

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ETIOLOGIES OF POSTMENOPAUSAL BLEEDING IN WOMEN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vu Van Du^{1,2}, Le Thi Ngoc Huong¹, Tran Thi Hang^{2*}

¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Ha Noi, Vietnam

²VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 20/01/2026

Revised: 20/02/2026; Accepted: 23/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and identify causes of postmenopausal bleeding in women at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Materials and Methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 165 postmenopausal women presenting with vaginal bleeding at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from February 2025 to July 2025.

Results: The mean age was 62.4 ± 8.65 years. Most patients presented with light or spotting bleeding (83.0%), 64.8% were asymptomatic. On ultrasound, the mean endometrial thickness was 8.72 ± 6.34 mm; with hyperechoic intrauterine masses being the most common finding (18.2%). Histopathology from endometrial aspiration revealed benign lesions in 71.85% of cases. Benign etiologies accounted for 74.6%, with genital atrophy being the most frequent (27.9%), endometrial cancer was detected in 23%. Factors associated with malignant etiology included recurrent bleeding, purulent discharge, endometrial thickness >10 mm, loss of the endometrial-myometrial junction, and hyperechoic intrauterine mass ($p < 0.05$).

Conclusion: Postmenopausal bleeding is primarily caused by benign conditions; however, the prevalence of endometrial cancer remains high. Combining clinical examination with ultrasound and histopathology plays a crucial role in the diagnosis and management orientation of these patients.

Keywords: Postmenopausal bleeding, endometrial cancer, histopathology.

*Corresponding author

Email: tranhang11123@gmail.com Phone: (+84) 395889888 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3052>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN Ở PHỤ NỮ RA MÁU SAU MÃN KINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Du^{1,2}, Lê Thị Ngọc Hương¹, Trần Thị Hằng^{2*}

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương – 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội – 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 27/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số nguyên nhân ở phụ nữ ra máu sau mãn kinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 165 phụ nữ mãn kinh bị ra máu đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 02 năm 2025 đến tháng 07 năm 2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $62,4 \pm 8,65$. Đa số có biểu hiện ra máu ít hoặc thấm giọt (83,0%), 64,8% không có triệu chứng kèm theo. Trên siêu âm, độ dày niêm mạc trung bình $8,72 \pm 6,34$ mm, thường gặp nhất là khối đậm âm buồng tử cung (18,2%). Mô học hút buồng tử cung, tổn thương lành tính chiếm 71,85%. Nguyên nhân lành tính chiếm 74,5% với viêm teo cơ quan sinh dục là gặp nhiều nhất (27,9%), có tới 23% trường hợp ung thư niêm mạc tử cung. Yếu tố liên quan nguyên nhân ác tính: ra máu tái phát, ra máu lẫn mủ, NMTC >10 mm, mất ranh giới với cơ tử cung và khối đậm âm BTC ($p < 0,05$).

Kết luận: Ra máu sau mãn kinh với nguyên nhân chủ yếu lành tính, tuy nhiên tỷ lệ ung thư niêm mạc tử cung vẫn cao, việc phối hợp thăm khám lâm sàng với siêu âm và mô bệnh học đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và định hướng xử trí.

Từ khóa: Ra máu sau mãn kinh, ung thư niêm mạc tử cung, giải phẫu bệnh lý.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp không chỉ là một bệnh khớp viêm mạn tính mà còn là một bệnh lý tự miễn điển hình gây tổn thương tại khớp và ảnh hưởng đến nhiều cơ quan và hệ thống [5]. Thiếu máu là biến chứng huyết học thường gặp nhất của bệnh, chiếm khoảng 30-70% tổng số bệnh nhân [2]. Nguyên nhân thiếu máu trong VKDT chủ yếu liên quan đến tình trạng viêm mạn tính, thiếu sắt hoặc tác dụng phụ của thuốc điều trị [6]. Các thuốc chống viêm không steroid và glucocorticoid được sử dụng phổ biến ở bệnh nhân VKDT, song có thể gây tổn thương dạ dày – tá tràng như viêm, loét hoặc xuất huyết, từ đó làm nặng thêm tình trạng thiếu máu. Tổn thương dạ dày – tá tràng, thiếu máu và viêm khớp dạng thấp có mối liên quan chặt chẽ, tác động qua lại lẫn nhau trong một “vòng xoắn bệnh lý”.

Một số nghiên cứu trong và ngoài nước đã đề cập riêng lẻ đến đặc điểm thiếu máu hoặc tổn thương dạ dày – tá tràng ở bệnh nhân VKDT nhưng chưa có nghiên cứu nào phân tích đồng thời cả hai vấn đề này trong cùng một quần thể bệnh nhân. Tại Thái Nguyên số lượng bệnh nhân viêm khớp dạng thấp điều trị tại các cơ sở y tế chiếm một tỷ lệ đáng kể, tình trạng thiếu máu ở các bệnh nhân này cũng khá phổ biến nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách toàn diện về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương dạ dày – tá tràng cũng như mối liên quan của

chúng. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng ở bệnh nhân VKDT có thiếu máu điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và bệnh viện A Thái Nguyên.*

2. *Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng với tình trạng thiếu máu và hoạt động bệnh ở các đối tượng tham gia nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 165 phụ nữ mãn kinh bị ra máu đến khám tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 02 năm 2025 đến tháng 07 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Phụ nữ được chẩn đoán là mãn kinh theo tiêu chuẩn Bộ Y tế, từ 45 tuổi trở lên.

Được chẩn đoán ra máu âm đạo và được chỉ định cận lâm sàng như siêu âm, sinh thiết NMTC.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: tranhang11123@gmail.com Điện thoại: (+84) 395889888 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3055>

Tiêu chuẩn loại trừ:

Mãn kinh do nguyên nhân: cắt tử cung, cắt buồng trứng 2 bên hoặc hóa – xạ trị.

Đã hoặc đang điều trị ung thư đường sinh dục.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu được 165 đối tượng.

Quy trình chẩn đoán:

- Khám lâm sàng + siêu âm tử cung phần phụ

→ Chỉ định hút BTC trường hợp ra máu tái phát hoặc NMTC > 4mm. Xoắn polyp CTC gửi GPBL trường hợp có polyp CTC.

- Nếu kết quả mô học hút BTC không phù hợp lâm sàng hoặc hình ảnh học, chỉ định soi BTC hoặc cắt tử cung sau khi tư vấn bệnh nhân. → Chẩn đoán xác định.

2.3 Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		N	Tỷ lệ (%)
Tính chất ra máu	Ít, thấm giọt	137	83,0
	Ra máu lẫn mủ	8	4,8
	Tái phát, dai dẳng	66	40,0
Triệu chứng khác	Không	107	64,8
	Thiếu máu	3	1,8
	Đau bụng	9	5,5
	Viêm teo niêm mạc chảy máu	13	7,9
	Polyp cổ tử cung	11	6,7
	Tử cung to hơn bình thường	23	13,9
Tuổi () Min - Max		62,4 ± 8,65 48 - 85	

Phần lớn không có triệu chứng khác ngoài ra máu âm đạo (64,8%).

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm tử cung phần phụ

Đặc điểm siêu âm		N	Tỷ lệ (%)
Độ dày NMTC (mm)	≤ 4	47	28,5
	(4 – 10]	72	43,6
	(10 – 20]	36	21,8
	> 20	10	6,1
	Trung bình	8,72 ± 6,34	
Cấu trúc	Không phát hiện	89	53,9
	Khối đậm âm BTC	30	18,2
	Polyp BTC	7	4,2
	U xơ dưới niêm mạc	4	2,4
	NMTC bờ không đều, mất ranh giới cơ tử cung	11	6,7
	Dịch BTC	24	14,5

Độ dày NMTC trung bình là 8,72 ± 6,34 mm.

Khối đậm âm trong buồng tử cung (18,2%).

Bảng 3. Kết quả GPBL

GPBL hút BTC			
		N (n=135)	Tỷ lệ (%)
Nhóm lành tính	Bệnh phẩm ít, không đọc được	2	1,5
	Không phát hiện tế bào bất thường	39	28,9
	NMTC viêm, teo	18	13,3
	Polyp lành tính	8	5,9
	NMTC tăng sinh/ chế tiết	6	4,4
	Quá sản NMTC điển hình	24	17,8
	Tổng	97	71,85
Nhóm ác tính	Quá sản NMTC không điển hình	2	1,5
	Ung thư NMTC	36	26,7
	Tổng	38	28,15
GPBL soi BTC			
		N (n=23)	Tỷ lệ (%)
Không phát hiện tế bào bất thường		8	34,8
Polyp lành tính		13	56,8
U xơ tử cung		2	8,7
GPBL xoắn polyp cổ tử cung			
		N (n=11)	Tỷ lệ (%)
Polyp cổ tử cung lành tính		9	81,8
Tế bào biểu mô		1	9,1
Ung thư cổ tử cung		1	9,1

Ung thư NMTC trong kết quả GPBL nhóm hút BTC (26,7%).

Trong 23 trường hợp soi BTC polyp chiếm tỷ lệ 56,8%

Bảng 4. Nguyên nhân ra máu sau mãn kinh

Các nguyên nhân		N (n= 165)	Tỷ lệ (%)
Nhóm nguyên nhân lành tính (n=123)	Viêm teo cơ quan sinh dục	46	27,9
	Polyp BTC lành tính	22	13,3
	Polyp cổ tử cung lành tính	9	5,5
	U xơ dưới niêm mạc	4	2,4
	Quá sản NMTC điển hình	24	14,5
	Nguyên nhân lành tính khác	18	10,9
	Tổng	123	74,5
Nhóm nguyên nhân ác tính (n=42)	Quá sản NMTC không điển hình	2	1,2
	Ung thư NMTC	38	23,0
	Ung thư/Tiền ung thư cổ tử cung	2	1,2
	Tổng	42	25,5

74,5% là nguyên nhân lành tính với viêm teo cơ quan sinh dục chiếm 27,9%. Các nguyên nhân ác tính chiếm một phần đáng kể (25,5%), trong đó 23,0% là ung thư NMTC.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến nguyên nhân ra máu

Yếu tố nguy cơ	Nguyên nhân lành tính		Nguyên nhân ác tính		P
	N (n=123)	Tỷ lệ (%)	N (n=42)	Tỷ lệ (%)	
Ra máu tái phát	41	33,3	25	59,5	0,004*
Ra máu lẫn mủ	3	2,4	5	11,9	0,026**
Tử cung to	6	4,9	17	40,5	<0,001*
NMTC mất ranh giới với cơ	0	0	11	27,5	<0,001**
Khối đậm âm BTC	19	15,4	11	27,5	<0,001*
NMTC ≤ 4 mm	41	33,3	3	7,5	0,001**
NMTC > 10 mm	25	20,3	21	52,5	<0,001*

* Chi-Square test

** Fisher's exact test

Nguyên nhân ác tính thường có đặc điểm ra máu tái phát và ra máu lẫn mủ ($p < 0,05$). NMTC dày ≤ 4 mm có ý nghĩa tiên lượng nguyên nhân lành tính ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm phụ nữ ra máu sau mãn kinh trong nghiên cứu của chúng tôi là $62,49 \pm 8,65$. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyên Hoa Hồng (2021), với tuổi trung bình $63 \pm 6,59$ [6]. Tính chất ra máu âm đạo ít hoặc thấm giọt (83,0%). Trong số các triệu chứng lâm sàng, tử cung to là triệu chứng thường gặp nhất (13,9%). Viêm teo niêm mạc âm hộ, âm đạo, cổ tử cung chảy máu chiếm 7,3%. Đau bụng (5,5%), polyp cổ tử cung (6,7%) và thiếu máu (1,8%) gặp với tỷ lệ thấp. 64,8% không có triệu chứng thực thể khác. So với nghiên cứu của Shailja Talwar (2024), tử cung to (36,7%) và viêm teo âm đạo chảy máu cao hơn đáng kể (22,5%) [7].

Trong nghiên cứu nhóm NMTC ≤ 4 mm chiếm 28,5% và có 6,1% trường hợp độ dày NMTC > 20 mm, đây là nhóm nguy cơ cao với quá sản hoặc ung thư NMTC. Độ dày NMTC trung bình là $8,72 \pm 6,34$ mm. Các báo cáo về siêu âm qua ngã âm đạo cho thấy độ dày NMTC ≤ 4-5 mm ở phụ nữ bị ra máu sau mãn kinh giúp loại trừ ung thư NMTC một cách đáng tin cậy. Trong các trường hợp có tổn thương, khối đậm âm BTC là hình ảnh phổ biến nhất (18,2%). Các bất thường khác như NMTC không đều hoặc mất ranh giới cơ tử cung (6,7%), polyp BTC (4,2%) và u xơ dưới niêm mạc (2,4%) ít gặp hơn. So sánh với các nghiên cứu, tỷ lệ phát hiện khối đậm âm trong nghiên cứu của Nguyễn Hoa Hồng (2021) là 30,5%, Trần Thị Phương Mai (2019) là 11,2% [6], [8].

Trong 165 đối tượng tham gia nghiên cứu, 135 trường hợp hút buồng tử cung, 23 trường hợp soi buồng tử cung và 11 trường hợp xoắn polyp cổ tử cung gửi giải phẫu bệnh lý. Kết quả GPBL trong 135 trường hợp được hút BTC cho

thấy phần lớn các trường hợp có nguyên nhân lành tính (71,85%), bao gồm không phát hiện tế bào bất thường (28,9%), viêm teo NMTC (13,3%) và quá sản điển hình NMTC (17,8%). Polyp lành tính chiếm 5,2%, trong khi 1,5% mẫu không đủ tiêu chuẩn đọc kết quả, ung thư NMTC chiếm tỷ lệ tương đối cao (26,7%). Đáng chú ý, trong 29 mẫu hút BTC không phát hiện tế bào bất thường, có 4 trường hợp vẫn nghi ngờ dựa trên đặc điểm lâm sàng ra máu tái phát và hình ảnh học không phù hợp, khi đối chiếu với kết quả mô học soi BTC và cắt tử cung sau đó 2 trường hợp là ung thư NMTC và 2 trường hợp là polyp BTC. Điều này cho thấy hút buồng tử cung dù có giá trị chẩn đoán cao nhưng vẫn có thể bỏ sót tổn thương khu trú. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong 23 trường hợp được soi BTC, polyp BTC chiếm tỷ lệ 56,8%, trong khi u xơ dưới niêm mạc chiếm 8,7%. Kết quả giải phẫu bệnh lý hoàn toàn trùng khớp với hình ảnh khi soi BTC, khẳng định giá trị của soi BTC trong chẩn đoán và xử trí các tổn thương khu trú BTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong 11 trường hợp xoắn polyp cổ tử cung gửi GPBL, phát hiện 81,1% trường hợp polyp lành tính và 9,1% ung thư cổ tử cung.

Nguyên nhân dẫn đến ra máu sau mãn kinh là rất đa dạng và phần lớn là lành tính, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi có tới 74,5% nguyên nhân là lành tính, trong đó chủ yếu là viêm teo cơ quan sinh dục (27,9%), tiếp theo là quá sản NMTC điển hình (14,5%) và polyp buồng tử cung lành tính (13,3%). Nguyên nhân lành tính khác chiếm 10,9% bao gồm các trường hợp không phát hiện tổn thương bất thường khi thăm khám và kết quả GPBL lành tính hoặc không đọc được (do không đủ mẫu). Tuy nhiên, nhóm nguyên nhân ác tính vẫn chiếm tỷ lệ khá cao (25,5%) và cụ thể ung thư NMTC chiếm tới 23,0%. Kết quả này cho thấy cần cảnh giác cao với mọi trường hợp ra máu sau mãn kinh và việc loại trừ nguyên nhân ác tính là cần thiết. Với đặc điểm là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối khiến cho tỷ lệ nguyên nhân bệnh lý ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao.

Ra máu tái phát, dai dẳng và ra máu lẫn mủ, tử cung to cũng liên quan chặt chẽ với tổn thương ác tính ($p < 0,05$). Các đặc điểm trên siêu âm như NMTC mất ranh giới với cơ tử cung và hình ảnh khối đậm âm BTC gặp nhiều ở nhóm ác tính ($p < 0,001$). NMTC dày ≤ 4 mm thường gặp ở nhóm lành tính ($p = 0,001$), trong khi độ dày > 10 mm liên quan nguy cơ ác tính ($p < 0,001$).

5. KẾT LUẬN

Phần lớn phụ nữ ra máu sau mãn kinh thường có biểu hiện lâm sàng nghèo nàn Hút buồng tử cung có giá trị chẩn đoán cao nhưng có thể bỏ sót tổn thương khu trú; vì vậy, soi buồng tử cung được xem là tiêu chuẩn vàng trong phát hiện tổn thương này. Mặc dù đa số nguyên nhân lành tính (74,5%), tỷ lệ ác tính vẫn đáng kể (25,5%), cần được tầm soát để loại trừ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y Tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - Nội dung chăm sóc sức khỏe sinh sản phụ nữ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh. Số: 3793/QĐ-BYT. 2024.

- [2] Sung S, Carlson K, Abramovitz A. Postmenopausal Bleeding. StatPearls Publishing; 2023.
- [3] ACOG Committee Opinion No. 734. ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol.* 2018 May;131(5):e124–9.
- [4] Ring KL, Mills AM, Modesitt SC. Endometrial Hyperplasia. *Obstet Gynecol.* 2022 Dec 1;140(6):1061–75.
- [5] Clarke MA, Long BJ, Del Mar Morillo A, Arbyn M, Bakkum-Gamez JN, Wentzensen N. Association of Endometrial Cancer Risk With Postmenopausal Bleeding in Women. *JAMA Intern Med.* 2018 Sept;178(9):1210–22.
- [6] Nguyen HH, Ha L, Tran NN. The risk of endometrial (pre)malignancy in women having postmenopausal uterine bleeding at Tu Du Hospital. *MedPharmRes.* 2021;5(3):21–6.
- [7] Talwar S, Kaur H, Tapasvi I, Nibhoria S. Clinical and Histopathological Characteristics in Women With Postmenopausal Bleeding: A Study of 120 Women in a Tertiary Care Hospital in Punjab. *Cureus.* 2024;16(1):e51690.
- [8] Mai TTP, Nga PTT, Ly HP. Nhận xét kết quả mô bệnh học hút buồng tử cung ở bệnh nhân mãn kinh ra máu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2019 Sept 1;16(3):56–61.