| BỘ Y TẾ | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM |
|---|---|
| | Độc lập - Tự do - Hạnh phúc |
| Số: 5306/QĐ-BYT | *Hà Nội, ngày 07 tháng 11 năm 2019* |

# 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 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

## 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" bao gồm bản giấy và bản điện tử (app) được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

**Điều 3**. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 4.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

***Nơi nhận:***
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.

**KT. BỘ TRƯỞNG**
**THỨ TRƯỞNG**

**Nguyễn Trường Sơn**



Chứng thư: Bộ Y tế
Ngày ký: 09/12/2019 11:14:30
Hệ thống VOffice Bộ Y Tế

**BỘ Y TẾ**

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

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)*

**Hà Nội 2019**

# Mục lục

**1. ĐẠI CƯƠNG** ..... 4
**2. YẾU TỐ NGUY CƠ** ..... 4
**2.1. Cấu trúc giải phẫu và kinh nguyệt** ..... 4
**2.2. Môi trường** ..... 4
**2.3. Chế độ ăn** ..... 4
**3. CHẨN ĐOÁN** ..... 5
**3.1. Lâm sàng** ..... 5
*3.1.1. Triệu chứng cơ năng* ..... 5
*3.1.2. Triệu chứng thực thể* ..... 5
**3.2. Cận lâm sàng** ..... 6
*3.2.1. Siêu âm* ..... 6
*3.2.2. Cộng hưởng từ (MRI)* ..... 6
*3.2.3. Dấu ấn sinh học* ..... 6
*3.2.4. Các kỹ thuật khác hỗ trợ chẩn đoán LNMTC sâu, LNMTC bàng quang, niệu quản, trực tràng* ..... 6
**3.3. Phân loại thể lâm sàng LNMTC** ..... 6
*3.3.1. LNMTC ở phúc mạc* ..... 6
*3.3.2. LNMTC buồng trứng* ..... 6
*3.3.3. LNMTC sâu* ..... 6
*3.3.4. Bệnh tuyến cơ tử cung* ..... 7
*3.3.5. LNMTC tại các vị trí khác* ..... 7
**3.4. Phân độ LNMTC (theo ASRM đã hiệu chỉnh)** ..... 7
**3.5. Chẩn đoán phân loại theo ICD (International Classification of Diseases)** ..... 7
**3.6. Chẩn đoán phân biệt** ..... 7
**4. ĐIỀU TRỊ** ..... 7
**4.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị** ..... 7
*4.1.1. Nguyên tắc điều trị* ..... 7
*4.1.2. Mục tiêu điều trị* ..... 7
**4.2. Điều trị LNMTC và đau** ..... 8
*4.2.1. Điều trị nội khoa giảm đau bước 1* ..... 8
*4.2.2. Điều trị nội khoa giảm đau bước 2* ..... 9
*4.2.3. Điều trị phẫu thuật giảm đau* ..... 9

**4.3. Điều trị LNMTC và hiếm muộn - vô sinh** ..... 11
*4.3.1. Nguyên tắc và mục tiêu điều trị* ..... 11
*4.3.2. Điều trị phẫu thuật trong LNMTC và vô sinh* ..... 11
*4.3.3. Điều trị nội tiết sau phẫu thuật cho LNMTC và hiếm muộn - vô sinh* .. 12
*4.3.4. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI)* ..... 12
*4.3.5. Điều trị hiếm muộn - vô sinh kèm LNMTC bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản (ART)* ..... 12
*4.3.6. Phẫu thuật điều trị LNMTC trước khi thực hiện ART* ..... 12
**4.4. Điều trị LNMTC khác (thành bụng, tầng sinh môn…)** ..... 13
**PHỤ LỤC 01** ..... 14
**PHỤ LỤC 02** ..... 15
**PHỤ LỤC 03** ..... 16
**TÀI LIỆU THAM KHẢO** ..... 21

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

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)*

## 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 và là bệnh lí 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); 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 BN 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, hiếm muộn, 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 hoá 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 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

Liên quan giữa LNMTC và sự phơi nhiễm với các chất hoá học dẫn đến biến đổi các nội tiết tố đã được ghi nhận, nhưng cơ chế chưa biết rõ.

### 2.3. Chế độ ăn

Thức uống có cồn, caffeine, chất béo, thịt đỏ, thuốc lá… có thể là nguy cơ cao LNMTC

## 3. CHẨN ĐOÁN

LNMTC thường được chẩn đoán muộn. Việc chậm chễ 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 trong Phụ lục 01 ban hành kèm theo.

### 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 (cầu) đau, đi tiểu đau, tiểu ra máu, chảy máu trực tràng….xảy ra theo chu kỳ kinh. Các khối lạc tuyến NMTC 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):

- 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 2 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 toả), 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 gì bất thường dù có triệu chứng cơ năng gợi ý LNMTC.

- 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 trong Phụ lục 03 được ban hành kèm theo.

- 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), 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 là vừa là chẩn đoán vừa là điều trị LNMTC. Ngoài ra nội soi ổ bụng là một kỹ thuật có tính chất xâm lấn. Chính vì các lý do như 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 qui.
- 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) Giảm đau nhóm kháng viêm không – steroid (NSAIDs)*

Hiệu quả trong điều trị thống kinh nguyên phát, 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 ….

*b) Thuốc viên tránh thai kết hợp*

- 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 thuốc viên tránh thai kết hợp uống theo chu kỳ hoặc liên tục, và không uống quá 3 tháng nếu không giảm đau.
- Nội tiết tránh thai kết hợp 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, tuỳ đặc điểm từng người bệnh có thể lựa chọn các thuốc thuộc nhóm progestin khác nhau (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 hoá…)
- 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 có hiệu quả giảm đau tương đương GnRH với ít tác dụng phụ do rối loạn vận mạch, không ảnh hưởng mật độ xương; có thể sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) với các dữ liệu lâm sàng đánh giá sau hơn10 năm theo dõi.
- 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.
- 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 vậy 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 dienogest điều trị, khi nhóm NSAID, thuốc viên tránh thai kết hợp 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) 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*

- Cân nhắc sử dụng thuốc ức chế aromatase kết hợp với thuốc viên tránh thai phối 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, chỉ nên chỉ định khi tất cả mọi điều trị nội – ngoại khoa thất bại.

*4.2.3. Điều trị phẫu thuật giảm đau*

*a) Chỉ định điều trị phẫu thuật*

- Thất bại với tất cả các điều trị nội khoa
- LNMTC và có bệnh lý hoặc tình trạng đi kèm khác cần can thiệp phẫu thuật.

**PHỤ LỤC 02**

# 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

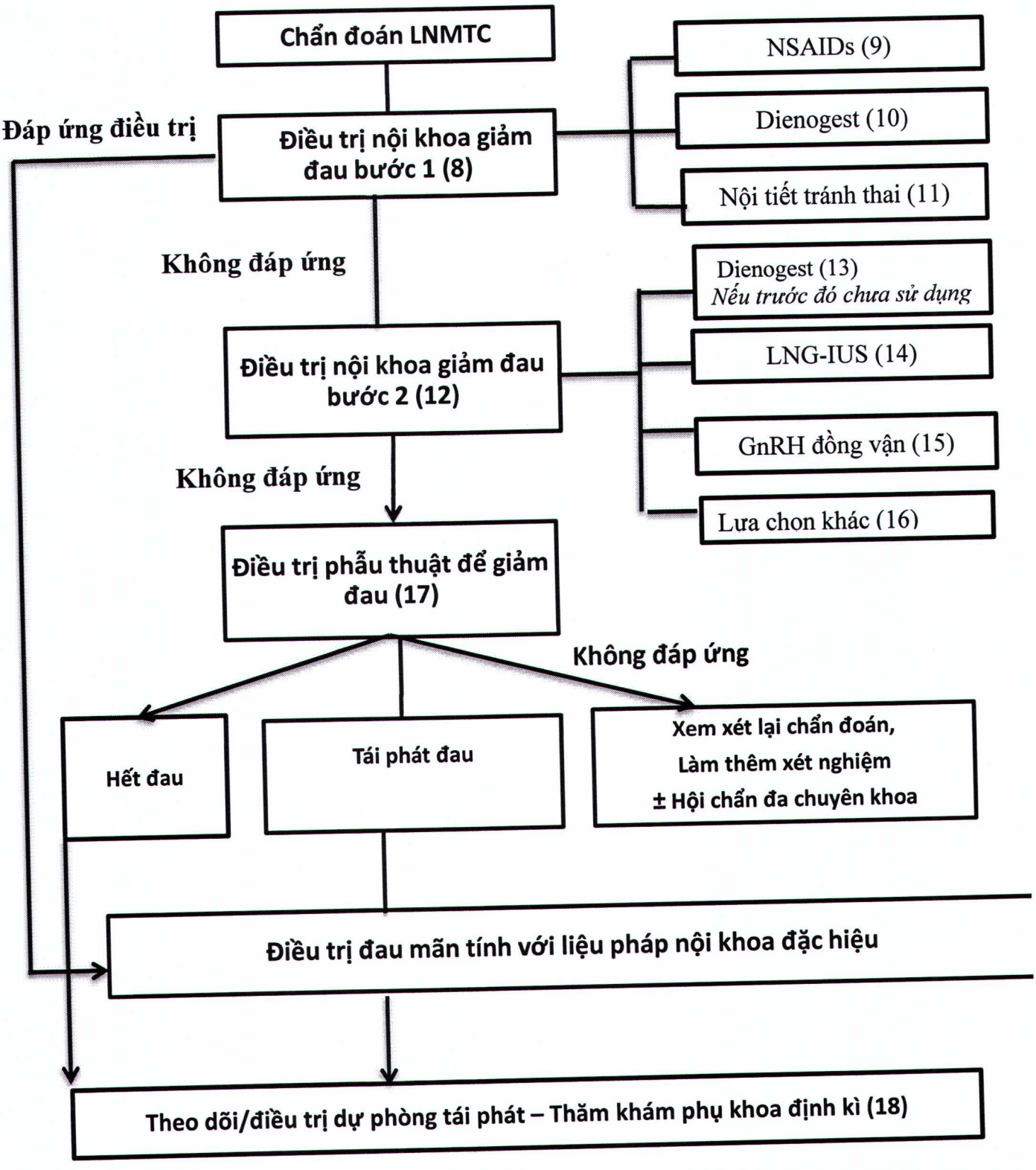
Tổng cộng _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | <⅓ bề mặt | ⅓–⅔ bề mặt | >⅔ 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 03**

**QUY TRÌNH LÂM SÀNG**
**ĐIỀU TRỊ LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ ĐAU**
**(Bản App và web: Quy trình lâm sàng)**
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5306/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2019)*



**MÔ PHỎNG NỘI DUNG BẢN APP VÀ WEB**
**Chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung**

**(1) Triệu chứng lâm sàng:**

- 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 sâu khi giao hợp, hoặc đau khu trú theo kỳ kinh tại thành bụng quanh sẹo mổ lấy thai, tại vùng tầng sinh môn sau sinh ngả 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 cầu đau, đi tiểu đau, tiểu ra máu, chảy máu trực tràng... xảy ra theo chu kỳ kinh. Các khối lạc tuyến nội mạc tử cung vào 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, đi cầu táo bón….

Hai nhóm triệu chứng này có thể đơn thuần hay đi kèm với nhau.

**(2) Siêu âm vùng chậu và bụng**

- Siêu âm ngả âm đạo (TVS) là lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán LNMTC vùng chậu; phụ nữ độc thân, chưa từng giao hợp có thể được siêu âm qua ngả trực tràng (TRS).
- Siêu âm ngả âm đạo có thể hữu ích giúp chẩn đoán LNMTC ở trực tràng hoặc loại trừ LNMTC ở trực tràng.
- Siêu âm giúp chẩn đoán hoặc loại trừ LNMTC buồng trứng.
- Hình ảnh siêu âm đặc trưng LNMTC vào buồng trứng ở phụ nữ tiền mãn kinh: echo kém dạng kính mờ, có thể có phân thùy thuỳ, không chồi nhú có dòng chảy mạch máu.
- Siêu âm 3 chiều (3D) chưa được đồng thuận sử dụng để chẩn đoán LNMTC vách trực tràng âm đạo.

**(3) MRI vùng chậu**

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

**(4) Xét nghiệm CA125**

- Xét nghiệm CA125: thường tăng trong lạc nội mạc tử cung tuy nhiên ít có giá trị vì không đặc hiệu.
- Một số các dấu ấn sinh học có nguồn gốc trong mô nội mạc tử cung, dịch tử cung hay máu kinh và/hoặc dấu ấn miễn dịch trong huyết tương, nước tiểu hoặc huyết thanh ít có ý nghĩa trong chẩn đoán lạc nội mạc tử cung.

**(5) Chẩn đoán lâm sàng xác định LNMTC**

Chẩn đoán LNMTC bằng nội soi ổ bụng mang tính xâm lấn ảnh hưởng đến dự trữ buồng trứng, nên có thể chẩn đoán xác định LNMTC cho bệnh nhân dựa trên đánh giá lâm sàng, không cần bằng chứng mô học LNMTC.

**(6) Phân loại giai đoạn bệnh LNMTC**

Phân độ LNMTC có thể được thực hiện khi bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật. Bảng phân độ LNMTC trong Phụ lục số 02 kèm theo.

**(7) Thảo luận với người bệnh về mong muốn điều trị, xây dựng kế hoạch điều trị lâu dài với mục tiêu tối ưu hóa điều trị nội khoa, hạn chế can thiệp ngoại khoa lặp đi lặp lại.**

- Nguyên tắc:
  + Cá thể hóa điều trị hướng đến lợi ích người bệnh, không hướng đến mục tiêu loại bỏ tổn (sang) thương.
  + Tối ưu hóa điều trị nội khoa và tránh các phẫu thuật lặp đi lặp lại.
- 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

**(8) Điều trị nội khoa giảm đau bước 1**

- Điều trị LNMTC không có triệu chứng tùy thuộc vào mức độ tổn thương LNMTC tại thời điểm hiện tại và mong muốn của bệnh nhân.
- Cần xem xét dữ liệu tác dụng phụ khác nhau của các thuốc, đặc biệt là tác dụng phụ không thể hồi phục (ví dụ như nguy cơ huyết khối và tác dụng phụ nam hóa) để lựa chọn liệu pháp phù hợp nhất với bệnh nhân.

**(9) NSAIDs:**

Giảm đau nhóm kháng viêm non – steroides (NSAIDs) có hiệu quả trong điều trị thống kinh nguyên phát, nằm trong 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….

**(10) Dienogest**

- Dienogest là progestins được chứng minh hiệu quả giảm đau trong LNMTC và được đánh giá là điều trị đặc hiệu giảm đau trong LNMTC bao gồm đau vùng chậu, giao hợp đau, đau bụng kinh….

- Dienogest với liều 2mg/ngày hiệu quả giảm đau tương đương thuốc đồng vận GnRH nhưng ít tác dụng phụ gây bốc hỏa và không ảnh hưởng đến mật độ khoáng xương khi sử dụng lâu dài.
- Dienogest có thể được sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) để đạt hiệu quả giảm đau và giảm tái phát lâu dài cho bệnh nhân.
- Dienogest có thể được sử dụng để giảm đau trên lứa tuổi vị thành niên bị LNMTC.

**(11) Nội tiết tránh thai**

- Thuốc viên tránh thai kết hợp uống liên tục; hoặc miếng dán estrogen/ progestin có hiệu quả giảm thống kinh, giảm giao hợp đau, giảm đau vùng chậu mạn tính và ngừa thai.
- Có thể xem xét kê toa thuốc ngừa thai nội tiết kết hợp theo chu kỳ hoặc liên tục, không dùng quá 3 tháng nếu không giảm đau. Nếu sử dụng nội tiết tránh thai không giảm đau được cho bệnh nhân, chuyển đổi liệu pháp sử dụng Dienogest có thể được xem xét.
  + Nội tiết tránh thai có hiệu quả giảm đau bụng kinh, giao hợp đau do LNMTC
  + Nội tiết tránh thai ít hiệu quả giảm đau trong LNMTC lạc chỗ (phúc mạc, LNMTC sâu).

**(12) Điều trị nội khoa giảm đau bước 2:**

- Chỉ định trong trường hợp điều trị nội khoa giảm đau bước 1 không hiệu quả.

**(13) Dienogest**

- Dienogest là progestins được chứng minh hiệu quả giảm đau trong LNMTC và được đánh giá là điều trị đặc hiệu giảm đau trong LNMTC bao gồm đau vùng chậu, giao hợp đau.
- Dienogest với liều 2mg/ngày hiệu quả giảm đau tương đương thuốc đồng vận GnRH nhưng ít tác dụng phụ gây bốc hỏa và không ảnh hưởng đến mật độ khoáng xương khi sử dụng lâu dài.
- Dienogest có thể được sử dụng lâu dài (liên tục hoặc ngắt quãng) để đạt hiệu quả giảm đau và giảm tái phát lâu dài cho bệnh nhân.
- Dienogest có thể được sử dụng để giảm đau trên lứa tuổi vị thành niên bị LNMTC.

**(14) LNG-IUS**

Dụng cụ tử cung chứa Levonorgestrel có thể là một lựa chọn giảm đau trong lạc nội mạc tử cung.

**(15) 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 đầy đủ về hiệu quả và tính an toàn khi sử dụng đồng vận GnRH để giảm đau khi sử dụng trên 6 tháng.

- Liệu pháp bổ trợ (add- back) 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 các phụ nữ 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.

**(16) Lựa chọn khác**:

- Danazol và anti-progestagens (gestrinone), medroxyprogesterone acetat chỉ sử dụng khi các liệu pháp trên thất bại.

**(17) Điều trị phẫu thuật để giảm đau**

- Chỉ định điều trị phẫu thuật khi:
  + Thất bại với tất cả các điều trị nội khoa
  + LNMTC 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 ưu tiên lựa chọn vì là phẫu thuật ít xâm lấn nên bệnh nhân ít đau sau mổ, nằm viện ngắn ngày, hồi phục nhanh, có tính thẩm mỹ...

**(18)Theo dõi/điều trị dự phòng tái phát — Thăm khám phụ khoa định kì**

- LNMTC là bệnh lý mạn tính, bệnh nhân LNMTC nên được biết trước về nguy cơ tái phát bệnh để phối hợp với bác sĩ điều trị về kế hoạch điều trị lâu dài giảm tái phát, thăm khám và theo dõi định kì.
- Điều trị nhằm ngăn ngừa tái phát đau hay tái phát LNMTC kéo dài trên 6 tháng, là điều trị dự phòng cấp 2 sau phẫu thuật.
- Dữ liệu y văn ghi nhận đặt dụng cụ tử cung có Levonorgestrel, Dienogest ít nhất 18 -24 tháng sau phẫu thuật điều trị đau, là một trong các biện pháp dự phòng cấp 2 tái phát đau do LNMTC.
- Chọn lựa điều trị (liên tục hoặc ngắt quãng) tuỳ thuộc nguyện vọng người bệnh, chi phí điều trị, khả năng sẵn có và tác dụng phụ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Hội Y học sinh sản Hoa kỳ (ASRM - American Society for Reproductive Medicine). Fertility and Sterility® Vol. 101, No. 4, April 2014
2. Leyland N et al. SOGC Clinical Practice Guideline. Endometriosis and Management. J Obstet Gynecol Canada Volume 32, Number 7. Hội các nhà Sản phụ khoa Canada (SCOG – Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada)
3. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Hooghe TD, Bie B De, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis †. Hum Reprod. 2014;29(3):400–12.
4. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2014;(3).
5. Reproductive TPC of the AS for. Endometriosis and infertility: a committee opinion. Fertil Steril [Internet]. 2012;98(3):591–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.031
6. Subramaniam, R, SInthamoney E, Damodaran P, Kumarasamy S SWT. Management of Endometriosis. http://www.ogsm.org.my/docs/Endometriosis-guideline.pdf. 2016.
7. Committee F endometriosis. FOGSI GOOD CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS ON Theme: Enigmatic Disease - Educate Empower and Eradicate Editorial grant from Jagsonpal GOOD CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS ON Convener: 2016.
8. Rogers PAW, Hooghe TMD, Fazleabas A, Giudice LC, Montgomery GW, Petraglia F, et al. Defining Future Directions for Endometriosis Research: Workshop Report From the 2011 World Congress of Endometriosis in Montpellier, France. Reprod Sci. 2013;20(5):483–99.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis. www.nice.org.uk. 2019.
10. Saridogan E, Becker CM, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Keckstein J, et al. Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: Hum Reprod. 2017;1–6.
11. Health AGD of. NATIONAL ACTION PLAN. 2018.
12. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classi fi cation of endometriosis. Hum Reprod. 2017;32(2):315–24.
13. U. Ulrich OB. National German Guideline (S2k) Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470398/. 2014. p. 1014–118.
14. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod. 2013;28(6):1552–68.

15. SASREG Committee. SOUTH AFRICAN GUIDELINE FOR TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS. Vol. 29, https://sasreg.co.za/downloads/Treatment-of-Endometriosis.pdf. 2017.

16. Vitonis AF, Fassbender A, Ph D, Louis MB, Ph D, Hummelshoj L. Foundation Endometriosis Phenome and biobanking harmonization project: II. Clinical and covariate phenotype data collection in endometriosis research. Fertil Steril. 2014;102(5):1223–32.

17. Dijk LJEW Van, Nelen WLDM, Hooghe TMD, Dunselman GAJ, Hermens RPMG, Bergh C, et al. The European Society of Human Reproduction and Embryology guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis: an electronic guideline implementability appraisal. Implement Sci [Internet]. 2011;6(1):7. Available from: http://www.implementationscience.com/content/6/1/7

18. Hwang H, Chung Y, Lee SR, Park H, Song J, Kim H, et al. Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. Obs Gynecol Sci. 2018;61(5):553–64.

19. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. www.nice.org.uk. 2019.

20. Society A, Reproductive FOR, Informacion SDE, Pacientes P. Endometriosis. www.asrm.org. 2017.

21. Guerriero S, Condous G, Bosch TVANDEN, Valentin L, Leone FPG, Martins WP. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. Ultrasound Obs Gynecol. 2016; 48:318–32.

22. Bertero C, Edelstam G, Kjer JJ, Melin AS, Rhodin A VL. Endometriosis Diagnosis, treatment and patient experiences. https://www.sbu.se/contentassets/35858a6d8b2847b1b3839198f8c6618a/endometriosis_summary_2018.pdf. 2018.

23. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, Kinkel K, Cunha TM, Guerra A. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. Eur Radiol. 2017; 27:2765–75.

24. NHS England. NHS standard contract for complex gynaecology- severe endometriosis. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/08/Complex-gynaecology-severe-endometriosis.pdf. 2013.

25. Jayaprakasa K, Becker C MM. The Effect of Surgery for Endometriomas on Fertility. BJOG. 2017;125(55):19–28.

26. ASRM TPC of the. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Fertil Steril. 2014;101(4):927–35.

27. Casper RF et al. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. Fertil Steril. 2017 Mar;107(3):533-536.