

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RONG KINH RONG HUYẾT CƠ NĂNG Ở BỆNH NHÂN TUỔI TRẺ VÀ TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Tuấn Minh^{1,✉}, Đỗ Tuấn Đạt¹, Đào Thị Hoa²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Rong kinh rong huyết có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nghiên cứu mô tả hồi cứu của chúng tôi tiến hành trên 108 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng, có độ tuổi từ 10 đến 24 tuổi trong năm 2019 và 2020, nhằm nhận xét kết quả điều trị rong kinh rong huyết ở bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản trung ương. Nghiên cứu cho thấy điều trị nội tiết, bằng vòng kinh nhân tạo là cao nhất 55,56%, thuốc tránh thai kết hợp (38,88%). Bệnh nhân phải can thiệp hút buồng tử cung là 9,3%, trong đó bệnh nhân chưa quan hệ tình dục là 50%. Kết quả giải phẫu bệnh chủ yếu là vùng nội mạc chế tiết hoại tử huyết (60,0%). Như vậy điều trị bằng vòng kinh nhân tạo là cao nhất, sau đó là thuốc tránh thai kết hợp. Trong số bệnh nhân hút buồng tử cung, có đến một nửa là chưa quan hệ tình dục.

Từ khóa: Điều trị, rong kinh rong huyết cơ năng, tuổi trẻ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rong kinh là hiện tượng ra máu từ tử cung có chu kì và kéo dài trên 7 ngày. Khi máu ra từ tử cung cũng kéo dài trên 7 ngày nhưng lại không có tính chất chu kì thì gọi là rong huyết.¹

Rong kinh rong huyết có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ tuổi trẻ đến tuổi mãn kinh, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh.²

Rong kinh rong huyết ở mỗi một lứa tuổi lại có đặc điểm riêng nên việc chẩn đoán và điều trị khác nhau. Điều trị rong kinh rong huyết thực thể bằng cách giải quyết nguyên nhân. rong kinh rong huyết cơ năng có nguyên nhân rất đa dạng và phức tạp nên vấn đề điều trị triệt để còn gặp nhiều khó khăn. Đối với phụ nữ trong

độ tuổi sinh đẻ, điều trị rong kinh rong huyết bằng thủ thuật hút buồng tử cung được đánh giá là có hiệu quả cao, cầm máu nhanh.^{3,4}

Tuổi trẻ và tuổi vị thành niên là nhóm tuổi gặp nhiều khó khăn trong thăm khám và điều trị, thường đến khám trong tình trạng muộn, thiếu máu nặng nề. Ở nhóm tuổi này, điều trị rong kinh rong huyết cơ năng chủ yếu sử dụng nội tiết và các thuốc hỗ trợ khác (như thuốc tăng co bóp tử cung, thuốc cầm máu, kháng sinh,...).⁵ Cũng có những trường hợp điều trị không kết quả, hoặc bệnh nhân dùng thuốc không theo hướng dẫn, hoặc điều trị không đúng có thể dẫn đến tình trạng chảy máu kéo dài gây thiếu máu phải truyền máu, thậm chí phải hút buồng tử cung để cầm máu ở những phụ nữ chưa quan hệ tình dục, đây là điều không ai mong muốn kể cả nhân viên y tế, bệnh nhân cũng như người nhà bệnh nhân. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị rong kinh rong huyết, đặc biệt ở lứa tuổi tuổi trẻ,

Tác giả liên hệ: Nguyễn Tuấn Minh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tuanmin0306@gmail.com

Ngày nhận: 25/04/2023

Ngày được chấp nhận: 22/05/2023

tuổi vị thành niên, chúng tôi mong muốn thực hiện đề tài với mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị rong kinh rong huyết ở bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng dựa theo định nghĩa rong kinh rong huyết cơ năng (rong huyết rong kinh cơ năng là hiện tượng ra máu tại tử cung quá 7 ngày, không có tổn thương tại tử cung và 2 buồng trứng).

- Theo tuổi: Lựa chọn các bệnh nhân có độ tuổi từ 10 đến 24 tuổi (tuổi vị thành niên là từ 10-15 tuổi còn tuổi trẻ là từ 15-24 tuổi).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp rong kinh rong huyết do nguyên nhân toàn thân: bệnh lý tuyến giáp, bệnh gan, thận, bệnh máu.

- Những trường hợp rong kinh rong huyết do các tổn thương thực thể tại cơ quan sinh dục: u xơ cơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung, u buồng trứng, polyp buồng tử cung, ung thư cơ quan sinh dục.

- Dị vật trong buồng tử cung: dụng cụ tránh thai.

- Có thai hoặc các biến chứng của thai nghén.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/08/2020 đến 30/10/2021, hồi cứu các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị tại khoa Phụ 2 và khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã

khảo sát hồ sơ của hai năm 2019 và 2020, có 108 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, không có tiêu chuẩn loại trừ.

Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu: áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu nghiên cứu
- d là khoảng sai lệch mong muốn (lấy d = 0,1)
- α là mức ý nghĩa thống kê (lấy $\alpha = 0,05$)
- Z là giá trị tham chiếu trong bảng Z tương ứng với α (với $\alpha = 0,05$ ta có Z = 1,96)
- p là tỉ lệ rong kinh rong huyết cơ năng nhóm tuổi trẻ (theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hà (2008),⁶ lấy p = 0,3) Từ công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu n = 81 đối tượng nghiên cứu

Biến số, chỉ số nghiên cứu

Chúng tôi sẽ tiến hành nghiên cứu theo các chỉ số, biến số sau:

- Mức độ thiếu máu dựa theo lượng Hemoglobin (g/l) trên công thức máu
- Đánh giá theo tiêu chuẩn định lượng Hemoglobin (g/l) trong máu theo WHO 2011:
 - + ≥ 120 (g/l): Không thiếu máu
 - + 110 – 119 (g/l): Thiếu máu nhẹ
 - + 80 – 109 (g/l): Thiếu máu mức độ trung bình
 - + ≤ 80 (g/l): Thiếu máu mức độ nặng
- Truyền máu
- Thuốc nội tiết
- + Vòng kinh nhân tạo: estrogen nửa đầu chu kì kết hợp estrogen và progesterone nửa sau chu kì kinh nguyệt, estrogen nửa đầu chu kì kết hợp thuốc tránh thai kết hợp nửa sau chu kì kinh nguyệt, cycloprogynova.

+ Thuốc tránh thai kết hợp
 + Progesteron
 + Không dùng nội tiết mà dùng nhóm các thuốc làm cầm máu khác: thuốc tăng co bóp tử cung, thuốc làm cầm máu

- Can thiệp hút buồng tử cung
- Kết quả GPB tổ chức hút buồng tử cung

Xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu.
 - Số liệu được nhập trên phần mềm Excel 2016.
 - Số liệu được mã hóa, chỉ thành viên trực tiếp nghiên cứu được quyền tiếp cận số liệu.
 - Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 16.0 với các test thống kê y học.
 + Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn (SD).
 + Các biến định tính được mô tả bằng các giá trị tần số, tính tỷ lệ %.

+ Giá trị $p < 0.05$ được xem như khác biệt có ý nghĩa thống kê

+ Các biến số nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ

3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ tiến hành thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch kết quả điều trị của người bệnh.

- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của của người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

- Số liệu thu thập một cách khách quan, trung thực.

- Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, tin cậy và chính xác. Kết quả sẽ được thông báo tới lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các khoa phòng.

III. KẾT QUẢ

1. Mức độ thiếu máu phân bố theo thời gian điều trị rong kinh rong huyết

Bảng 1. Mức độ thiếu máu và thời gian điều trị rong kinh rong huyết

Mức độ thiếu máu	N (%)	Thời gian điều trị (ngày)	p
Nặng	69 (63,9)	5,98 ± 2,71	0,8
Trung bình	24 (22,2)	5,97 ± 2,43	
Nhẹ	6 (5,6)	4,83 ± 3,32	
Không thiếu máu	9 (8,3)	6,22 ± 3,23	
Tổng	108 (100)	6,07 ± 2,67	

Thời gian điều trị nội trú ở nhóm không thiếu máu là cao nhất 6,22 ± 3,23 ngày, ở nhóm thiếu máu nhẹ là thấp nhất 4,83 ± 3,32 ngày. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Các thuốc nội tiết sử dụng

Bảng 2. Điều trị nội tiết rong kinh rong huyết

	n	%	Trung bình ngày điều trị nội trú
Vòng kinh nhân tạo	60	55,56	6,88 ± 2,96

	n	%	Trung bình ngày điều trị nội trú
Thuốc tránh thai kết hợp	42	38,88	5,24 ± 1,75
Progesteron	3	2,78	4,0 ± 1,0
Không điều trị nội tiết	3	2,78	3,67 ± 2,89
Tổng	108	100	6,07 ± 2,67

Trong số 105 bệnh nhân có chỉ định điều trị nội tiết, trong đó điều trị bằng vòng kinh nhân tạo là cao nhất 55,56%. Đứng thứ 2 là nhóm các bệnh nhân điều trị bằng thuốc tránh thai kết hợp 38,88%. Thấp nhất là số bệnh nhân dùng progesteron chỉ có 3 bệnh nhân, chiếm tỉ

lệ 2,78%. Còn 3 bệnh nhân chỉ dùng các thuốc tăng co tử cung, cầm máu mà không cần điều trị nội tiết.

3. Số đơn vị khối hồng cầu đã truyền và ngày điều trị nội trú

Bảng 3. Số đơn vị KHC đã truyền và ngày điều trị nội trú

	Số đơn vị KHC đã truyền n (%)		Trung bình ngày điều trị nội trú
Không truyền máu	30	27,8	6,3 ± 2,95
Có truyền máu	1	14 (17,9)	5,64 ± 1,82
	2	43 (55,1)	5,47 ± 1,88
	3	12 (15,4)	5,58 ± 1,98
	4	7 (9,0)	9,71 ± 4,72
	5	2 (2,6)	9,0 ± 2,83
Tổng	78 (100)	72,2	5,99 ± 2,57
Tổng số	108	100	6,07 ± 2,67

Bệnh nhân phải truyền máu, chiếm tỉ lệ 72,2%.

4. Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ định hút buồng tử cung

Bảng 4. Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ định hút buồng tử cung

Can thiệp buồng tử cung		n	%
Có hút buồng tử cung	Chưa quan hệ tình dục	5	10
	Đã quan hệ tình dục	5	
Không can thiệp buồng tử cung		98	90,7
Tổng		108	100

Tỉ lệ bệnh nhân phải can thiệp hút buồng tử cung là 9,3%. Trong số 10 bệnh nhân có chỉ định can thiệp buồng tử cung để điều trị, có 5

bệnh nhân chưa quan hệ tình dục, chiếm tỉ lệ 50%, số bệnh nhân đã quan hệ tình dục chiếm 50%.

5. Kết quả giải phẫu bệnh tổ chức hút buồng tử cung

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh tổ chức hút buồng tử cung

Kết quả GPB tổ chức hút buồng tử cung	n	%
Vùng nội mạc chế tiết hoại tử huyết	6	60,0
Quá sản lành tính nội mạc tử cung	3	30,0
Vùng nội mạc chế tiết đáp ứng kéo dài với Progesteron	1	10,0
Tổng	10	100

Kết quả giải phẫu bệnh chủ yếu là vùng nội mạc chế tiết hoại tử huyết (60,0%) có 3 trường hợp là quá sản lành tính nội mạc tử cung (30,0%), 1 trường hợp là vùng nội mạc chế tiết đáp ứng kéo dài với Progesteron (10,0%).

IV. BÀN LUẬN

Trong số các bệnh nhân vào viện điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 92,7%, bệnh nhân thiếu máu nặng (Hemoglobin < 80 g/l) chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, đây là những trường hợp phải chỉ định truyền máu, nguyên nhân có thể do bệnh nhân đến muộn hoặc do tình trạng rong kinh kèm băng kinh nặng

Thời gian điều trị phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân lúc vào viện (tình trạng ra máu, mức độ thiếu máu) cũng như đáp ứng điều trị của bệnh nhân. Đặc điểm về mức độ thiếu máu trong quá trình điều trị cũng không ảnh hưởng đến thời gian điều trị của bệnh nhân, sự khác biệt giữa các nhóm có mức độ thiếu máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,8$).

Nguyên tắc chung khi tiếp cận và điều trị một bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng cần phải đảm bảo các vấn đề cầm máu nhanh chóng (đặc biệt là các trường hợp mất máu cấp tính), kết hợp điều trị toàn thân, truyền máu trong các trường hợp thiếu máu nặng, khi tình trạng bệnh nhân ổn định, đặc biệt trên nhóm tuổi trẻ, tuổi vị thành niên, thông thường sẽ sử dụng các thuốc nội tiết để điều trị rong kinh rong huyết, thay vì can thiệp hút buồng tử cung.

Ở nhóm thuốc nội tiết, việc điều trị thể hiện qua 3 nhóm phác đồ, tạo vòng kinh nhân tạo, điều trị bằng thuốc tránh thai kết hợp và điều trị bằng progesteron. Chúng tôi cũng ghi nhận 3 trường hợp không có chỉ định điều trị nội tiết, do tình trạng bệnh nhẹ, điều trị thuốc cầm máu, tăng co bóp tử cung đáp ứng tốt. Theo Nguyễn Viết Tiến (2004) tỷ lệ cầm máu sau năm ngày điều trị rong kinh cơ năng bằng Marvelon tại Bệnh viện Phụ sản trung ương là 56,3%.⁴ Theo Nguyễn Hoàng Hà (2008), tỉ lệ cầm máu của Progynova tốt hơn so với Marvelon.⁸ Điều trị rong kinh rong huyết bằng progesteron hỗ trợ nạo nội mạc tử cung trong một số trường hợp rong kinh rong huyết có quá sản nội mạc tử cung (hay còn gọi là nạo bằng thuốc). Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nạo niêm mạc tử cung bằng progesteron có thời gian nằm viện điều trị nội trú ngắn nhất ($4,0 \pm 1,0$ ngày), trong khi đó sử dụng vòng kinh nhân tạo vừa để cầm máu vừa để dự phòng tái phát có thời gian nằm điều trị nội trú trung bình $6,88 \pm 2,96$ ngày. Thời gian này ở nhóm sử dụng thuốc tránh thai hàng ngày là $5,24 \pm 1,75$ ngày. Điều này cũng là phù hợp bởi lẽ các bệnh nhân có triệu chứng nặng, mất máu nhiều, cần tác dụng cầm máu của estrogen, thậm chí phải tăng liều điều trị, dẫn đến tăng thời gian điều trị cho bệnh nhân, trong khi các bệnh nhân nhẹ chỉ cần nạo niêm mạc tử cung bằng thuốc kết hợp các thuốc hỗ trợ cầm máu khác là tình trạng bệnh nhân đã có thể ổn định trong vài ngày đầu điều trị.

Với đặc điểm thiếu máu nặng chiếm tỉ lệ cao trong số các bệnh nhân vào viện, tỉ lệ bệnh nhân có chỉ định truyền máu cũng rất cao. Điều này cho thấy rằng bệnh nhân tới khám muộn, việc ra máu nhiều kéo dài sẽ dẫn tới mất máu, ảnh hưởng tới toàn trạng, có các dấu hiệu mệt mỏi, chóng mặt. Ngày điều trị trung bình của nhóm có chỉ định truyền máu và nhóm không truyền máu không có sự khác biệt đáng kể. Tuy nhiên ở những bệnh nhân thiếu máu nặng, phải truyền tới 4 - 5 đơn vị KHC, thời gian điều trị rất dài, trên 9 ngày, điều này là hợp lý vì bệnh nhân vừa phải điều trị hết sức tích cực để hỗ trợ cầm máu, bù số lượng máu đã mất, theo dõi các nguy cơ của truyền máu, điều trị dự phòng nhiễm khuẩn, dự phòng rong kinh rong huyết tái phát,... thậm chí phải cân nhắc các can thiệp ngoại khoa. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nằm ở lứa tuổi trẻ, tuổi vị thành niên, đây là giai đoạn tâm lý nhạy cảm, đồng thời có các sự thay đổi về mặt thể chất, giới tính, có thể gây ra sự ngại ngùng không dám nói với gia đình về tình trạng bệnh của mình. Hậu quả của việc rong kinh rong huyết muộn gây ra thiếu máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, cũng như phải lựa chọn các phác đồ điều trị tích cực hơn rất nhiều so với các trường hợp đến sớm, thậm chí đã phải hút buồng tử cung ngay trên các đối tượng chưa quan hệ tình dục. Thiếu máu nặng dẫn đến truyền máu, cá biệt trong nghiên cứu của chúng tôi, có những trường hợp khi vào viện Hemoglobin chỉ còn 30 - 40 g/l, hoặc những bệnh nhân ra máu nhiều phải truyền tới 5 đơn vị KHC. Bệnh nhân phải chịu các nguy cơ của truyền máu. Các nguy cơ này tuy hiếm nhưng rất trầm trọng, trong đó điển hình là truyền nhầm nhóm máu và các bệnh truyền nhiễm. Vì vậy việc đi khám sớm hoặc tiên lượng chuyển tuyến điều trị sớm là vô cùng quan trọng, giúp cho bệnh nhân tránh được các nguy cơ có thể dự liệu trước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phải hút buồng tử cung là 9,3% trong đó có 50% bệnh nhân chưa quan hệ tình dục. Việc bắt buộc can thiệp trên các nhóm bệnh nhân này có thể để lại tâm lý nhất định cho bệnh nhân, tuy nhiên trong các trường hợp điều trị thất bại, thời gian điều trị kéo dài hoặc mức độ mất máu nặng trong khi tốc độ cầm máu bằng điều trị nội tiết chưa thể đáp ứng kịp thời, việc hút buồng tử cung là một phương pháp điều trị hữu hiệu vừa có tác dụng chẩn đoán, vừa là lựa chọn ưu tiên so với việc lựa chọn bằng các phẫu thuật khác.⁹

Theo tác giả Phan Thị Quy (2018), có 01/265 bệnh nhân tuổi trẻ chưa quan hệ tình dục phải hút buồng tử cung để điều trị, kết quả mô bệnh học trên bệnh nhân này là cũng là quá sản nội mạc tử cung.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ quá sản nội mạc tử cung chỉ gặp ở 3/10 trường hợp, 6/10 trường hợp là vùng nội mạc chế tiết hoại tử huyết. Bên cạnh đó, có 1 trường hợp là vùng nội mạc chế tiết đáp ứng kéo dài với Progesteron. Việc hút buồng tử cung, bên cạnh mục tiêu cầm máu sớm và triệt để, thì kết quả giải phẫu bệnh sẽ giúp hướng điều trị cho bệnh chuẩn xác hơn, hiệu quả điều trị nâng cao.

Việc can thiệp bằng hút buồng tử cung ở nhóm này cũng là lựa chọn hết sức cân nhắc, dựa trên toàn trạng, mức độ thiếu máu cũng như đáp ứng điều trị, vì vậy hút buồng tử cung thường được chỉ định muộn hơn so với nhóm đã quan hệ tình dục, cũng như nhóm các bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt, dẫn đến tổng thời gian điều trị kéo dài. Sau hút BTC hiệu quả điều trị cho thấy sự cải thiện rõ rệt, bệnh nhân cầm máu và được ra viện 2 ngày sau đó. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Vân (2003), thời gian được cho là đáp ứng điều trị bằng nội khoa ở bệnh nhân rong kinh rong huyết tuổi trẻ là 5 ngày, như vậy diễn biến trên bệnh nhân này có sự tương đồng với các nghiên cứu khác.¹¹

Việc hút buồng tử cung ở nhóm chưa quan hệ tình dục không khuyến khích nhất là với văn hóa Phương Đông, thực tế các bác sĩ gặp nhiều khó khăn trong tư vấn với gia đình, thậm chí cương quyết không hợp tác cho tới khi ra máu quá nhiều và kéo dài ngay cả khi đã nhập viện ít ngày làm cho tình trạng bệnh thêm phức tạp. Tuy nhiên hút BTC cho thấy sự cần thiết trong chẩn đoán cũng như điều trị thay thế khi các phác đồ nội khoa thất bại.

V. KẾT LUẬN

Thời gian điều trị nội trú ở nhóm không thiếu máu là $6,22 \pm 3,23$ ngày, ở nhóm thiếu máu nhẹ là $4,83 \pm 3,32$ ngày. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

105 bệnh nhân điều trị nội tiết, trong đó điều trị bằng vòng kinh nhân tạo chiếm tỉ lệ cao nhất 55,56%. Tiếp theo điều trị bằng thuốc tránh thai kết hợp (38,88%). Dùng progesteron chỉ có 3 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 2,78%. Bệnh nhân phải truyền máu chiếm 72,2%.

Tỉ lệ bệnh nhân phải can thiệp hút buồng tử cung là 9,3%, trong số 10 bệnh nhân có chỉ định can thiệp buồng tử cung có 5 bệnh nhân chưa quan hệ tình dục, chiếm tỉ lệ 50%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sản – Trường đại học Y Hà Nội. *Bài giảng sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học; 2013.
2. Franjić. Uterine bleeding. *Trends in Research*. 2019; 2.
3. Nguyễn Viết Tiến. *Sinh lý kinh nguyệt và điều trị rong kinh rong huyết cơ năng bằng hormon*. Nhà xuất bản Y học; 2013.
4. Nguyễn Viết Tiến. *Tác dụng của estrogen và progestin trong điều trị rong kinh rong huyết tuổi trẻ*. *Luận án Tiến sỹ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
5. Dương Thị Cương. *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*. Nhà xuất bản Y học; 2004.
6. Nguyễn Hoàng Hà. Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị rong kinh cơ năng bằng Cyclo-Progynva tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Luận văn Thạc sỹ Y học*. Đại học Y Hà Nội; 2008.
7. Hà Huy Tiến. Đánh giá điều trị rong kinh rong huyết tuổi trẻ tại viện Bảo Vệ Bà Mẹ & Trẻ Sơ Sinh. *Luận văn Bác sỹ Y khoa*. Trường đại học Y Hà Nội; 2001.
8. Phạm Thị Bình. *Nghiên cứu một số phương pháp điều trị rong kinh rong huyết CN tại bệnh viện Phụ sản Trung ương*. *Luận văn Thạc sỹ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. *Committee Opinion*. 2020; 557
10. Phan Thị Quy. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rong kinh rong huyết cơ năng ở phụ nữ từ 18 - 49 tuổi có can thiệp buồng tử cung. *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II*. Trường đại học Y Hà Nội; 2018
11. Lê Thị Thanh Vân. Đặc điểm lâm sàng của rong kinh, rong huyết cơ năng. Tuổi dậy thì và tuổi tiền mãn kinh. *Luận án Tiến sỹ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.

Summary

THERESULTSOFTREATMENTOFFUNCTIONALMENORRHAGIA IN YOUNG AND ADOLESCENT PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Menorrhagia can occur at any age, if not diagnosed and treated promptly can affect the health and quality of life of the patient. In order to evaluate the treatment results of menorrhagia in young and adolescent patients at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology, we conducted a descriptive study on 108 medical records of functional menorrhagia patients aged from 10-14 years old from 2019 to 2020 . Research shows that hormonal treatment, with artificial menstrual cycle is the highest at 55.56%, combined oral contraceptive (38.88%). The number of patients having uterine suction is 9.3%, of which 50% of patients was not sexually active. The main pathological results were that the endothelium secreted blood necrosis (60.0%). Thus, treatment with artificial cycles is the highest, followed by combined oral contraceptives. Of the patients with uterine suction, up to half had never been sexually active.

Keywords: Treatment, menorrhagia function, youth.