tương tự như vậy, triệu chứng giao hợp sâu đau và đại tiện đau ở nhóm TCS bị bít hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 47,7% và 31,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về triệu chứng giao hợp đau và đại tiện đau ở nhóm TCS bị bít hoàn toàn so với các nhóm khác (χ^2= 25,7, p<0,001 và χ^2=17,7, p<0,05) (bảng 6).

Chưa có nghiên cứu nào trong nước đề cập đến vấn đề này. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về mối liên quan này, nhưng kết quả không thống nhất với nhau. Nghiên cứu của Leng JH và cộng sự, cho thấy tỉ lệ bệnh nhân thống kinh ở nhóm có tổn thương ở dây chằng tử cung -cùng (45,0% so với 13,3%, p=0,00), vách trực tràng âm đạo (16,0% so với 0%, p=0,01), TCS bị bít hoàn toàn (41% so với 10,0%, p=0,00) cao hơn so với bệnh nhân không có triệu chứng thống kinh. Tổn thương ở dây chằng tử cung-cùng, vách trực tràng- âm đạo, TCS bị bít hoàn toàn hiện diện ở nhóm có triệu chứng đại tiện đau cao hơn so với nhóm không có triệu chứng này (46,3% so với 28,6%, p=0,028; 19,4% so với 4,8%, p=0,01; 44,8% so với 22,2%, p=0,005). Các tác giả này kết luận rằng các triệu chứng đau vùng chậu như thống kinh, giao hợp đau, đại tiện đau liên quan một cách đáng kể với các tổn thương ở phần sau của khung chậu[12]. Nghiên cứu của Mehmud và cộng sự cho thấy triệu chứng thống kinh liên quan đến các tổn thương ở bề mặt (superficial implants) và giao hợp đau liên quan với tổn thương TCS bị bít hoàn toàn[13]. Trong khi đó, nghiên cứu của Vercellini P và cộng sự không cho thấy có mối liên quan giữa triệu chứng thống kinh và vị trí tổn thương. Tuy nhiên, có sự liên quan giữa triệu chứng giao hợp đau với tổn thương ở túi cùng sau (χ^2=17,00, p=0,0001). Điều này xác định bản chất "thực thể" của triệu chứng bởi vì vùng phía sau cổ tử cung dễ bị đụng chạm nhất khi giao hợp. Người ta nhận thấy có mối liên quan chặt chẽ về mặt mô học giữa các dây thần kinh và tổn thương lạc nội mạc ở vùng trực tràng-âm đạo (rectovaginal nodules). Ngoài ra, các tổn thương ở vùng này có nhiều yếu tố phát triển thần kinh (nerve growth factor) hơn so với các tổn thương ở phúc mạc và buồng trứng. Tuy nhiên, các tác giả này khuyến cáo rằng cần phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa để xác định rõ ràng mối liên quan giữa tần suất triệu chứng thống kinh với vị trí tổn thương[9].

Phân bố triệu chứng đau vùng chậu theo giai đoạn LNMTC

Đau vùng chậu là triệu chứng hay gặp của LNMTC. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều bàn cãi về mối liên quan giữa cường độ đau với giai đoạn LNMTC[7],[8].

Nghiên cứu này cho thấy có sự liên quan giữa tần suất và cường độ của triệu chứng đau vùng chậu (thống kinh,

giao hợp đau, đại tiện đau) giữa các giai đoạn LNMTC (bảng 8). Qua 3 biểu đồ 2, 3, 4, chúng ta thấy có mối tương quan thuận giữa điểm cường độ triệu chứng đau vùng chậu với điểm phân chia giai đoạn LNMTC.

Chưa có nghiên cứu nào trong nước đề cập đến mối liên quan này. Tuy nhiên, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này và kết quả cũng không thống nhất với nhau (Bảng 10). Các tác giả đều cho rằng cần có những nghiên cứu lớn hơn, được thiết kế tốt hơn để tìm hiểu rõ ràng mối liên quan này.

Bảng 10. Mối liên quan giữa cường độ triệu chứng đau và giai đoạn lạc nội mạc tử cung qua các nghiên cứu[14]

Tác giả	n	Chỉ định phẫu thuật	Mối liên quan
Fedele và cs (1990)	160	Khối u VC, vô sinh, đau VC	Không
Mahmood và cs (1991)	201	Nhiều chỉ định	Không
Fedele và cs (1992)	124	Vô sinh	Có (giai đoạn III, IV)
Matorras và cs (1996)	174	Vô sinh	Không
Muzii và cs (1997)	65	Khối u, VC, vô sinh, đau VC	Có (triệu chứng thống kinh)
Stovall và cs (1997)	48	Đau vùng chậu	Có
Porpora và cs (1999)	90	Khối u vùng chậu, vô sinh, đau VC	Không
Szendei và cs (2005)	181	Đau vùng chậu	Không
Milingos và cs (2006)	95	Đau vùng chậu	Có
Mehmud G và cs (2007)	50	Đau vùng chậu, khối u vùng chậu	Có (giao hợp đau, đau VC kéo dài)
Hao M và cs (2009)	480	Đau vùng chậu	Có
Trần Đình Vinh (2009)	150	Đau VC, hiếm muộn, khối u phần phụ	Có

Dựa vào điểm cường độ triệu chứng đau và điểm phân chia giai đoạn LNMTC, có 3 phương trình hồi quy thể hiện sự liên quan giữa:

- Triệu chứng thống kinh với giai đoạn LNMTC: y= -2,368+0,891x
- Triệu chứng đau vùng chậu không theo kỳ kinh với giai đoạn LNMTC: y= 0,049+0,442x
- Triệu chứng đại tiện đau với giai đoạn LNMTC: y= -3,315+0,788x

Như vậy, từ 3 phương trình trên, dựa vào cường độ triệu chứng đau, có thể dự đoán được mức độ, giai đoạn LNMTC. Từ đó, có kế hoạch điều trị, phẫu thuật thích hợp, an toàn giảm đến mức thấp nhất tai biến nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

- Liên quan giữa triệu chứng đau vùng chậu với mức độ dính

Dính là đặc trưng của bệnh lý LNMTC. Hậu quả chủ yếu của dính là vô sinh, đau vùng chậu hoặc đau bụng mãn tính và tắc ruột[15].

Nghiên cứu này cho thấy tần suất triệu chứng thống kinh, giao hợp đau, đại tiện đau trong nhóm dính mức độ trung bình/nặng cao hơn so với nhóm không dính/dính nhẹ. Qua phép kiểm định χ^2, đã xác định có sự liên quan giữa mức độ dính với triệu chứng đau vùng chậu (bảng 9).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Li XY và cộng sự ở 662 bệnh nhân LNMTC ở BT được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Peking Union từ 01/2003-05/2008. Kết quả cho thấy tỉ lệ thống kinh, giao hợp đau, cảm giác khó chịu ở vùng hậu môn, đau vùng chậu mãn tính ở nhóm bệnh nhân có dính mức độ trung bình/nặng cao hơn một cách đáng kể so với các bệnh nhân không dính/dính nhẹ (p=0,000; 0,000; 0,001; 0,006). Các tác giả kết luận rằng mức độ dính càng nhiều thì đau càng nhiều[11]. Tương tự như vậy, trong nghiên cứu của Hao M và cộng sự cũng cho thấy sự liên quan giữa cường độ đau với mức độ dính[16].

6. Kết luận

Thống kinh là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất ở các bệnh nhân lạc nội mạc tử cung. Có sự liên quan giữa triệu chứng đau vùng chậu với vị trí tổn thương, giai đoạn lạc nội mạc tử cung và mức độ dính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Missmer SA, Cramer DW (2003), The epidemiology of endometriosis, Obstet Gynecol Clin N Am, 30, pp.1 - 19.

2. Hudelist G, Oberwinkler KH, Singer CF et al (2009), Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis, Human Reproduction, 24(5), pp.1018-1024.

3. Knapp VJ (1999), How old is endometriosis? Late 17th- and 18th-century European descriptions of the Disease, Fertil Steril, 72, pp.10-4.

4. Amer S (2008), Endometriosis, Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 18(5), pp.126-133.

5. Theodoridis TD, Zepiridis L, Mikos T et al (2009), Comparison of diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound with laparoscopy in the management of patients with adnexal masses, Arch Gynecol Obstet, 280, pp.767-773.

6. Farquhar C (2007), Endometriosis, BMJ, 334, pp.249-253.

7. Gruppo Italiano per lo Studio dellEndometriosi (2001), Relation between stage, site, and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain, Human Reproduction, 16(12), pp.2668-2671.

8. Sinaii N, Plumb K, Cotton L et al (2008), Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease, Fertil Steril, 89, pp.538-45.

9. Vercellini P, Fedele L, Aimi G (2007), Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients, Human Reproduction, 22(1), pp.266-271.

10. Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Nguyễn Song Nguyên và cs (2000), "Phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung", Hiếm muộn-vô sinh và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, Nhà xuất bản Y học, tr. 113-119.

11. Li XY, Leng JH, Lang JH et al (2009), Study on incidence and associated factors of different degrees endometrioma adhesions, Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 44(5), pp.328-32.

12. Leng JH, Lang JH, Dai Y et al (2007), Relationship between pain symtons and clinco-pathological features of pelvic endometriosis, Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 42(3), pp.165-8.

13. Mehmud G, Akhtar T, Sadia S (2007), Endometriosis: frequency and correlation between symatology and disease stage, J Coll Physicians Surg Pak, 17(4), pp.199-202.

14. Vercellini P, Somigliana E, Vigano P et al (2009), Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach, Human Reproduction, 24(2), pp.254-269.

15. Savelli L (2009), Transvaginal sonography for the assessment of ovarian and pelvic endometriosis: how deep is our understanding?, Ultrasound Obstet Gynecol, 33, pp.497-501.

16. Hao M, Zhao WH, Wang YH (2009), Correlation between pelvic adhesions and pain symtons of endometriosis, Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 44(5), pp.333-6.