

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung”.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi toàn quốc.

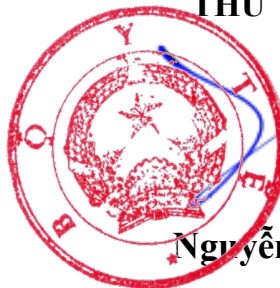
Điều 3. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký, ban hành và thay thế Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung”.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục/Vụ thuộc Bộ Y tế; Thủ trưởng các đơn vị thuộc và trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố; Giám đốc các Bệnh viện Phụ Sản; Giám đốc các bệnh viện Sản Nhi; Giám đốc các bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục Bà mẹ và Trẻ em;
- Hội Phụ Sản Việt Nam;
- Lưu: VT, BMTE.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Tri Thức



HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2026)

Hà Nội, 2026

DANH SÁCH BAN SOẠN THẢO, TỔ BIÊN TẬP

Chỉ đạo biên soạn

PGS.TS. Nguyễn Tri Thức

Thứ trưởng Bộ Y tế

ThS.BS Đinh Anh Tuấn

Cục trưởng Bà mẹ và Trẻ em- Phó Trưởng ban

Hiệu đính

GS.TS. Nguyễn Viết Tiến

Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam

GS.TS. Cao Ngọc Thành

Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam

GS.TS. Trần Thị Lợi

Phó Chủ tịch thường trực Hội Nội tiết sinh sản và vô sinh Tp. Hồ Chí Minh

GS.TS. Nguyễn Duy Ánh

Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

PGS.TS. Lưu Thị Hồng

Tổng Thư ký Hội Phụ Sản Việt Nam

PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

Trưởng khối sản, Bệnh viện Hùng Vương, Tp. Hồ Chí Minh

BSCKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Tp. Hồ Chí Minh

TS.BS. Trần Thị Thu Hạnh

Phó Trưởng khoa Phụ Nội tiết, Bệnh viện Phụ Sản TW

Ban soạn thảo

GS.TS. Nguyễn Viết Tiến

Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam-Trưởng ban

ThS.BS. Đinh Anh Tuấn

Cục trưởng Bà mẹ và Trẻ em- Phó Trưởng ban

GS.TS. Cao Ngọc Thành

Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam-Thành viên

GS.TS. Nguyễn Duy Ánh

Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản TW-Thành viên

TS.BS. Lê Quang Thanh

Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam-Thành viên

PGS.TS. Vũ Bá Quyết

Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam-Thành viên

BSCKII. Trần Ngọc Hải

Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ, Tp. Hồ Chí Minh -
Thành viên

GS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

Hiệu trưởng Trường ĐH Y Dược Huế-Thành viên

PGS.TS. Lưu Thị Hồng

Tổng Thư ký Hội Phụ Sản Việt Nam-Thành viên

PGS.TS. Hoàng Thị Diễm Tuyết

Giám đốc Bệnh viện Hùng Vương, Tp. Hồ Chí Minh -Thành viên

PGS.TS. Lê Hoài Chương

Phó giám đốc Bệnh viện Phụ Sản TW-Thành viên

PGS.TS. Lê Hoàng

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Hà Nội -Thành viên

PGS.TS. Vũ Văn Tâm

Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Tp. Hải Phòng -
Thành viên

TS.BSCKII. Trần Đình Vinh	Giám đốc Bệnh viện PSN Đà Nẵng-Thành viên
TS.BS. Nguyễn Hồng Hoa	Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh - Thành viên
PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	Trưởng khối sản, Bệnh viện Hùng Vương, Tp. Hồ Chí Minh -Thành viên
BSCKII. Nguyễn Hữu Dự	Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Tp. Cần Thơ - Thành viên
Tổ biên tập	
ThS.BS. Dương Thị Hải Ngọc	Chuyên viên chính, Cục Bà mẹ và Trẻ em
ThS.BS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh	Chuyên viên chính, Cục Bà mẹ và Trẻ em
TS.BS. Đặng Thị Hồng Thiện	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ Sản TW
ThS.BS. Nguyễn Cảnh Chương	Giám đốc Trung tâm Đào tạo và chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
BSCKII. Võ Thanh Nhân	Trưởng khoa Ung bướu phụ khoa, Bệnh viện Từ Dũ, Tp. Hồ Chí Minh
CN. Trần Minh Nghĩa	Cục Bà mẹ và Trẻ em

MỤC LỤC

1. ĐẠI CƯƠNG	1
2. YẾU TỐ NGUY CƠ	1
2.1. Cấu trúc giải phẫu và kinh nguyệt	1
2.2. Môi trường	1
2.3. Chế độ dinh dưỡng.....	2
3. CHẨN ĐOÁN	2
3.1. Lâm sàng	2
3.2. Cận lâm sàng.....	3
3.3. Phân loại thể lâm sàng LNMTC	4
3.4. Phân độ LNMTC (theo ASRM - American Society for Reproductive Medicine: Hiệp hội sức khỏe sinh sản Mỹ) đã hiệu chỉnh.....	5
3.5. Chẩn đoán phân loại theo ICD (International Classification Diseases)	5
3.6. Chẩn đoán phân biệt	5
4. ĐIỀU TRỊ	5
4.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị.....	5
4.2. Điều trị LNMTC và đau	6
4.3. Điều trị LNMTC và hiếm muộn - vô sinh	12
4.4. LNMTC ở vị thành niên và phụ nữ trẻ	14
4.5. Điều trị LNMTC khác (thành bụng, tăng sinh môn...)	15
Phụ lục I.....	16
Phụ lục II.	17
Phụ lục III.....	18

CÁC TỪ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung	IUI
Cộng hưởng từ	MRI
Dấu ấn sinh học	CA125
Dụng cụ tử cung có nội tiết levonorgestrel	LNG-IUS
Hỗ trợ sinh sản	ART
Lạc nội mạc tử cung	LNMTCT
Siêu âm đường âm đạo	TVS
Siêu âm đường trực tràng	TRS
Sóng siêu âm hội tụ cường độ cao	US-HIFU
Thuốc kháng viêm không Steroid	NSAIDs
Thuốc viên tránh thai kết hợp	COCs
Tỷ lệ thể tích không tưới máu	NPV

LỜI NÓI ĐẦU

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý phụ khoa mãn tính, phức tạp, dễ tái phát do các tế bào nội mạc tử cung bị lạc chỗ bên ngoài buồng tử cung. LNMTC có xu hướng ngày càng phổ biến do các can thiệp vào buồng tử cung, đặc biệt là sự gia tăng tỷ lệ mổ đẻ trong những năm gần đây. LNMTC có thể gây đau đớn, làm ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Đặc biệt, LNMTC còn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nên tình trạng vô sinh, hiếm muộn.

Năm 2019, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn thực hành lâm sàng về chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT. Kể từ khi ban hành lần đầu tiên, Hướng dẫn đã trở thành một tài liệu quan trọng, giúp cho các thầy thuốc lâm sàng chuyên ngành sản phụ khoa từ tuyến trung ương đến cơ sở có được một căn cứ chính thức trong chẩn đoán và điều trị LNMTC. Tuy nhiên, trong thời gian qua trên thế giới và trong nước đã có nhiều tiến bộ khoa học, kỹ thuật được ứng dụng trong theo dõi, chẩn đoán cũng như điều trị LNMTC. Trước yêu cầu ngày càng cao của người bệnh đang chịu sự tác động của LNMTC, Cục Bà mẹ và trẻ em đã chủ trì, phối hợp với Hội Phụ Sản Việt Nam và các bệnh viện đầu ngành chuyên ngành sản phụ khoa tiến hành nghiên cứu các tiến bộ trong nước và quốc tế, cập nhật tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung.

Được biên soạn bởi các chuyên gia, các nhà khoa học hàng đầu trong lĩnh vực sản phụ khoa dựa trên những bằng chứng khoa học trong nước và trên thế giới, tài liệu được ban hành lần này sẽ cung cấp cho các thầy thuốc, nhân viên y tế chuyên ngành phụ sản những kiến thức khoa học, phương pháp, kỹ thuật mới, tiên tiến trong chẩn đoán và điều trị LNMTC.

Nhân dịp tài liệu ban hành lần thứ hai, Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Chấp hành Hội sản phụ khoa Việt Nam, các Bệnh viện được Bộ Y tế giao chỉ đạo tuyến chuyên ngành sản phụ khoa, các chuyên gia và các bạn đồng nghiệp trong Ban biên soạn đã nỗ lực cùng nhau hoàn thành tài liệu. Dù Ban soạn thảo cũng đã cố gắng đưa vào tài liệu những tiến bộ khoa học, kỹ thuật cập nhật nhất về LNMTC, tuy nhiên cũng không thể tránh được hết những thiếu sót trong quá trình soạn thảo và biên tập. Chúng tôi mong tiếp tục nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của các đồng nghiệp xa gần để tài liệu được hoàn thiện hơn trong những lần cập nhật sau. Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về địa chỉ: *Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế, số 35 Trần Phú, phường Ba Đình, Hà Nội.*

Xin trân trọng cảm ơn!

ThS.BS. Đinh Anh Tuấn
Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý phụ khoa mạn tính, phức tạp, dễ tái phát, trong đó có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm tùy hành nằm ngoài buồng tử cung. Sự hiện diện mô lạc chỗ này thúc đẩy sự hình thành các phản ứng viêm mãn tính. Lạc nội mạc tử cung là bệnh lý phụ thuộc estrogen.

Bệnh LNMTC bao gồm các thể: LNMTC ở phúc mạc, LNMTC ở buồng trứng, LNMTC sâu, bệnh tuyến cơ tử cung (hay còn gọi LNMTC vào cơ tử cung), LNMTC ở các vị trí khác; các thể LNMTC thường đi kèm với nhau trên cùng một bệnh nhân.

Tần suất mắc bệnh không được biết chính xác, ước tính khoảng 10% phụ nữ độ tuổi sinh sản bị LNMTC. Trong số bệnh nhân LNMTC có khoảng 40 - 82% phụ nữ bị đau vùng chậu mạn tính, 50% phụ nữ LNMTC bị ảnh hưởng gây hiếm muộn vô sinh, 17- 48% là các khối LNMTC ở buồng trứng.

Lâm sàng có thể không có triệu chứng, nhưng LNMTC thường hay xuất hiện trong bệnh cảnh đau vùng chậu, vô sinh hoặc kết hợp cả hai. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Bệnh đòi hỏi một kế hoạch điều trị dài hạn với mục tiêu tối ưu hóa điều trị nội khoa tránh lặp đi lặp lại các can thiệp ngoại khoa.

Mặc dù có rất nhiều nỗ lực trong nghiên cứu về LNMTC, các bác sĩ lâm sàng hiện tại vẫn đang đối diện với không ít khó khăn trong chẩn đoán và xử trí, vì vậy một tài liệu hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị LNMTC là cần thiết.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Cấu trúc giải phẫu và kinh nguyệt

Nhóm những phụ nữ sau có thể có nguy cơ cao bị LNMTC:

- Phụ nữ chưa sinh đẻ, chu kỳ kinh ngắn, hành kinh dài ngày, cường kinh, dậy thì sớm;
- Tiền sử gia đình có người bị LNMTC;
- Tắc nghẽn đường thoát máu kinh.

2.2. Môi trường

Mối liên quan giữa sự phơi nhiễm với các chất hóa học dẫn đến biến đổi các nội tiết tố và LNMTC đã được ghi nhận, nhưng cơ chế chưa biết rõ. Một số chất hóa học sau đây đã được ghi nhận:

- Dioxin;

- Bisphenol A (BPA) và Bisphenol S (BPS): có trong nhựa;
- Phthalates: có trong nhựa PVC, mỹ phẩm, vật liệu đóng gói thực phẩm;
- Kim loại nặng: Cadmium, chì, thủy ngân;
- Thuốc lá;
- Ô nhiễm không khí: Bụi mịn PM2.5, NO₂, SO₂.

2.3. Chế độ dinh dưỡng

Các nghiên cứu nhận thấy có sự gia tăng nguy cơ xuất hiện LNMTC khi có phơi nhiễm với các yếu tố:

- Thức uống có cồn, caffeine, thuốc lá...;
- Thực phẩm có phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ từ các vùng ô nhiễm;
- Thiếu Vitamin D;
- Béo phì.

3. CHẨN ĐOÁN

LNMTC thường được chẩn đoán muộn. Việc chậm trễ trong chẩn đoán có thể dẫn đến những hệ quả bất lợi cho điều trị.

Sơ đồ Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị LNMTC ban hành kèm theo tại Phụ lục I.

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng liên quan phụ khoa: đau bụng khi hành kinh, có thể đau không liên quan kỳ kinh, đau không có tính chu kỳ, đau sau khi giao hợp, hoặc đau khu trú theo kỳ kinh tại thành bụng quanh sẹo mổ lấy thai, hoặc đau tại vùng tầng sinh môn sau sinh đường âm đạo..., xuất huyết tử cung bất thường (trong bệnh tuyến cơ tử cung), chậm hoặc không có thai.

Triệu chứng không liên quan phụ khoa: phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có đi đại tiện (đi cầu) đau, đi tiểu đau, tiểu ra máu, chảy máu trực tràng, ho ra máu.... xảy ra theo chu kỳ kinh. Các khối lạc tuyến LNMTC ở buồng trứng có kích thước lớn có thể gây chèn ép trực tràng hay bàng quang gây các triệu chứng do chèn ép như tiểu khó, tiểu lắt nhắt, táo bón....

Hai nhóm triệu chứng này có thể xuất hiện đơn thuần hoặc đi kèm với nhau.

3.1.2. Triệu chứng thực thể

Cần khám thành bụng, âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn/ khám trực tràng, nhất là khi có triệu chứng gợi ý trên. Các dấu hiệu thực thể gợi ý (LNMTC và vị trí LNMTC) như sau:

LNMTC sâu: vách âm đạo trực tràng, 2 dây chằng tử cung cùng nề cứng khi khám bằng tay có kết hợp khám trực tràng; hoặc nhìn thấy các nốt xanh tím trong vùng cùng đồ sau khi khám bằng mỏ vịt hoặc đặt van âm đạo, sờ chạm có thể đau.

LNMTC vào buồng trứng: khám âm đạo hay trực tràng thấy có khối cạnh tử cung ở một hoặc hai bên, kém di động.

Bệnh tuyến cơ tử cung: khám phụ khoa thấy tử cung có kích thước lớn, dày không đều như khối cầu (nếu là LNMTC thể lan tỏa), có thể kém di động.

Một số vị trí LNMTC khác: sờ được khối cứng chắc gợi ý LNMTC, cương và đau theo kỳ kinh, nằm tại thành bụng quanh vùng sẹo mổ lấy thai, hoặc vùng tầng sinh môn.

Thực tiễn khám lâm sàng có thể không ghi nhận dấu hiệu gì bất thường. dù có triệu chứng cơ năng gợi ý LNMTC.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm

Siêu âm đường âm đạo (TVS) là lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán LNMTC vùng chậu. Siêu âm đường trực tràng (TRS) để chẩn đoán đối với phụ nữ chưa giao hợp.

Siêu âm có hình ảnh điển hình LNMTC ở buồng trứng: phản âm kém dạng kính mờ, có thể nhiều thùy, không chồi nhú..., hoặc hình ảnh toàn bộ cơ tử cung phản âm kém và phản âm sọc trong bệnh tuyến cơ tử cung (thể lan tỏa) hoặc cơ tử cung có vùng phản âm kém khu trú giới hạn không rõ (thể khu trú).

Tuy nhiên, nếu siêu âm không phát hiện bất thường, cũng không thể loại trừ LNMTC, đặc biệt trường hợp phúc mạc nông.

3.2.2. Cộng hưởng từ (MRI)

Chỉ định đối với lạc nội mạc tử cung sâu.

MRI có thể được chỉ định thêm khi siêu âm không đánh giá được hết tính chất, mức độ xâm lấn của u lạc nội mạc tử cung với các cơ quan xung quanh, hoặc khi cần đánh giá tổn thương (sang) LNMTC sâu, cần phân biệt giữa bệnh tuyến cơ tử cung và nhân xơ tử cung.

3.2.3. Dấu ấn sinh học (CA125)

CA125 huyết thanh hay nước tiểu cũng như mô nội mạc tử cung, máu kinh, dịch lòng tử cung không khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán LNMTC.

CA125 huyết thanh tăng nhưng không đặc hiệu để chẩn đoán bệnh LNMTC.

3.2.4. Các kỹ thuật khác hỗ trợ chẩn đoán LNMTC sâu, LNMTC bàng quang, niệu quản, trực tràng

Chụp đường tiêu hóa, tiết niệu có cản quang, nội soi bàng quang - niệu quản, nội soi đại - trực tràng, soi khí phế quản, có thể hữu ích giúp đánh giá thêm về LNMTC nặng vùng chậu, LNMTC khí phế quản.

Nội soi ổ bụng không còn là phương pháp chẩn đoán bắt buộc trong mọi trường hợp để chẩn đoán xác định LNMTC. Kỹ thuật này được chỉ định trong trường hợp không phát hiện bất thường trên chẩn đoán hình ảnh hoặc điều trị nội khoa không kết quả.

3.3. Phân loại thể lâm sàng LNMTC

3.3.1. LNMTC ở phúc mạc

Chẩn đoán được khi thực hiện nội soi hay mổ bụng, nhìn thấy có tổn thương (sang) LNMTC nằm trên bề mặt phúc mạc chậu, thành chậu, thanh mạc ruột.

3.3.2. LNMTC buồng trứng

Chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng có khối bướu nằm một hoặc hai bên cạnh tử cung, kém di động, dính cùng đồ sau hay vách chậu;

Siêu âm hoặc cộng hưởng từ cho thấy hình ảnh đặc trưng nang LNMTC vào buồng trứng.

3.3.3. LNMTC sâu

Chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng có tổn thương (sang) dày cứng vách trực tràng âm đạo, khối nề cứng kém di động nằm cùng đồ sau, dây chằng tử cung cùng. Hình ảnh siêu âm, cộng hưởng từ, chụp cản quang đường tiết niệu, tiêu hóa, nội soi bàng quang - niệu quản, nội soi đại - trực tràng... giúp hỗ trợ chẩn đoán khi có chỉ định.

3.3.4. Bệnh tuyến cơ tử cung

Chẩn đoán dựa vào đau vùng chậu, hội chứng xuất huyết âm đạo.

Khám lâm sàng: tử cung có kích thước to dày không đều.

Hình ảnh của siêu âm hoặc của cộng hưởng từ khi có chỉ định.

3.3.5. LNMTC tại các vị trí khác

Chẩn đoán dựa vào khám lâm sàng, hỏi tiền sử - bệnh sử: mỗi khi có kinh sò được khối cứng đau nằm vùng quanh sẹo mổ thành bụng (nếu có mổ lấy thai) hoặc khối cứng đau vùng quanh sẹo khâu tầng sinh môn (nếu sinh đường âm đạo), tiểu máu, ho ra máu liên quan tới kỳ kinh.

3.4. Phân độ LNMTC (theo ASRM - American Society for Reproductive Medicine: Hiệp hội sức khỏe sinh sản Mỹ) đã hiệu chỉnh

Phân độ LNMTC có thể được thực hiện khi bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật.

Bảng phân độ LNMTC được ban hành kèm theo tại Phụ lục II.

3.5. Chẩn đoán phân loại theo ICD (International Classification Diseases)

Tên bệnh	Mã ICD 10
Bệnh tuyến cơ tử cung (Adenomyosis)	N80.0
LNMTC ở buồng trứng (Ovarian endometriomas- OMA)	N80.1
LNMTC ở vòi trứng	N80.2
LNMTC ở phúc mạc (Pelvic peritoneal endometriosis - PPE)	N80.3
LNMTC sâu: (Deeply infiltrating endometriosis-DIE):	
- Ổ vách trực tràng - âm đạo	N80.4
- Ổ đường tiêu hóa	N80.5
LNMTC ở sẹo da	N80.6
LNMTC khác	N80.8
LNMTC không đặc hiệu	N80.9

Các thể LNMTC có thể đơn độc, nhưng thường đi kèm với nhau trên cùng một bệnh nhân.

3.6. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u buồng trứng không phải LNMTC: cần thực hiện tổng soát bì-lăng đánh giá u để loại trừ u ác tính buồng trứng (dựa vào bệnh sử, chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cộng hưởng từ, CT scan, các dấu ấn sinh học bướu...).

- Bệnh lý ác tính vùng chậu không phải là LNMTC xâm lấn vách trực tràng - âm đạo, vách bàng quang, - âm đạo, cùng đồ sau, vách chậu.

- Nhân xơ tử cung trong cơ, không phải là bệnh tuyến cơ tử cung.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị

4.1.1. Nguyên tắc điều trị

- Cá thể hoá theo nhu cầu, cải thiện chất lượng sống của người bệnh.
- Tối ưu hóa điều trị nội khoa và tránh các phẫu thuật lặp đi lặp lại.

4.1.2. Mục tiêu điều trị

- Giảm đau, giảm tiến triển và giảm tái phát bệnh.

- Tăng khả năng có thai.
- Cải thiện chất lượng sống.
- Xác định người bệnh cần phẫu thuật và lựa chọn thời điểm phù hợp nhất.
- Có kế hoạch điều trị và theo dõi sau phẫu thuật.

4.2. Điều trị LNMTC và đau

Sơ đồ Quy trình lâm sàng điều trị đau do LNMTC được ban hành kèm theo tại Phụ lục III.

Đau bụng kinh, đau vùng chậu mãn tính nếu có đáp ứng giảm đau được với các thuốc giảm đau kháng viêm không steroids (NSAIDs), thuốc viên tránh thai kết hợp (COCs), hoặc nội tiết progestins mà không cần bằng chứng mô học xác nhận LNMTC, thì các điều trị này được xem vừa là chẩn đoán, vừa là điều trị LNMTC.

Ngoài ra, nội soi ổ bụng là một kỹ thuật có tính chất xâm lấn. Vì vậy thực hiện nội soi ổ bụng để chẩn đoán trước khi điều trị đau bụng kinh, đau vùng chậu mãn không phải là bước thường quy.

Cần loại trừ các nguyên nhân gây đau vùng chậu khác trước khi bắt đầu điều trị theo kinh nghiệm.

4.2.1. Điều trị nội khoa giảm đau bước 1

a) Nhóm kháng viêm không steroid (NSAIDs)

NSAIDs có hiệu quả trong điều trị thống kinh nguyên phát và là nhóm thuốc có thể chọn lựa đầu tiên điều trị đau do LNMTC. Thuốc có chống chỉ định cho người có tiền sử loét dạ dày tá tràng, bệnh lý tim mạch.

Có thể sử dụng đơn lẻ hoặc kết hợp với các phương pháp điều trị khác.

b) Thuốc viên tránh thai kết hợp (COCs)

Thuốc viên tránh thai kết hợp có hiệu quả giảm đau bụng kinh, giảm giao hợp đau, giảm đau vùng chậu mạn tính và có tác dụng ngừa thai. Có thể xem xét kê đơn COCs uống theo chu kỳ hoặc liên tục. Không uống COCs quá 3 tháng nếu không giảm đau.

COCs có hiệu quả giảm đau bụng kinh, giao hợp đau nhưng ít hiệu quả giảm đau trong LNMTC sâu.

c) Progestin, kháng progestin, danazol

Là một trong các lựa chọn giảm đau do LNMTC, tùy đặc điểm từng người bệnh có thể lựa chọn các thuốc thuộc nhóm progestin khác nhau (dydrogesterone, dienogest, norethisterone acetate, hoặc kháng progestin (gestrinone).

Lựa chọn progestin và kháng progestin cần lưu ý thuốc có tác dụng phụ ít nhất, nhất là các tác dụng phụ không hồi phục (huyết khối, nam hóa...), để phù hợp với từng nhóm tuổi và nhu cầu của bệnh nhân.

Dụng cụ tử cung có nội tiết levonorgestrel (LNG-IUS) làm giảm cường kinh, giảm đau, chỉ định trong bệnh tuyến cơ tử cung có triệu chứng.

Dienogest (2mg) có hiệu quả giảm đau tương đương GnRH với ít tác dụng phụ do rối loạn vận mạch, không ảnh hưởng mật độ xương. Dienogest có thể sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) với các dữ liệu lâm sàng đánh giá sau hơn 10 năm theo dõi. Dienogest có tính kháng androgen do đó hạn chế các tác dụng phụ do androgen như: tăng cân, mụn.

Dydrogesterone hiệu quả trong giảm đau do LNMTC, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và đời sống tình dục người bệnh, có thể sử dụng ở phụ nữ có nguy cơ huyết khối. Đặc biệt, dydrogesterone không ức chế rụng trứng trong liệu điều trị ($\leq 30\text{mg/ ngày}$), do đó người bệnh có thể mang thai trong khi sử dụng thuốc.

Norethisterone acetate có thể được sử dụng để giảm đau trong LNMTC, tuy nhiên dữ liệu lâm sàng còn hạn chế và kém hiệu quả trong một số trường hợp đau do LNMTC. Norethisterone acetate có tác động androgen, do đó có tác dụng phụ như: mụn, rụng lông, tích nước.

Danazol do có nhiều tác dụng phụ và có các tác dụng phụ không hồi phục.

Medroxyprogesterone acetate dạng tiêm có ảnh hưởng mật độ xương. Do đó, không khuyến cáo điều trị giảm đau với thuốc nhóm danazol và medroxyprogesterone acetate, trừ khi không còn lựa chọn nào khác.

4.2.2. Điều trị nội khoa giảm đau bước 2

a) Progestins

Nếu trong bước 1 chưa được sử dụng, thì trong bước 2 có thể chỉ định dydrogesterone, dienogest điều trị, khi nhóm NSAIDs, COCs không có hiệu quả giảm đau.

b) GnRH đồng vận

GnRH đồng vận có hiệu quả giảm đau do LNMTC, khuyến cáo phối hợp với liệu pháp bổ trợ (add - back therapy) để điều chỉnh các triệu chứng rối loạn vận mạch do thiếu hụt estrogen và giảm mật độ xương, nếu điều trị kéo dài trên 6 tháng. Chưa có dữ liệu về hiệu quả và tính an toàn khi sử dụng đồng vận GnRH để giảm đau khi sử dụng trên 6 tháng. Cần cân nhắc lợi ích và nguy cơ khi sử dụng kéo dài trên 6 tháng.

Liệu pháp bổ trợ (add- back therapy) nên được phối hợp ngay khi bắt đầu điều trị GnRH.

Thận trọng khi chỉ định điều trị cho phụ nữ trẻ và tuổi vị thành niên, vì ở những đối tượng này chưa được đánh giá hết mật độ xương tối đa.

Các GnRH đồng vận (goserelin, triptorelin, leuprolid...) đều có thể là một trong các lựa chọn để giảm đau do LNMTC.

c) Ức chế Aromatase

Cần nhắc sử dụng thuốc ức chế aromatase kết hợp với thuốc viên tránh thai kết hợp, progestins, GnRH đồng vận để giảm đau do LNMTC sâu, không đáp ứng điều trị nội - ngoại khoa.

Thuốc có nhiều tác dụng phụ, vì vậy chỉ nên chỉ định khi tất cả mọi điều trị nội khoa, ngoại khoa thất bại.

4.2.3. Điều trị bằng sóng siêu âm hội tụ cường độ cao (US-HIFU)

Siêu âm hội tụ là một phương pháp điều trị không xâm lấn, sử dụng siêu âm làm nguồn năng lượng. Sóng siêu âm được phát từ bên ngoài vào trong cơ thể, nhờ đặc tính xuyên thấu và khả năng hội tụ của siêu âm để tạo ra một điểm hội tụ năng lượng cao bên trong cơ thể. Tại tiêu điểm sẽ sinh nhiệt độ cực cao trong thời gian ngắn, làm mô tại chỗ bị hoại tử đông đặc và mất hoạt tính của khối u, từ đó đạt mục đích điều trị. Công nghệ này gọi là “Đốt siêu âm hội tụ cường độ cao” (High Intensity Focused Ultrasound ablation – **HIFU**)

Nguyên lý điều trị: Công nghệ US-HIFU tập trung năng lượng siêu âm từ bên ngoài cơ thể hội tụ chính xác vào vị trí khối u bên trong, làm vùng mô đích đạt trên 60°C trong khoảnh khắc, gây hoại tử đông đặc mà hầu như không làm tổn thương các mô dọc đường đi hoặc xung quanh. Cơ chế chính bao gồm hiệu ứng nhiệt, hiệu ứng tạo bọt (cavitation), phá hủy mô bệnh và sau đó mô hoại tử sẽ dần bị cơ thể hấp thụ hoặc xơ hóa (thành sẹo).

Chỉ định: LNMTC trong cơ tử cung (Adenomyosis): Bệnh nhân mong muốn giữ tử cung, tổn thương khu trú ≥ 2 cm, lan tỏa mức độ nhẹ đến trung bình, tử cung không lớn hơn tử cung tương đương 12–14 tuần thai, MRI xác định đường chiều (kênh điều trị) an toàn không có ruột che chắn.

Chống chỉ định:

- + Bệnh nhân đang mang thai.
- + Có bệnh toàn thân kèm theo: rối loạn nhịp tim nặng, suy tim, suy thận, suy gan, nhồi máu cơ tim, tiền sử đột quy.
- + Nghi ngờ ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư niêm mạc tử cung.
- + Ruột nằm trực tiếp trên đường chiều (kênh điều trị) không thể đẩy và tránh; có dị vật trong kênh điều trị.

+ Bệnh nhân có tiền sử xạ trị vùng tiểu khung.

Chống chỉ định tương đối:

- + Béo phì (thành bụng quá dày > 8–10 cm)
- + Tử cung gập trước hoặc gập sau quá mức.
- + LNMTC trong cơ tử cung lan tỏa quá rộng.
- + Viêm vùng chậu cấp hoặc đợt cấp/bán cấp của viêm vùng chậu mạn tính.
- + Sẹo thành bụng dày.
- + Bệnh nhân có tiền sử hút mỡ bụng.
- + Bệnh nhân không đáp ứng với thuốc an thần và giảm đau.
- + Bệnh nhân không thể nằm sấp trong 1 giờ.

Quy trình thực hiện kỹ thuật:

Kỹ thuật US-HIFU thường được thực hiện dưới sự hướng dẫn và theo dõi siêu âm thời gian thực.

Chuẩn bị bệnh nhân

- + Chuẩn bị ruột: Bệnh nhân được yêu cầu nhịn ăn/ăn lỏng và thực tháo ruột kỹ càng 1-3 ngày trước thủ thuật để loại bỏ khí ruột (chất cản trở sóng siêu âm).
- + Kiểm soát đau và an thần: Sử dụng thuốc giảm đau và an thần tĩnh mạch (ví dụ: Fentanyl, Midazolam) để giảm đau và lo lắng, nhưng bệnh nhân vẫn phải tỉnh táo để báo cáo cảm giác đau/nóng.
- + Tư thế: Nằm sấp, vùng bụng dưới tiếp xúc với bề nước khử khí trên bàn điều trị US-HIFU.

Quá trình điều trị

Bước 1: Lập bản đồ mục tiêu: Dùng siêu âm để định vị khối adenomyosis, đánh dấu các điểm cần tiêu hủy, và xác định "đường đi an toàn" tránh bàng quang, ruột và các cơ quan lân cận.

Bước 2: Đánh giá đường truyền sóng: Xác định cửa sổ âm thanh tối ưu. Bàng quang cần được làm đầy vừa phải để đẩy ruột ra xa.

Bước 3: Tiêu hủy khối u:

- + Bắt đầu từ vùng sâu nhất/xa nhất khối thanh mạc và nội mạc, tiến dần ra ngoài.
- + Sử dụng các điểm tập trung theo mô hình điểm-đường-mặt phẳng để tạo ra vùng hoại tử đồng đặc.
- + Cường độ năng lượng : Điều chỉnh linh hoạt dựa trên vị trí, độ sâu, và khả năng chịu đau của bệnh nhân (thường trong khoảng 200-400 W).
- + Giám sát thời gian thực: Quan sát các dấu hiệu hình ảnh của hoại tử đồng trên siêu âm, đồng thời liên tục hỏi cảm giác đau của bệnh nhân.

Theo dõi sau điều trị:

- Theo dõi ngay sau điều trị:

+ Đau: sử dụng giảm đau toàn thân.

+ Bỏng da: chườm lạnh, kem bôi corticoid, chăm sóc vết thương.

+ Phù nề mô dưới da: có thể theo dõi hoặc sử dụng các thuốc kháng viêm.

+ Nôn và buồn nôn: sử dụng các thuốc chống nôn như ondasetron.

+ Sốt: sử dụng thuốc hạ sốt như acetaminophen.

+ Một số các biến chứng hiếm gặp như: nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, ruột, bàng quang: xử trí tùy từng trường hợp cụ thể.

+ Siêu âm tương phản cải tiến: Tiêm chất cản quang ngay sau HIFU để đánh giá tỷ lệ thể tích không tưới máu (NPV – Non Perfused Volume).

Mục tiêu NPV: Cố gắng đạt NPV 70% thể tích ban đầu của tổn thương để đảm bảo hiệu quả lâm sàng lâu dài.

- Biến chứng:

+ Rất thấp:

- Đau thần kinh đùi ngoài (thoáng qua)
- Bỏng da độ I–II
- Hội chứng hoại tử u (đau, sốt nhẹ)

+ Rất hiếm: tổn thương ruột/bàng quang

- Theo dõi trong vòng 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng:

+ Đánh giá mức độ giảm kích thước khối u và các triệu chứng của u xơ cơ tử cung.

+ Tình trạng kinh nguyệt, mang thai (nếu có)

+ Biến chứng nếu có (như bỏng da độ 1-2).

4.2.4. Điều trị phẫu thuật giảm đau

a) Chỉ định điều trị phẫu thuật

Thất bại với tất cả các điều trị nội khoa.

LNMTTC và có bệnh lý hoặc tình trạng đi kèm khác cần can thiệp phẫu thuật.

Hiệu quả điều trị giảm đau là như nhau khi mổ mở hay nội soi ổ bụng, tuy nhiên nội soi là lựa chọn ưu tiên, vì là phẫu thuật ít xâm lấn, ít đau sau mổ, hồi phục nhanh, nằm viện ngắn ngày, có tính thẩm mỹ.

b) Phẫu thuật nội soi ổ bụng đối với LNMTTC phúc mạc hay nang LNMTTC ở buồng trứng

LNMTTC phúc mạc: cắt bỏ hay đốt hủy tổn thương LNMTTC có hiệu quả giảm đau.

LNMTTC ở buồng trứng: không dẫn lưu, hoặc đốt laser hay đốt điện mặt trong nang LNMTTC vì tái phát cao, nên bóc nang LNMTTC vì có hiệu quả giảm đau và giảm tỉ lệ tái phát. Hạn chế tổn thương buồng trứng.

c) Phẫu thuật trong LNMTTC sâu

Có hiệu quả giảm đau nhưng có thể có biến chứng, nặng nhất là biến chứng ruột, các biến chứng chung trong mổ khoảng 2,1%, sau mổ khoảng 13,9% (9,5% nhẹ, 4,6% nặng), cần cân nhắc chỉ định phẫu thuật cắt bỏ tổn thương LNMTTC sâu.

Có thể cạo lấy tổn thương nốt LNMTTC trên ruột, hoặc cắt đoạn ruột lấy nguyên khối LNMTTC.

d) Phẫu thuật cắt tử cung

Phụ nữ đủ con không đáp ứng với các điều trị bảo tồn, có thể cân nhắc, tư vấn cắt tử cung; cắt các tổn thương LNMTTC đại thể.

đ) Hạn chế dính sau phẫu thuật

Phẫu thuật viên cần thực hiện đúng nguyên tắc phẫu thuật thực hành, hạn chế tối đa chảy máu, gây chấn thương mô, để làm giảm nguy cơ tạo dính thêm.

Cân nhắc sử dụng các chất chống dính (cellulose tái sinh oxy hóa, màng chống dính phẫu thuật polytetrafluoroethylene, hyaluronic acid...) để ngăn ngừa và làm giảm dính sau phẫu thuật vùng chậu, phẫu thuật liên quan LNMTTC.

e) Điều trị nội tiết trước phẫu thuật điều trị đau do LNMTTC

Không chỉ định điều trị nội tiết nhằm chuẩn bị trước phẫu thuật, khi có chỉ định điều trị ngoại khoa, thì sử dụng để giảm đau.

g) Điều trị nội tiết sau phẫu thuật điều trị đau do LNMTTC

Không chỉ định điều trị nội tiết trong mục đích hỗ trợ phẫu thuật, mà để cải thiện thêm kết quả phẫu thuật.

h) Điều trị nội tiết dự phòng tái phát bệnh hoặc tái phát đau do LNMTTC ở phụ nữ đã được điều trị phẫu thuật

Điều trị kéo dài trên 6 tháng, nhằm ngăn ngừa tái phát bệnh hay tái phát đau do LNMTTC sau phẫu thuật.

Đặt dụng cụ tử cung có nội tiết levonorgestrel, hoặc dienogest, hoặc thuốc viên tránh thai kết hợp ít nhất 18-24 tháng sau phẫu thuật điều trị đau, là một trong các biện pháp dự phòng tái phát đau do LNMTTC.

Điều trị với dydrogesterone sau phẫu thuật giúp giảm đau hiệu quả, tăng tỷ lệ mang thai tự nhiên.

Chọn lựa điều trị tùy thuộc nguyện vọng người bệnh, chi phí điều trị, khả năng sẵn có và tác dụng phụ.

i) Phẫu thuật trong LNMTC gây đau và hiếm muộn - vô sinh

Thực hiện nội soi gỡ dính, cắt bỏ hoặc phá hủy tổn thương LNMTC, bóc nang LNMTC làm giảm đau và cải thiện tỉ lệ có thai. Không nên chỉ thực hiện nội soi chẩn đoán đơn thuần ở phụ nữ có vô sinh kèm LNMTC độ I-II (theo phân độ ASRM).

Cần tư vấn nguy cơ suy giảm chức năng buồng trứng sau phẫu thuật và mất buồng trứng; quyết định phẫu thuật phải cân nhắc và thận trọng nếu có tiền sử phẫu thuật buồng trứng trước đó.

4.3. Điều trị LNMTC và hiếm muộn - vô sinh

4.3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị

Nếu có cả đau và hiếm muộn - vô sinh, ưu tiên điều trị hiếm muộn - vô sinh trước.

Nếu phụ nữ LNMTC bị hiếm muộn - vô sinh có kèm với các nguyên nhân hiếm muộn - vô sinh khác, nên cân nhắc áp dụng sớm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Nếu phụ nữ LNMTC bị hiếm muộn - vô sinh, có giảm dự trữ buồng trứng, nên cân nhắc thực hiện sớm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Nếu phụ nữ LNMTC mong con, chưa có chỉ định làm hỗ trợ sinh sản, nên điều trị với dydrogesterone. Dydrogesterone không ức chế rụng trứng ở liều điều trị và không ảnh hưởng đến nồng độ estrogen nội sinh. Do đó, dydrogesterone phù hợp với phụ nữ mong con (không cần ngừng điều trị) và có thể được tiếp tục sau khi mang thai.

Nếu phụ nữ LNMTC bị hiếm muộn - vô sinh, không chỉ định pentoxifylline hoặc thuốc kháng viêm khác, hoặc letrozole (ngoài chỉ định kích rụng trứng) nhằm cải thiện tỷ lệ thai tự nhiên.

Không điều trị nội tiết (nội tiết tránh thai, progestins, GnRH đồng vận hoặc danazol) ức chế chức năng buồng trứng, để cải thiện điều trị hiếm muộn - vô sinh có kèm LNMTC tối thiểu và nhẹ.

4.3.2. Điều trị phẫu thuật trong LNMTC và vô sinh

a) Phẫu thuật chỉ có hiệu quả rõ khi người bệnh hiếm muộn - vô sinh và bị LNMTC I, II

b) Phẫu thuật bóc khối LNMTC trên các người bệnh hiếm muộn - vô sinh:

Chỉ định phẫu thuật nang LNMTC vào buồng trứng: khi có triệu chứng chèn ép cơ quan lân cận, hoặc nghi ngờ ác tính, hoặc có yêu cầu cần thiết từ quá trình điều trị hiếm muộn - vô sinh, hỗ trợ sinh sản.

Nguy cơ của phẫu thuật bóc nang LNMTC: phẫu thuật không cải thiện rõ rệt khả năng có thai, nhưng có thể làm giảm dự trữ buồng trứng, làm mất cơ hội có thai, suy tuyến buồng trứng sớm, nhất là khi phẫu thuật lặp lại nhiều lần trên một người bệnh.

Nếu cần thiết phải phẫu thuật đối với nang LNMTC trên người bệnh bị hiếm muộn - vô sinh, hoặc chưa đủ con, thì phẫu thuật phải được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, tôn trọng nguyên tắc phẫu thuật thực hành nhằm hạn chế tối đa các tổn thương cho mô buồng trứng còn lại.

Cần tư vấn cho người bệnh có nang LNMTC hiểu rõ về các nguy cơ của phẫu thuật đối với nang LNMTC buồng trứng. Quyết định phẫu thuật phải cân nhắc và thận trọng nếu người bệnh có tiền sử phẫu thuật buồng trứng trước đó.

c) Các kỹ thuật điều trị LNMTC có kèm hiếm muộn - vô sinh:

LNMTC phúc mạc: nội soi ổ bụng gỡ dính, cắt bỏ hoặc đốt phá hủy tổn thương LNMTC làm cải thiện tỉ lệ có thai ở LNMTC độ I-II, không nên chỉ là nội soi chẩn đoán.

LNMTC ở buồng trứng: nội soi gỡ dính và bóc nang LNMTC làm cải thiện tỉ lệ có thai và giảm tái phát nang, thay vì chỉ dẫn lưu hoặc đốt mặt trong nang LNMTC.

4.3.3. Điều trị nội tiết sau phẫu thuật cho LNMTC và hiếm muộn - vô sinh

Không điều trị nội tiết sau phẫu thuật để cải thiện tỉ lệ có thai tự nhiên.

4.3.4. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)

Phụ nữ vô sinh có LNMTC độ I - II có thể thực hiện kích thích buồng trứng và làm IUI để tăng tỉ lệ có thai sinh sống, thay vì chờ có thai tự nhiên.

Cần nhắc nhở việc thực hiện kích thích buồng trứng và IUI trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật ở người bệnh có LNMTC độ I - II.

4.3.5. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản (ART)

Chỉ định thực hiện ART cho người bệnh hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC có vòi trứng bị tổn thương mất chức năng, hoặc có kèm vô sinh nam, và/ hoặc khi các điều trị khác thất bại.

Phác đồ hỗ trợ sinh sản đặc biệt cho phụ nữ LNMTC không được khuyến cáo. Kích thích buồng trứng với GnRH đồng vận hoặc đối vận phụ thuộc vào quyết định của chuyên gia hỗ trợ sinh sản và người bệnh. Do không có sự khác biệt về tỷ lệ mang thai hoặc thai sống giữa 2 phác đồ.

Phụ nữ LNMTC cần được tư vấn rõ ART không tăng tỷ lệ tái phát.

Việc sử dụng GnRH đồng vận trước ART không được khuyến cáo do lợi ích chưa được chứng minh.

Không đủ bằng chứng cho thấy sử dụng COCs/ progestogen trước phẫu thuật tăng tỷ lệ thai sống.

Chỉ định kháng sinh dự phòng khi chọc hút trứng trên buồng trứng có nang LNMTC.

4.3.6. Phẫu thuật điều trị LNMTC trước khi thực hiện hỗ trợ sinh sản

Không có bằng chứng về phẫu thuật bóc nang LNMTC có kích thước ≥ 3 cm trước khi thực hiện hỗ trợ sinh sản (ART) giúp cải thiện tỉ lệ có thai.

Cần nhắc chỉ định phẫu thuật bóc nang LNMTC trước khi thực hiện ART, nếu có chỉ định phẫu thuật chỉ để cải thiện triệu chứng đau hoặc để dễ tiếp cận noãn nang sau đó.

Người bệnh cần được tư vấn về các nguy cơ của phẫu thuật trên buồng trứng. Quyết định phẫu thuật cần cân nhắc và thận trọng trên người bệnh đã có tiền sử phẫu thuật buồng trứng trước đó.

Hiệu quả của phẫu thuật cắt bỏ tổn thương LNMTC sâu trước khi thực hiện điều trị hiếm muộn - vô sinh, hỗ trợ sinh sản, không liên quan kết quả sinh sản.

4.4. LNMTC ở vị thành niên và phụ nữ trẻ

LNMTC chủ yếu ảnh hưởng tới 10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. 67% bệnh nhân LNMTC có xuất hiện triệu chứng trước 20 tuổi. Tuy nhiên, ở tuổi vị thành niên, việc chẩn đoán LNMTC thường bị chậm 7 đến 10 năm, do sự chồng chéo triệu chứng với kinh nguyệt bình thường và sự thiếu hiểu biết, nhận thức về bệnh lý này trong vấn đề y tế công cộng. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm LNMTC là điều hết sức quan trọng trong việc giảm tổn thương tâm lý và thể chất lâu dài cho vị thành niên và phụ nữ trẻ.

Triệu chứng phổ biến nhất của LNMTC ở tuổi vị thành niên là đau bụng kinh nghiêm trọng, đáp ứng kém với thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) và thuốc viên tránh thai kết hợp (COCs). Các triệu chứng khác có thể gặp như: đau vùng chậu mãn tính, khó tiểu, khó thở, khó chịu đường tiêu hóa, kinh nguyệt bất thường, vô sinh.

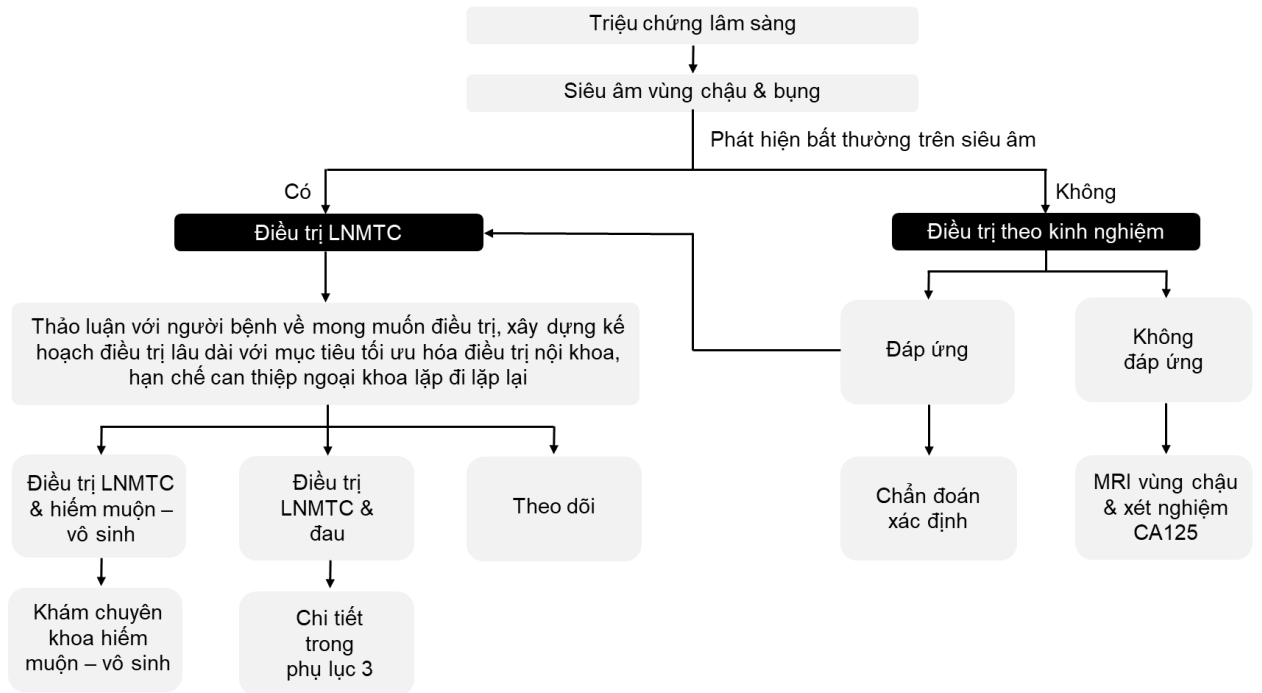
Chẩn đoán thông qua các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giống như của người trưởng thành, nhưng thường khó xác định vị trí và dạng tổn thương LNMTC, đặc biệt trong thời gian đầu của bệnh.

Việc tư vấn tuyên truyền để phát hiện, chẩn đoán sớm tránh bỏ sót bệnh lý LNMTC độ tuổi vị thành niên là hết sức cần thiết của hệ thống y khoa thế giới và Việt Nam.

4.5. Điều trị LNMTC khác (thành bụng, tăng sinh mô...)

Điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối LNMTC, cần lấy mô đủ rộng đến bờ phẫu thuật mềm mại không còn mô xơ cứng. Không điều trị nội tiết trước và sau phẫu thuật.

Phụ lục I.
QUY TRÌNH LÂM SÀNG
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG



Phụ lục II.**PHÂN ĐỘ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG (THEO ASRM đã hiệu chỉnh)**

Độ I (tối thiểu): 1-5

Độ II (nhẹ): 6-15

Độ III (trung bình): 16-40

Độ IV (nặng): > 40

Tổng cộng _____

Phúc mạc	Lạc nội mạc tử cung		<1 cm	1-3 cm	>3cm
	Nông		1	2	4
	Sâu		2	4	6
Buồng trứng	Bên Phải	Nông	1	2	4
	Sâu		4	16	20
	Bên Trái	Nông	1	2	4
	Sâu		4	16	20
	Mất cùng đồ sau		Bán phần		Toàn phần
			4		40
Buồng trứng	Dính		<1/3 bề mặt	1/3-2/3 bề mặt	>2/3 bề mặt
	Bên Phải	Màng mỏng	1	2	4
	Dày, chặt		4	8	16
	Bên Trái	Màng mỏng	1	2	4
	Dày, chặt		4	8	16
Vòi trứng	Bên Phải	Màng mỏng	1	2	4
	Dày, chặt		4*	8*	16
	Bên Trái	Màng mỏng	1	2	4
	Dày, chặt		4*	8*	16

*Nếu loa vòi tắc hoàn toàn, chuyển điểm đánh giá sang 16.

Phụ lục III.

QUY TRÌNH LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ ĐAU

