

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN THIẾU MÁU DO RONG KINH

Hà Văn Quang<sup>1,2,✉</sup>, Đỗ Xuân Thắng<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Học viện Quân y

<sup>3</sup>Bộ Tư Lệnh Vùng 3 Hải Quân, Quân chủng Hải Quân

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân thiếu máu do rong kinh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu do rong kinh tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2025. Tuổi trung vị nhóm rong kinh cơ năng thấp hơn nhóm rong kinh thực thể (37,5 so với 43 tuổi,  $p = 0,002$ ). Nhóm rong kinh cơ năng chủ yếu ở độ tuổi 19 - 40 (47,9%), nhóm rong kinh thực thể  $\geq 41$  tuổi (64,5%),  $p = 0,027$ . Rong kinh cơ năng hay gặp do rối loạn phóng noãn (60,4%); trong khi rong kinh thực thể chủ yếu do u xơ tử cung (66,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có máu cục ở nhóm rong kinh thực thể (35,5%) cao hơn so với nhóm rong kinh cơ năng (4,2%),  $p < 0,0001$ ; OR = 12,65. Tỷ lệ thiếu máu nặng ở nhóm rong kinh thực thể cao hơn so với nhóm rong kinh cơ năng (35,5% so với 14,6%,  $p = 0,044$ ). Giá trị trung vị của hồng cầu, Hemoglobin, Hematocrit ở nhóm rong kinh cơ năng cao hơn so với nhóm rong kinh thực thể, với  $p < 0,05$ . Có sự liên quan giữa tuổi, mức độ thiếu máu và máu cục trong hành kinh với nguyên nhân rong kinh.

**Từ khoá:** Rong kinh, thiếu máu, Bệnh viện quân y 103.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rong kinh (RK) là tình trạng xuất huyết tử cung theo chu kỳ kinh nguyệt nhưng kéo dài trên 7 ngày hoặc có lượng máu mất vượt quá 80ml mỗi chu kỳ.<sup>1</sup> Đây là rối loạn kinh nguyệt thường gặp ở phụ nữ, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Trong các trường hợp nặng, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, RK có thể dẫn đến thiếu máu nặng và đe dọa tính mạng.<sup>2,3</sup> RK không chỉ gây ra các biểu hiện lâm sàng như đau bụng, mệt mỏi mà còn có thể dẫn đến thiếu máu mạn tính do mất máu kéo dài. Các triệu chứng thiếu máu như hoa mắt, chóng mặt, giảm khả năng tập trung và ghi nhớ có thể làm suy giảm hiệu suất lao động và ảnh hưởng rõ rệt đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.<sup>2,4</sup>

Tác giả liên hệ: Hà Văn Quang

Bệnh viện Quân y 103

Email: haquangss@gmail.com

Ngày nhận: 07/07/2025

Ngày được chấp nhận: 04/08/2025

Hiện nay, theo hệ thống phân loại PALM-COEIN về nguyên nhân chảy máu tử cung bất thường, nguyên nhân gây RK chia thành 2 nhóm: cơ năng và thực thể.<sup>5</sup> RK cơ năng là tình trạng không có tổn thương thực thể tại tử cung hay buồng trứng, thường liên quan đến rối loạn nội tiết, hay gặp ở lứa tuổi dậy thì và tiền mãn kinh.<sup>6</sup> Trong khi đó, RK thực thể là do do các bất thường cấu trúc giải phẫu hoặc tổn thương thực thể tại đường sinh dục gây ra như: u xơ tử cung, polyp nội mạc tử cung, lạc nội mạc tử cung, hoặc ung thư cổ tử cung.<sup>5</sup> Việc phân biệt hai nhóm nguyên nhân này có ý nghĩa quyết định trong lựa chọn hướng điều trị. Tuy nhiên, chẩn đoán RK trên lâm sàng gặp không ít khó khăn do triệu chứng thường không đặc hiệu, dễ gây nhầm lẫn. Đặc biệt, RK cơ năng là chẩn đoán loại trừ, đòi hỏi phải loại trừ các nguyên nhân thực thể, nội tiết và huyết học thông qua thăm khám và xét nghiệm phù hợp. Thêm vào đó, việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị RK ở lứa

tuổi dậy thì còn gặp nhiều trở ngại do yếu tố tâm lý, thiếu hợp tác trong thăm khám phụ khoa hoặc e ngại chia sẻ với gia đình.<sup>5</sup>

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của RK có biến chứng thiếu máu còn tương đối ít. Bệnh viện Quân y 103 là cơ sở tiếp nhận và điều trị nhiều bệnh nhân (BN) nữ mắc các bệnh lý phụ khoa phức tạp. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân RK có biến chứng thiếu máu điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

110 bệnh nhân nữ được chẩn đoán thiếu máu do RK tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2025 và đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Tuổi từ 16 đến 60.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân bị RK do mắc các bệnh lý rối loạn đông cầm máu như: xuất huyết giảm tiểu cầu...

- Bệnh nhân thiếu máu do các nguyên nhân khác như: suy thận, bệnh máu ác tính, thiếu máu huyết tán...

- Phụ nữ có thai hoặc đang trong thời kì hậu sản.

### 2. Phương pháp

\* Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

\* Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Với n: là cỡ mẫu nghiên cứu, với p là tỷ lệ thiếu máu ro RK là 92,7% (Nguyễn Tuấn Minh

và cộng sự (2023), chọn  $d = 0,05$  thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ , tính được  $n \approx 104$ .<sup>6</sup> Trong nghiên cứu này đã chọn được 110 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Chẩn đoán mức độ thiếu máu theo Bộ y tế: Thiếu máu nhẹ: Huyết sắc tố từ 90 đến 120 g/L; Thiếu máu vừa: Huyết sắc tố từ 60 đến dưới 90 g/L; Thiếu máu nặng: Huyết sắc tố từ 30 đến dưới 60 g/L; Thiếu máu rất nặng: Huyết sắc tố dưới 30 g/L.

- Chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt theo Bộ y tế: Thiếu máu (Hb < 120 g/L), hồng cầu nhỏ (MCV < 80fL), nhược sắc (MCH < 27pg) và Ferritin huyết thanh < 30 ng/mL và hoặc độ bão hòa transferrin < 30%.

#### **Các bước tiến hành**

Trong nghiên cứu này, nguyên nhân RK được phân loại theo hệ thống PALM-COEIN của FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) thành hai nhóm: nguyên nhân thực thể (PALM) và nguyên nhân chức năng (COEIN), cụ thể như sau:

+ Nhóm RK chức năng: gồm các nguyên nhân: C - Coagulopathy (rối loạn đông máu); O - Ovulatory dysfunction (rối loạn phóng noãn); E - Endometrial (bất thường nội mạc); I - Iatrogenic (do thuốc hoặc can thiệp y tế); N - Not yet classified (chưa phân loại rõ).

+ Nhóm RK thực thể: gồm có các nguyên nhân: P - Polyp nội mạc tử cung; A - Adenomyosis (lạc nội mạc trong cơ tử cung); L - Leiomyoma (u xơ tử cung); M - Malignancy and hyperplasia (ác tính & tăng sản nội mạc).

Sau đó tiến hành thu thập các thông tin: Tuổi, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, có khối bất thường vùng bụng, thời gian hành kinh, chu kỳ kinh, có máu cục trong chu kỳ kinh), tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm khác. Trong nghiên cứu này chúng tôi chia nhóm tuổi của bệnh nhân thành 3 nhóm: ≤ 18 tuổi; 19-40 tuổi và ≥ 41 tuổi.

**Xử lý số liệu**

Giá trị trung vị, số lượng và tỷ lệ phần trăm được sử dụng làm thống kê mô tả. Sử dụng kiểm định Chi-bình phương hoặc kiểm định Fisher's Exact test để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm nghiên cứu. Kiểm định Mann-Whitney được sử dụng để so sánh giá trị trung vị giữa 2 nhóm nghiên cứu. Giá trị  $p < 0,05$  được xem là

có ý nghĩa thống kê. Sử dụng phần mềm SPSS 25 để phân tích thống kê.

**3. Đạo đức nghiên cứu**

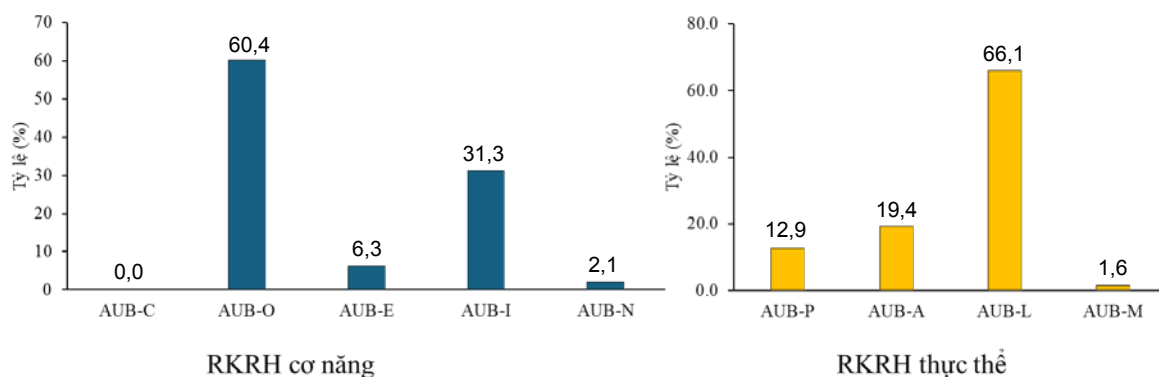
Nghiên cứu phục vụ công tác chẩn đoán nguyên nhân gây RK, không can thiệp gì trên đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ****Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

Các chỉ tiêu nghiên cứu		RK cơ năng (n = 48)	RK thực thể (n = 62)	p
Tuổi	Trung vị (25 - 75%)	37,5 (22 - 46)	43 (36 - 48,3)	0,002
	≤ 18	6 (12,5%)	3 (4,8%)	
	19 - 40	23 (47,9%)	19 (30,6%)	0,027
	≥ 41	19 (39,6%)	40 (64,5%)	

Tuổi trung vị của nhóm RK cơ năng là 37,5 tuổi, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RK thực thể (trung vị: 43 tuổi), với  $p = 0,002$ . Ở nhóm RK cơ năng, độ tuổi 19 - 40 chiếm tỷ

lệ cao nhất (47,9%), trong khi ở nhóm RK thực thể, độ tuổi ≥ 41 chiếm ưu thế (64,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,027$ ).

**Biểu đồ 1. Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo nguyên nhân gây bệnh**

RK cơ năng chủ yếu do rối loạn phóng noãn (60,4%) và can thiệp y tế (31,3%). Trong khi đó, ở nhóm RK thực thể phần lớn nguyên nhân là do u xơ tử cung (66,1%), tiếp theo là lạc nội

mạc tử cung (19,4%) và polyp tử cung (12,9%), còn ung thư cổ tử cung chiếm tỷ lệ rất thấp (1,6%).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng	RK cơ năng (n = 48)	RK thực thể (n = 62)	OR (CI 95%)	p
Đau bụng	1 (2,1%)	4 (6,5%)	-	0,275
Khối bất thường ở bụng	0 (0%)	2 (3,2%)	-	0,209
Triệu chứng thiếu máu	13 (33,3%)	15 (30%)	-	0,737
Thời gian hành kinh	5,58 ± 1,35	6,03 ± 1,57	-	0,116
Có máu cục	2 (4,2%)	22 (35,5%)	(2,799 - 57,164)	< 0,0001
Chu kỳ kinh không đều	18 (37,5%)	17 (27,4%)	-	0,177

Tỷ lệ bệnh nhân có máu cục trong quá trình hành kinh ở nhóm RK thực thể (35,5%) là cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm RK cơ năng (4,2%), với  $p < 0,0001$ . Bệnh nhân có máu cục trong thời kỳ hành kinh có nguy cơ bị RK thực thể cao hơn 12,65 lần so với bị RK cơ

năng. Tuy nhiên, chúng tôi không quan sát thấy sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, khối bất thường ở bụng, thiếu máu, chu kỳ kinh không đều và giá trị trung bình về thời gian hành kinh giữa hai nhóm nghiên cứu, với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu**

Chỉ tiêu nghiên cứu	RK cơ năng (n = 48)	RK thực thể (n = 62)	p
	Trung vị (25% - 75%)	Trung vị (25% - 75%)	
Hồng cầu (T/L)	4,07 (3,50 - 4,60)	3,41 (2,96 - 4,06)	0,001
Hemoglobin (g/L)	73,5(67,0 - 85,0)	65,5 (49,8 - 80,3)	0,006
Hematocrit (L/L)	0,266 (0,227 - 0,279)	0,233 (0,203 - 0,266)	0,01
MCV (fL)	64,3 (59,5 - 70,9)	65,7 (60,8 - 70,0)	0,704
MCH (pg)	18,7 (16,0 - 21,4)	19,6 (16,9 - 21,0)	0,880
MCHC (g/L)	295 (280 - 307)	293 (281 - 305)	0,754
RDW (%)	19,5 (17,7 - 21,6)	19,4 (18,0 - 21,6)	0,964
Tiểu cầu (G/L)	322 (245 - 370)	363 (298 - 392)	0,053
Hồng cầu lưới (%)	1,94 (1,64 - 3,26)	2,09 (1,64 - 2,82)	0,800
Ferritin (ng/mL)	3,35 (2,12 - 5,10)	3,34 (2,48 - 5,88)	0,302

Giá trị trung vị của các chỉ số hồng cầu, hemoglobin và hematocrit ở nhóm RK cơ năng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RK thực thể, với các giá trị của p tương ứng lần lượt

là  $p = 0,001$ ;  $p = 0,006$  và  $p = 0,01$ . Tuy nhiên, không có sự khác biệt về giá trị trung vị của các chỉ số MCV, MCH, MCHC, RDW, tiểu cầu, hồng cầu lưới và ferritin giữa hai nhóm, với  $p > 0,05$ .

**Bảng 4. Liên quan giữa mức độ thiếu máu giữa các nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng	RK cơ năng (n = 48)		RK thực thể (n = 62)		p	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	4	8,3	5	8,1	0,044
	Vừa	37	77,1	35	56,5	
	Nặng	7	14,6	22	35,5	
Thiếu máu thiếu sắt	Không	0	0	2	3,2	0,504
	Có	48	100	60	96,8	

Mức độ thiếu máu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm RK ( $p = 0,044$ ). Nhóm RK thực thể có tỷ lệ thiếu máu nặng cao hơn đáng kể (35,5% so với 14,6%), trong khi nhóm cơ năng chủ yếu bị thiếu máu mức vừa (77,1%). Tuy nhiên chúng tôi không quan sát thấy sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt ở hai nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Rong kinh cơ năng là tình trạng RK không có tổn thương thực thể tại tử cung, buồng trứng hay các cơ quan sinh dục khác. Trong khi đó, RK thực thể là tình trạng RK có nguyên nhân thực thể xuất phát từ tổn thương cơ quan sinh dục hoặc toàn thân. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 48/110 bệnh nhân (43,6%) bị RK cơ năng và 62/110 (56,4%) bệnh nhân bị RK thực thể. Khi phân tích kết quả nghiên cứu trên hai nhóm này, chúng tôi nhận thấy tuổi trung vị của nhóm RK cơ năng là 37,5 tuổi, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RK thực thể là 43 tuổi ( $p = 0,002$ ). Phân tích theo nhóm tuổi cho thấy, nhóm bệnh nhân từ 41 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm RK thực thể (64,5%), cao hơn đáng kể so với nhóm cơ năng (39,6%) ( $p = 0,027$ ). Trong khi đó, ở lứa tuổi từ 18 trở xuống, nhóm RK thực thể (4,8%) có tỷ lệ bệnh nhân thấp hơn so với nhóm RK cơ năng (12,5%). Tương tự, kết quả nghiên cứu

của Karena và cộng sự (2023) cho thấy phần lớn bệnh nhân RK thực thể có độ tuổi từ 40 - 55 (50,3%), 26% bệnh nhân ở độ tuổi từ 20 - 39, và không có bệnh nhân nào dưới 20 tuổi. Trong khi đó, ở nhóm RK cơ năng, có 15,3% bệnh nhân dưới 40 tuổi, 4,3% từ 40 - 55 tuổi và 4% dưới 20 tuổi.<sup>7</sup> Theo Fedosiuk và cộng sự (2023), RK cơ năng thường gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn so với RK thực thể: 71,4% bệnh nhân dưới 26 tuổi bị RK do nguyên nhân cơ năng (rối loạn phóng noãn và bất thường nội mạc). Ở nhóm từ 26 - 40 tuổi và từ 41 - 45 tuổi, nguyên nhân gây RK chủ yếu là do tổn thương thực thể, với tỷ lệ lần lượt là 55,4% và 90,2%.<sup>8</sup> Điều này cho thấy: tuổi càng lớn thì tỷ lệ nguyên nhân thực thể (đặc biệt là u xơ tử cung) càng tăng. Kết quả này phù hợp với đặc điểm sinh lý, khi RK cơ năng thường gặp ở các giai đoạn có sự dao động nội tiết như dậy thì và tiền mãn kinh - hai thời điểm dễ xảy ra rối loạn phóng noãn. Về nguyên nhân, nhóm RK cơ năng chủ yếu gặp ở bệnh nhân có rối loạn phóng noãn (60,4%) trong giai đoạn dậy thì hoặc tiền mãn kinh. Đây là thời điểm dễ xảy ra rối loạn phóng noãn kéo dài, khiến nội mạc tử cung bị tác động lâu dài bởi estrogen mà không có đối trọng từ progesterone, dẫn đến tăng sản và chảy máu. Trong khi đó, ở nhóm RK thực thể, nguyên nhân chủ yếu là u xơ tử cung, chiếm tỷ lệ chủ yếu 66,1%, tiếp theo là

polyp nội mạc tử cung (12,9%) và lạc nội mạc tử cung (19,4%). Các tổn thương này đều thuộc nhóm PALM trong hệ thống phân loại FIGO, là các nguyên nhân thực thể thường gặp. Tương tự, nghiên cứu của Fedosiuk và cộng sự (2023) cũng khẳng định u xơ dưới niêm mạc là nguyên nhân phổ biến nhất gây RK với tỷ lệ 37,5%, tiếp theo là rối loạn phóng noãn (24,11%).<sup>8</sup> Nghiên cứu của Vasava và cộng sự (2021) cho thấy u xơ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất ở nhóm RK thực thể (25,7%), còn rối loạn phóng noãn là nguyên nhân chủ yếu trong nhóm RK cơ năng (28,2%).<sup>9</sup> Sự khác biệt về tỷ lệ này là do cách tính khác nhau: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phần trăm được tính riêng cho từng nhóm; trong khi đó, các nghiên cứu khác tính trên tổng số của cả hai nhóm. Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu đều cho thấy: u xơ tử cung và rối loạn phóng noãn là hai nguyên nhân phổ biến nhất gây RK. Trong đó, RK cơ năng thường do rối loạn phóng noãn, còn RK thực thể thường do u xơ tử cung. Ngoài ra, trong nhóm RK thực thể, chúng tôi phát hiện một bệnh nhân nữ 45 tuổi bị ung thư tử cung, vào viện trong tình trạng ra máu âm đạo bất thường, có máu cục khi hành kinh, chiếm tỷ lệ 1,6%. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa RK cơ năng và thực thể về độ tuổi, phân bố nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng. Điều này góp phần giúp định hướng chẩn đoán nguyên nhân RK và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp hơn theo từng nhóm đối tượng.

Phân tích đặc điểm lâm sàng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có máu cục xuất hiện khi hành kinh ở nhóm RK thực thể là 35,5%, cao hơn rõ rệt so với nhóm RK cơ năng (4,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ; OR = 12,65; CI 95%: 2,799 - 57,164). Điều này có thể được lý giải như sau: trong RK thực thể, tổn thương cấu trúc tại tử cung làm tăng diện tích nội mạc tử cung và ảnh hưởng đến quá trình co bóp cũng như cầm máu sinh lý. Hậu quả là máu

kinh bị ứ đọng lâu trong buồng tử cung, tạo điều kiện hình thành cục máu đông: U xơ dưới niêm mạc có thể làm hẹp hoặc biến dạng lòng tử cung, gây cản trở dòng máu chảy ra ngoài. Lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung gây dày thành tử cung và ảnh hưởng đến hoạt động co bóp của lớp cơ, khiến máu không được đẩy ra ngoài nhanh chóng, dẫn đến máu vón cục.<sup>5,10</sup> Ngược lại, RK cơ năng (như rối loạn phóng noãn - AUB-O) thường gây chảy máu nhẹ, rỉ rả, không có tổn thương thực thể, nên lượng máu mất ít hơn, thời gian ứ đọng ngắn hơn nên khó hình thành máu cục. Hơn nữa, trong rối loạn phóng noãn, lớp nội mạc tử cung bong không đều do thiếu progesterone hỗ trợ, nên máu ra chậm, loãng và không vón cục rõ.<sup>11</sup> Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi không phát hiện thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về các triệu chứng: đau bụng, có khối bất thường ở bụng, thiếu máu, chu kỳ kinh không đều và thời gian hành kinh trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu, với  $p > 0,05$ . Điều này cho thấy các triệu chứng lâm sàng của RK có tính chất không đặc hiệu, gây khó khăn trong việc phân biệt nguyên nhân nếu chỉ dựa vào biểu hiện lâm sàng đơn thuần.

Phân tích các chỉ số huyết học cho thấy bệnh nhân RK cơ năng có giá trị trung vị hồng cầu, hemoglobin và hematocrit cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RK thực thể ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ thiếu máu giữa hai nhóm RK ( $p = 0,044$ ). Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng ở nhóm RK thực thể là 35,5%, cao hơn đáng kể so với nhóm RK cơ năng (14,6%). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu mức độ vừa ở nhóm RK cơ năng cao hơn (77,1% so với 56,5%), trong khi tỷ lệ thiếu máu mức độ nhẹ ở hai nhóm là tương đương nhau (8,3% so với 8,1%). Kết quả này cho thấy mức độ mất máu ở nhóm RK thực thể có xu hướng nhiều hơn và kéo dài hơn,

dẫn đến thiếu máu nặng hơn so với nhóm RK cơ năng. Điều này có thể do các nguyên nhân thuộc nhóm RK thực thể (PALM) liên quan đến tổn thương thực thể tại tử cung, gây xuất huyết kéo dài, lượng nhiều và khó kiểm soát, từ đó dễ dẫn đến thiếu máu nặng hơn. Cụ thể, trong nhóm RK thực thể: U xơ tử cung dưới niêm mạc làm tăng diện tích nội mạc tử cung, cản trở co bóp và gây xuất huyết kéo dài, dẫn đến giảm hemoglobin đáng kể. Trong một nghiên cứu của Bành Dương Yến Nhi và cộng sự (2024), bệnh nhân u xơ tử cung có tỷ lệ thiếu máu mức độ vừa là phổ biến nhất, với tỷ lệ 34%.<sup>12</sup> Tương tự, tình trạng lạc nội mạc tử cung vào lớp cơ tử cung làm cho tử cung mất khả năng co hồi bình thường, gây RK và thiếu máu thiếu sắt mạn tính.<sup>10</sup> Ngoài ra, tăng sản nội mạc hoặc ung thư nội mạc tử cung cũng có thể gây xuất huyết bất thường kéo dài hoặc âm thầm, dẫn đến thiếu máu mạn tính.<sup>13</sup> Ngược lại, nhóm RK cơ năng thường bao gồm các rối loạn chức năng như rối loạn phóng noãn (AUB-O), rối loạn đông máu (AUB-C), hoặc bất thường nội mạc (AUB-E), thường gây chảy máu không đều, lượng máu ít hơn và hiếm khi gây thiếu máu nặng nếu được chẩn đoán và điều trị đúng cách. Các trường hợp AUB-O thường biểu hiện bằng RK nhẹ hoặc kinh nguyệt không đều, ít khi mất máu đủ để gây thiếu máu nghiêm trọng.<sup>11</sup> Mặc dù rối loạn đông máu (như bệnh Von Willebrand) có thể gây chảy máu nhiều, nhưng tỷ lệ gặp thấp (~13 - 20%) và có thể kiểm soát hiệu quả bằng điều trị đặc hiệu, nên ít khi dẫn đến thiếu máu nặng. Hơn nữa, trong nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị RK do rối loạn đông máu. Do đó, nhóm RK thực thể với tổn thương thực thể rõ ràng, gây mất máu kéo dài và nhiều, thường dẫn đến thiếu máu nặng hơn so với nhóm RK cơ năng. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về giá trị trung vị của các chỉ số MCV, MCH, MCHC, RDW và

nồng độ ferritin ( $p > 0,05$ ). Hầu hết bệnh nhân ở cả hai nhóm đều bị thiếu máu thiếu sắt. Tương tự, các nghiên cứu khác cũng cho thấy thiếu máu thiếu sắt là biến chứng hay gặp ở bệnh nhân RK.<sup>4,14</sup> Sự tăng nhẹ số lượng tiểu cầu và hồng cầu lưới ở nhóm RK thực thể so với RK cơ năng không có ý nghĩa thống kê, nhưng có thể phản ánh phản ứng bù trừ của tủy xương trước tình trạng mất máu mạn tính. Từ những kết quả trên, có thể thấy việc đánh giá mức độ thiếu máu ở bệnh nhân RK không chỉ giúp phân loại mức độ nặng nhẹ của bệnh, mà còn có thể gợi ý bản chất nguyên nhân (cơ năng hay thực thể), qua đó góp phần định hướng chẩn đoán và đưa ra biện pháp xử trí hiệu quả hơn.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung vị của nhóm RK cơ năng thấp hơn đáng kể so với nhóm RK thực thể (37,5 vs 43 tuổi,  $p = 0,002$ ). RK cơ năng thường gặp nhất do rối loạn phóng noãn (60,4%), trong khi RK thực thể chủ yếu do u xơ tử cung (66,1%). Bệnh nhân có máu cục trong thời kỳ hành kinh có nguy cơ bị RK thực thể cao hơn 12,65 lần so với bị RK cơ năng.

Nhóm RK thực thể có số lượng hồng cầu, hemoglobin và hematocrit thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm RK cơ năng ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ thiếu máu nặng ở nhóm thực thể cũng cao hơn rõ rệt so với nhóm cơ năng (35,5% vs 14,6%,  $p = 0,044$ ).

## LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thiện nghiên cứu này chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Quân y 103 và các bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2025.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duckitt K, Collins S. Menorrhagia. *BMJ Clinical Evidence*. 2008. Sep 18; 2008:2005.

2. Schoep ME, Adang EM, Maas JW, et al. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ open*. 2019; 9(6): e026186.
3. Shankar M, Chi C, Kadir R. Review of quality of life: menorrhagia in women with or without inherited bleeding disorders. *Haemophilia*. 2008; 14(1): 15-20.
4. Munro MG, Mast AE, Powers JM, et al. The relationship between heavy menstrual bleeding, iron deficiency, and iron deficiency anemia. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2023; 229(1): 1-9.
5. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011; 113(1): 3-13.
6. Nguyễn Tuấn Minh, Đỗ Tuấn Đạt, Đặng Thị Minh Nguyệt. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân rong kinh rong huyết cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 528(2): 232-237.
7. Karena ZV, Mehta AD, Vikani S. PALM-COEIN classification for abnormal uterine bleeding: A study of its practical applicability and distribution of causes. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*. 2023; 14(6): 681-684.
8. Fedosiuk K, Pakharenko L, Chayka K, et al. Abnormal uterine bleeding in women of reproductive age: PALM-COEIN causes. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2023; 22(4): 809-814.
9. Vasava VH, Airao BB, Shingala MR. Palm-coein classification of abnormal uterine bleeding and clinic histopathological correlation. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2021; 10(4): 1587-1591.
10. Guo S-W. The role of platelets in the pathogenesis and pathophysiology of adenomyosis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 842(12): 1-28.
11. Hapangama DK, Bulmer JN. Pathophysiology of heavy menstrual bleeding. *Women's Health*. 2016; 12(1): 3-13.
12. Bành Dương Yến Nhi, Trần Thị Sơn Trà, Nguyễn Minh Vũ và cộng sự. Đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp cắt tử cung toàn phần qua ngã bụng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 547(1): 44-48.
13. Abu-Zaid A, Alomar O, Abuzaid M, et al. Preoperative anemia predicts poor prognosis in patients with endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021; 258: 382-390.
14. Kaunitz AM. Abnormal uterine bleeding in reproductive-age women. *Jama*. 2019; 321(21): 2126-2127.



## Summary

### **CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH ANEMIA CAUSED BY ABNORMAL UTERINE BLEEDING/ HEAVY MENSTRUAL BLEEDING**

This study describes the clinical and paraclinical characteristics of patients with anemia due to Abnormal Uterine Bleeding/Heavy Menstrual Bleeding (AUB/HMB). A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 patients diagnosed with AUB/HMB-related anemia at the Military Hospital 103 from January 2020 to January 2025. The median age of patients in the functional AUB/HMB group was significantly lower than the organic AUB/HMB group (37.5 vs. 43 years old,  $p = 0.002$ ). Most patients in the functional AUB/HMB group were aged between 19 - 40 years old (47.9%), while the organic AUB/HMB group primarily included those aged  $\geq 41$  years old (64.5%,  $p = 0.027$ ). Functional AUB/HMB group was commonly associated with Ovulatory dysfunction (60.4%), whereas organic AUB/HMB group was mainly caused by leiomyoma (66.1%). The presence of blood clots was significantly higher in the organic AUB/HMB group (35.5%) compared to the functional AUB/HMB group (4.2%), with  $p < 0.0001$  and  $OR = 12.65$ . Severe anemia was more prevalent in the organic AUB/HMB group (35.5% vs. 14.6%),  $p = 0.044$ . Median levels of red blood cells, hemoglobin, and hematocrit in the functional AUB/HMB group were significantly higher than that of organic AUB/HMB group ( $p < 0.05$ ). Age, anemia severity, and the presence of blood clots during menstruation were associated with the underlying cause of AUB/HMB.

**Keywords: Abnormal Uterine Bleeding/Heavy Menstrual Bleeding, Anemia, Military Hospital 103.**