

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là một phẫu thuật phổ biến trong phụ khoa¹. Tỷ lệ cắt tử cung dao động 6,1 - 8,6/1.000 phụ nữ, với 75% thuộc nhóm 20 - 49 tuổi và thay đổi tùy thuộc vào tuổi, chủng tộc, điều kiện kinh tế - xã hội, trình độ...^{2,3,4,5}. Tại Mỹ, số phẫu thuật cắt tử cung tăng dần qua mỗi 20 năm 1965, 1985, 2005, lần lượt là 426.000, 724.000, 824.000². Nguyên nhân hay gặp trong cắt tử cung là u xơ tử cung (UXTC) có kèm biến chứng rong kinh, băng kinh, u chèn ép...^{6,7}.

Có ba phương pháp phẫu thuật cắt tử cung là phẫu thuật qua đường âm đạo, qua đường bụng và qua nội soi^{2,8,9,10}. Phẫu thuật cắt tử cung đường bụng có ưu điểm là dễ hình dung, dễ đào tạo, nhưng gây tổn thương rộng ở thành bụng, gây đau và tăng nguy cơ dính¹¹. Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo có ưu điểm là không để lại sẹo bên ngoài, nhưng khó khi khối u tử cung to, khi hai phần dính...¹². Hiện nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) phát triển, được ứng dụng trong nhiều chuyên ngành¹³. Trong lĩnh vực phụ khoa, PTNS cắt tử cung hoàn toàn (TCHT) đã phát triển và được nhiều nơi chỉ định do khắc phục được một số vấn đề của hai phương pháp phẫu thuật cắt tử cung qua đường bụng và qua đường âm đạo^{14,15,16,17}. Ưu điểm của PTNS được ghi nhận là ít đau do không phải cắt rộng thành bụng, ít sử dụng kháng sinh do không phơi phức mạc ra môi trường, nhanh hồi phục, rút ngắn thời gian nằm viện, được người bệnh chấp nhận. Bên cạnh những ưu điểm thì PTNS cũng có những hạn chế như phẫu thuật viên phải được huấn luyện tốt, trang thiết bị phức tạp, đắt tiền và chi phí phẫu thuật còn ở mức cao¹⁸.

Tại Việt Nam, PTNS cắt TCHT được ứng dụng và thành công tại nhiều cơ sở y tế, đi đầu là Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Bệnh viện Từ Dũ... Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (BVPSHN) áp dụng PTNS từ năm 1998. Phẫu thuật này ngày càng được triển khai rộng cả về lượng và chất. Với mong

muốn nhìn lại kết quả PTNS cắt TCHT áp dụng đúng theo Hướng dẫn Quốc gia về các Dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản do Bộ Y tế ban hành năm 2016 và phân nào rút ra kinh nghiệm sau một thời gian triển khai rộng, đề tài **“Nhận xét kết quả nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội”** được đăng ký với 2 mục tiêu:

- 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh bị u xơ tử cung có chỉ định nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.*
- 2. Nhận xét kết quả phẫu thuật của các trường hợp nêu trên.*

Chương 1

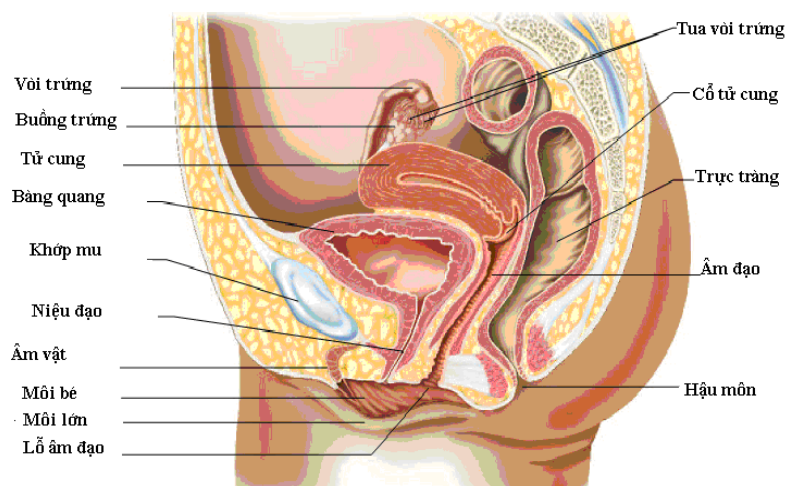
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TỬ CUNG VÀ BỆNH HỌC U XƠ TỬ CUNG

1.1.1. Một số đặc điểm giải phẫu tử cung

1.1.1.1. Vị trí, kích thước, trọng lượng, tư thế tử cung

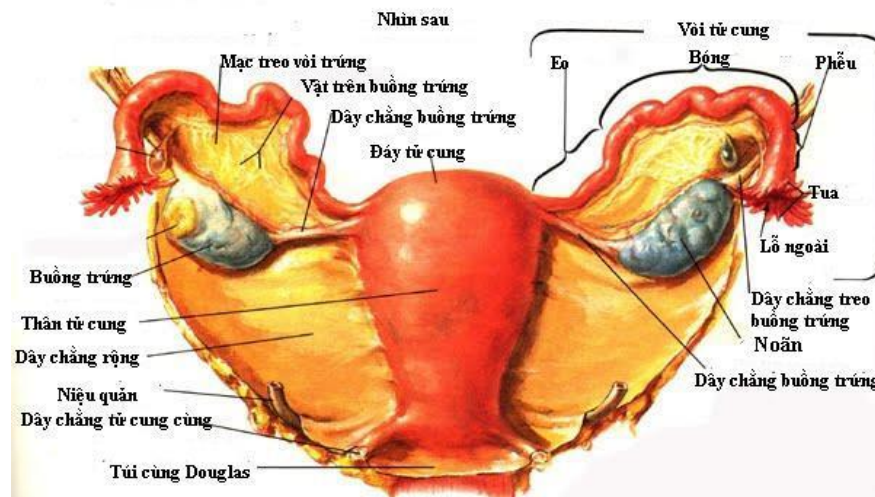
- Tử cung là một khối cơ trơn rỗng, nằm trong khoang chậu hông dưới phúc mạc, giữa bàng quang và trực tràng ¹⁹.
- Kích thước trung bình: cao 6 - 7cm, rộng 4 - 4,5cm, dày 2 - 3cm.
- Nặng trung bình từ 40 - 50 gam ở người chưa đẻ và khoảng 60 - 80 gam với người đã sinh con.
- Tư thế bình thường của tử cung là gấp và ngả trước.
- Ngoài ra tử cung có thể có một số tư thế bất thường: ngả sau, ngả trước hoặc lệch trái, lệch phải...



Hình 1.1. Tử cung trong tiểu khung ²⁰.

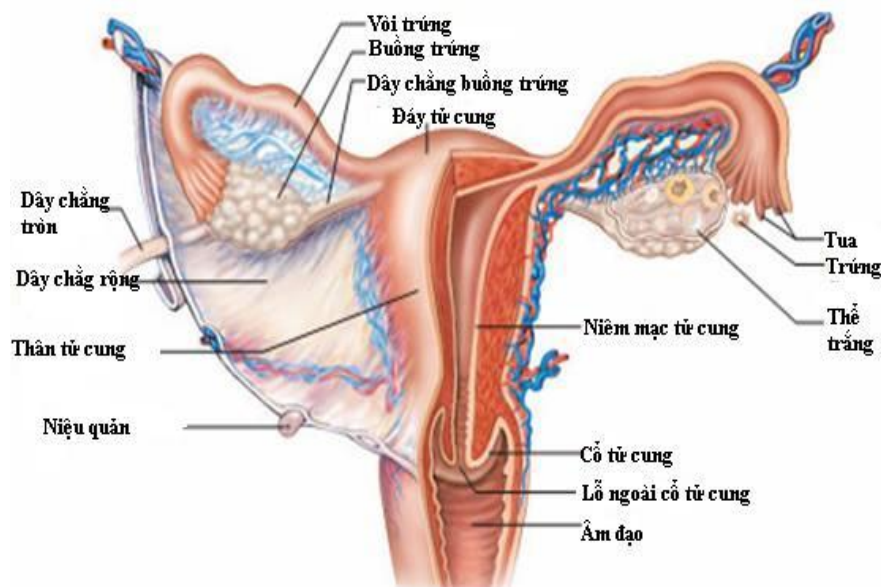
1.1.1.2. Hình thể và liên quan của tử cung

- * Hình thể: tử cung hình nón cụt, rộng và dẹt ở trên, hẹp và tròn ở dưới. Gồm ba phần: thân, eo và cổ tử cung.



*Hình 1.2. Tủ cung nhìn từ phía sau*²¹.

- Thân tử cung có hình thang, rộng ở trên gọi là đáy, có hai sừng hai bên. Sừng là chỗ mà vòi trứng chạy vào tử cung đồng thời là nơi bám của dây chằng tử cung buồng trứng và dây chằng tròn. Thân tử cung dài 4cm, rộng 4,5cm lúc chưa đẻ và từ 5 - 5,5cm khi đã đẻ.



Hình 1.3. Hình thể trong tử cung, vòi trứng và buồng trứng²⁰.

- Eo tử cung: là đoạn thắt nhỏ, dài 0,5cm, nằm giữa thân ở trên và cổ ở dưới, phía trước có phúc mạc phủ lỏng lẻo, liên quan với đáy túi cùng bàng quang - tử cung và mặt sau bàng quang.

- Cổ tử cung: dài 2,5cm, rộng 2,5cm. Khi đẻ nhiều cổ tử cung co ngắn lại. âm đạo bám vào cổ tử cung: thành trước nhiều hơn, theo đường chéo xuống dưới và ra trước nên ở phía sau túi cùng sau âm đạo sâu hơn túi cùng trước.

* Liên quan: gồm hai phần trên âm đạo và trong âm đạo^{1 22}:

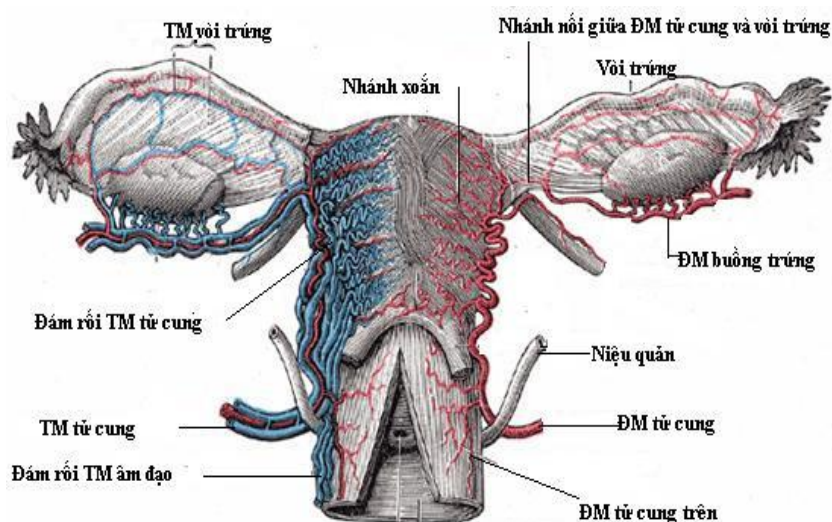
1.1.1.3. Phương tiện giữ tử cung

- Tử cung được giữ tại chỗ nhờ: các dây chằng giữ tử cung, sự bám của âm đạo vào cổ tử cung và tư thế của tử cung¹⁹.

- Các dây chằng giữ tử cung: dây chằng rộng, dây chằng tròn, dây chằng tử cung - cùng. Các dây chằng này là các nếp phúc mạc, bản thân chúng ít tác dụng giữ tử cung mà chính là do các tổ chức dưới phúc mạc đến trợ lực, tổ chức này ở ngoài dây chằng hoặc ở giữa hai lá của dây chằng²².

1.1.1.4. Mạch máu, thần kinh

- Động mạch: động mạch tử cung là nhánh của động mạch hạ vị, có thể tách cùng một thân với động mạch thẹn trong hoặc tách từ động mạch thẹn trong. Động mạch tử cung dài từ 13 - 15cm, cong queo, lúc đầu chạy ở thành bên chậu hông, sau dây chằng rộng rồi chạy ngang ở eo tử cung sau cùng quặt lên trên và chạy dọc bờ bên tử cung để rồi tạt ngang ra dưới vòi trứng và tiếp nối với động mạch buồng trứng.



Hình 1.4. Mạch máu tử cung²⁰.

- Tĩnh mạch: có hai đường.
 - + Đường nông chạy theo động mạch tử cung, cùng với động mạch bắt chéo mặt trước niệu quản, dẫn máu từ bàng quang.
 - + Đường sâu, quan trọng hơn, đi sau niệu quản, nhận máu của bàng quang, âm đạo và cả của đám rối tĩnh mạch Santorini.
- Bạch mạch: chỉ chít thành một mạng ở nền dây chằng rộng, phía trong chỗ bắt chéo của động mạch tử cung và niệu quản, có đường chính chung và các đường phụ riêng cho cổ và cho thân tử cung. Bạch mạch ở cổ và thân tử cung tạo ra một cung viền bạch mạch dọc theo bờ tử cung và thông với nhau ở chỗ tiếp giáp giữa cổ và thân tử cung
 - Thần kinh: chi phối tử cung tách ra từ các sợi ở đám rối tử cung - âm đạo (đám rối này gồm các sợi giao cảm và phó giao cảm tách từ đám rối hạ vị) có tác dụng chi phối vận động và cảm giác. Các sợi thần kinh đi theo dây chằng tử cung - cùng tới chi phối cho tử cung^{19,23,20}.

1.1.2. Sinh bệnh học u xơ tử cung

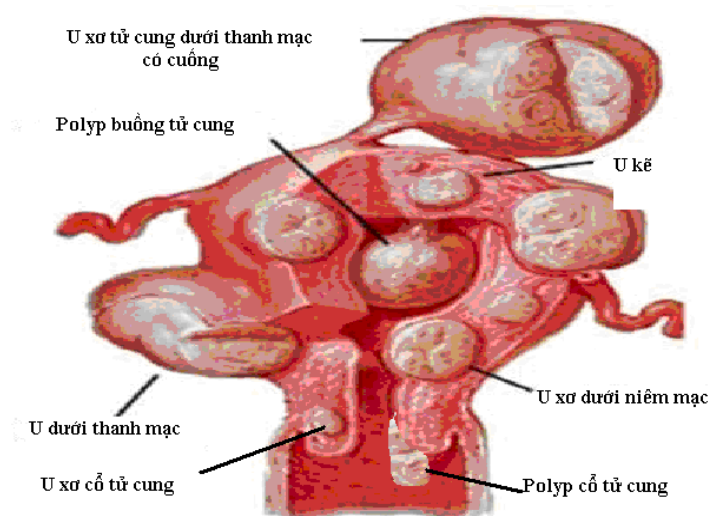
- UXTC hay u xơ cơ tử cung là những khối u lành tính của lớp cơ tử cung, là bệnh khá phổ biến ở phụ nữ. Thường gặp ở phụ nữ từ 35 - 50 tuổi, đến giai đoạn mãn kinh thường u ngừng phát triển, teo lại và xơ hóa. U không xuất hiện sau tuổi mãn kinh.
- UXTC có sự phụ thuộc vào estrogen, hiếm gặp UXTC ở độ tuổi trước có kinh và ít khi phát triển hoặc to lên sau khi mãn kinh nếu không có sự kích thích của yếu tố ngoại sinh estrogen. UXTC to lên nhanh và đạt kích thước lớn trong quá trình mang thai hoặc khi dùng liều cao, kéo dài thuốc tránh thai chứa estrogen. Có liên quan với sự tăng sản niêm mạc tử cung, chu kỳ phóng noãn và u tế bào hạt của buồng trứng. U xơ phát triển riêng lẻ, không có vỏ bọc.
- Sự thoái hóa u xơ diễn ra bên trong, bắt đầu từ sự thoái hóa nhầy (hyaline acellularity) trong tổ chức sợi và cơ tử cung. Sự calci hóa có thể xuất

hiện trong UXTC thoái hóa ở những phụ nữ sau mãn kinh mà một số tác giả gọi đó là “sỏi tử cung - *womb stone*”. Thoái hoá mỡ hiếm khi xuất hiện còn thoái hóa sarcoma xuất hiện với tỉ lệ $< 1/1000$...^{24,20}.

1.1.3. Mô bệnh học u xơ tử cung

1.1.3.1. Đại thể

UXTC tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ, không có vỏ, màu trắng ngà, mặt cắt có những thớ sợi. Đường kính thay đổi: từ 0,5 - 30cm hoặc to hơn. Thường có nhiều u trên một tử cung và làm cho tử cung biến dạng. U nằm ở mọi vị trí của tử cung^{20,26}.



Hình 1.5. Vị trí UXTC²⁵.

1.1.3.2. Vi thể

- U cơ trơn tử cung điển hình: gồm nhiều tế bào cơ trơn hợp thành bó đan vào nhau tạo hình xoáy ốc. Cấu trúc có khi bị tách rẽ do phù, chảy máu, hoại tử, calci hóa. Có thể gặp tình trạng xơ hóa, mô xơ thay thế các tế bào sợi cơ bị teo đi, gọi là u xơ cơ trơn.

- Hình ảnh vi thể hiếm gặp: U cơ trơn tế bào; U cơ trơn tế bào kỳ lạ; U cơ trơn tế bào sáng; U cơ trơn tế bào dạng biểu mô; U cơ trơn hình đám rối...²⁴.

1.1.4. Lâm sàng u xơ tử cung

1.1.4.1. Triệu chứng cơ năng:

Triệu chứng cơ năng phụ thuộc vào: vị trí, số lượng và kích thước u xơ.

* *Chảy máu bất thường tử cung*: là triệu chứng chính

- Rối loạn kinh nguyệt dưới các hình thái cường kinh, rong kinh... trường hợp chảy máu nhiều có thể dẫn đến băng kinh... rõ nhất ở u dưới niêm mạc rồi đến u kẽ, hầu như không gặp ở u dưới phúc mạc.

* *Đau hạ vị hoặc hố chậu*:

- Đau tức nặng, đau tăng khi đứng, khi mệt mỏi, giảm khi người bệnh nằm, khi nghỉ ngơi; đau tăng khi có kinh.

* *Triệu chứng chèn ép cơ quan lân cận*: do u to hoặc ở những vị trí đặc biệt: eo, cổ tử cung, túi cùng Douglas... có thể chèn ép các cơ quan lân cận như bàng quang, niệu đạo, trực tràng, niệu quản, tĩnh mạch chủ dưới... gây ra các rối loạn về đại, tiểu tiện... gây ứ niệu hoặc gây phù...

* *Khí hư âm đạo*: gặp trong u xơ dưới niêm mạc, khí hư trong loãng.

Còn gặp khí hư do viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung, viêm ống dẫn trứng phối hợp với UXTC.

* *Các triệu chứng cơ năng khác*:

- Khi u to: tự sờ thấy khối u hạ vị, u to lên chậm...

- Hiếm muộn, vô sinh, sảy thai liên tiếp...^{24,27,15,28}.

1.1.4.2. Triệu chứng thực thể:

* *Sờ ấn bụng*: khi bàng quang rỗng xác định được đáy tử cung khi u to, không xác định được cực dưới của khối u. Nếu tử cung to chiếm toàn ổ bụng cần gõ và làm dấu hiệu “sóng vỗ” chẩn đoán phân biệt với cổ chướng tự do toàn thể.

* *Đặt mỏ vịt âm đạo*: quan sát được u xơ cổ tử cung, u xơ dưới niêm mạc có cuống phát triển xuống âm đạo (polip).

* *Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng*: phát hiện và đánh giá tử cung về tư thế, kích thước, mật độ, bề mặt và sự di động. Kết quả thăm khám phụ thuộc vào vị trí, kích thước UXTC.

* *Thăm trực tràng*: đánh giá UXTC phát triển về phía sau, lồi vào túi cùng Douglas và phân biệt với u trực tràng.

1.1.4.3. Toàn thân:

* *Thiếu máu*: da xanh, niêm mạc nhợt, tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng trong những trường hợp rong kinh, rong huyết kéo dài gây thiếu máu nhược sắc.

* *Nhiễm khuẩn nếu u dưới niêm mạc hoại tử bội nhiễm hoặc khi có viêm buồng tử cung, viêm phần phụ kết hợp.*

1.1.4.4. Cận lâm sàng:

* *Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh*: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ..., cho biết vị trí, số lượng, kích thước u xơ, kích thước tử cung, độ dày niêm mạc tử cung và tình trạng mạch máu của tử cung...

Siêu âm là phương pháp thông dụng nhất.

* *Nội soi buồng tử cung (Hysteroscopy)*: chẩn đoán và xử trí u xơ dưới niêm mạc và khảo sát tình trạng buồng tử cung, 2 lỗ trong của vòi trứng...²⁹.

* *Chụp động mạch tử cung chọn lọc*: là phương pháp mới, khảo sát động mạch tử cung trước khi thực hiện tắc mạch điều trị UXTC.

1.1.5. Tiến triển và biến chứng

1.1.5.1. Tiến triển:

* 30% UXTC không triệu chứng. UXTC phát triển chậm và rất hiếm khi tiến triển thành ung thư...

* U nhỏ không gây triệu chứng đáng kể, người bệnh vẫn có thể có thai. Khi có thai, u thường to lên và mềm. Ngược lại, đến tuổi mãn kinh, u ngừng phát triển, nhỏ dần nhưng không mất hẳn^{24,27,11}.

1.1.5.2. Biến chứng của u xơ tử cung:

* Chảy máu: băng kinh hoặc băng huyết ảnh hưởng đến toàn thân, cần được xử trí cấp cứu. Chảy máu rỉ rả kéo dài qua nhiều chu kỳ kinh gây thiếu máu nhược sắc...

* Chèn ép cơ quan lân cận: chèn ép bàng quang, chèn ép trực tràng, chèn ép niệu quản, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới...

* Xoắn khối u dưới phúc mạc có cuống: đau hố chậu dữ dội kèm theo có biểu hiện kích thích phúc mạc: nôn, bụng chướng; khám thấy u nổi rõ gắn với tử cung, di động ấn đau.

* Nhiễm khuẩn: có thể nhiễm khuẩn tại u, thường gặp nhiễm khuẩn hoại tử u xơ dưới niêm mạc có cuống, viêm niêm mạc tử cung hoặc viêm ống dẫn trứng cấp và mãn: đau hạ vị, ra khí hư đục, hôi, có hội chứng nhiễm khuẩn...

* Thoái hoá lành tính: u xơ có thể bị biến đổi thoái hoá do rối loạn vận mạch, do nhiễm khuẩn, do lắng đọng calci...

* Thoái hoá ác tính (sarcomatous degeneration): Tỷ lệ rất thấp ($< 1/1000$). Sau tuổi mãn kinh nếu u to nhanh đột ngột cần nghĩ đến thoái hoá ác tính. Phải nạo sinh thiết niêm mạc tử cung chẩn đoán và phẫu thuật^{24,27,29}.

**** Biến chứng về sản khoa:***

- Trước khi mang thai: chậm có thai hoặc vô sinh do: cường estrogen làm biến đổi niêm mạc tử cung; rối loạn co bóp tử cung, ảnh hưởng tới sự di chuyển tinh trùng; vòi trứng bị chít hẹp đoạn eo và kẽ do khối u chèn ép...

- Khi có thai: tỷ lệ sảy thai cao do buồng tử cung bị u xơ chèn ép, mất cân bằng nội tiết. Khi tuổi thai lớn dễ gây thai kém phát triển, ngôi bất thường, đẻ non, ối vỡ non, ối vỡ sớm, rau tiền đạo...

- Khi chuyển dạ: gây rối loạn co bóp tử cung, u tiền đạo (u ở eo hoặc cổ tử cung, u có cuống kẹt trong Douglas). Thì sỏ rau dễ gây sót rau, chảy máu, dò tử cung.

- Thời kì hậu sản: u xơ sẽ nhỏ dần trở lại nhưng dễ gây các biến chứng hoại tử, nhiễm khuẩn, xoắn u dưới phúc mạc có cuống, nguy cơ viêm niêm mạc tử cung cao^{24,27,26,5}.

1.1.6. Lựa chọn phương pháp điều trị: dựa vào các yếu tố:

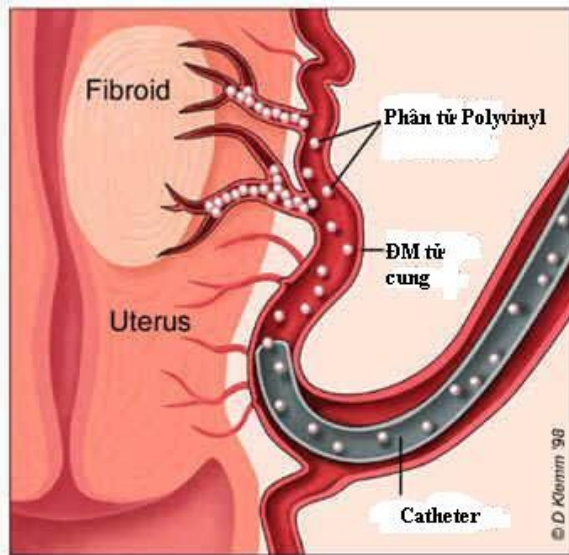
- Vị trí, số lượng, kích thước khối u.
- Triệu chứng lâm sàng và biến chứng của UXTC.
- Tuổi và nhu cầu sinh đẻ của người bệnh.
- Tình trạng bệnh toàn thân.
- Điều kiện trang thiết bị và trình độ phẫu thuật viên.
- Nguyện vọng của người bệnh^{24,27}.

1.1.6.1. Điều trị nội khoa:

- Chỉ định:
 - + UXTC kích thước nhỏ, tiến triển chậm.
 - + UXTC chưa gây biến chứng hoặc ít biến chứng.
 - + Người bệnh gần mãn kinh hoặc trong thời gian chờ phẫu thuật...
- Cách thức điều trị :
 - + Nội tiết liệu pháp: dùng progesteron với tác dụng đối kháng với estrogen nên làm giảm ra huyết, giảm sự phát triển của khối u...
 - + Thuốc co cơ tử cung, thuốc cầm máu: Oxytocin, Transamin...
 - + Truyền dịch, máu, trợ tim nếu băng kinh, băng huyết hoặc thiếu máu...^{24,27,30,31}.

1.1.6.2. Phương pháp thuyên tắc mạch:

Thuyên tắc động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization-UAE) là phương pháp mới điều trị UXTC, là kỹ thuật ít xâm lấn, gây tắc động mạch tử cung cấp máu nuôi u xơ.



Hình 1.6. Tắc mạch điều trị UXTC.

Sau khi xác định động mạch tử cung, một lượng nhỏ Poly Vinyl Alcohol (PVA) được bơm chậm với sự hướng dẫn của X-quang số hóa xóa nền, động mạch tử cung dần bị tắc^{22,25,32}.

1.1.6.3. Điều trị bằng phẫu thuật kinh điển:

1.1.6.3.1. Phẫu thuật bóc nhân xơ, bảo tồn tử cung:

- Phẫu thuật bóc u xơ có thể qua mổ mở đường bụng hoặc bằng PTNS, có thể nội soi buồng tử cung xử trí u xơ trong buồng tử cung^{1,33}.

1.1.6.3.2. Phẫu thuật cắt một phần tử cung:

- Cắt tử cung bán phần: cắt tử cung trên mép bám âm đạo.

1.1.6.3.3. Phẫu thuật cắt TCHT: cắt toàn bộ tử cung gồm thân, eo, cổ tử cung, có thể cả 1 hoặc 2 phần phụ^{1,34}.

1.1.6.4. Điều trị bằng phẫu thuật nội soi:

* Chỉ định thường quy: UXTC to bằng tử cung có thai ≤ 12 tuần, di động, siêu âm tử cung có đường kính trước sau ≤ 80 mm. UXTC có biến chứng: đau, chèn ép, rối loạn kinh nguyệt...

* Chống chỉ định:

- Nguyên nhân toàn thân: thiếu máu nặng, tiểu đường, rối loạn hô hấp, rối loạn tim mạch, đang chảy máu trong ổ bụng, các chống chỉ định của gây mê trong PTNS...^{14,35,30,36,37}.

- Nguyên nhân phụ khoa:

+ Ung thư buồng trứng.

+ Tử cung quá to.

+ Sẹo mổ cũ dính nhiều vùng tiểu khung và ổ bụng.

+ Lạc nội mạc tử cung gây dính nhiều vùng tiểu khung.

* Các tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật: Ngoài các tai biến như nội soi ổ bụng, PTNS cắt tử cung có thể gặp một số tai biến sau:

- *Chảy máu*: chảy máu mổ âm đạo sau mổ do cầm máu không tốt hoặc do tổn thương mạch máu các tạng lân cận, khi áp lực ổ bụng giảm gây chảy máu lại. Chảy máu mổ âm đạo sau mổ do nhiễm trùng làm hoại tử mổ...

- *Tổn thương đường niệu*:

+ Tổn thương sớm thường do đốt điện trong phẫu thuật. Hay gặp nhất là tổn thương niệu quản và bàng quang...

+ Tổn thương muộn: dò bàng quang - âm đạo, dò niệu quản - âm đạo, dò niệu quản-bàng quang-âm đạo, hẹp niệu quản...

- *Tổn thương ống tiêu hóa*: liệt ruột, thủng ruột trong mổ...^{38,13,35,39,40}.

1.2. KHÁI NIỆM PHẪU THUẬT NỘI SOI

Phẫu thuật nội soi là phương pháp phẫu thuật xâm nhập tối thiểu sử dụng ống kính nội soi và các dụng cụ nội soi chuyên dụng đi qua các lỗ nhỏ hoặc các lỗ tự nhiên trên cơ thể nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh. Một thuật ngữ khác của PTNS được sử dụng là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hay phẫu thuật ít xâm lấn (Minimally Invasive Surgery - MIS). Ngoài ra còn

được gọi là phẫu thuật nội soi (Laparoscopic Surgery - LS), phẫu thuật nội soi hỗ trợ (Videoscopic Assisted Surgery - VAS) ⁵.

1.3. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nội soi bắt nguồn từ thời kỳ sơ khai của y học khi Hypocrat (460 - 375) ở trường đại học Kos mô tả dụng cụ banh trực tràng. Archigenes và Albukasim (936 - 1013) dùng ánh sáng đèn chiếu quan sát cổ tử cung. Sau đó các bác sĩ dùng kỹ thuật nội soi khám khoang mũi và ống tai bằng cách dùng ánh sáng mặt trời phản chiếu qua gương... ^{13, 34}.

Đến nay PTNS phát triển ở hầu hết các nước trên thế giới và được áp dụng trong nhiều loại phẫu thuật từ đơn giản đến phức tạp thu được kết quả tốt...

Trong lĩnh vực sản phụ khoa PTNS được áp dụng rộng rãi trong nhiều mặt bệnh: gỡ dính điều trị vô sinh, cắt và bóc u nang buồng trứng, cắt khối lạc nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm⁴¹, ung thư niêm mạc tử cung ⁴²...

Tháng 1 năm 1988, Harry Reich thực hiện thành công ca PTNS cắt TCHT đã tạo sự chú ý không chỉ đối với các nhà phụ khoa Mỹ mà còn với nhiều phẫu thuật viên phụ khoa trên thế giới ³⁴. Trở ngại ban đầu thời gian phẫu thuật kéo dài dần được khắc phục nhờ kinh nghiệm của phẫu thuật viên và sự phát triển của phương tiện dụng cụ phẫu thuật. Ngay sau đó PTNS phụ khoa không ngừng phát triển với những kỹ thuật phức tạp: bóc nhân xơ tử cung, điều trị lạc nội mạc tử cung, bảo tồn vòi trứng trong chữa ngoài tử cung, vi phẫu vòi trứng, ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn sớm¹⁷.

Tại Việt Nam PTNS phụ khoa được ứng dụng lần đầu năm 1993 tại Bệnh viện phụ sản Từ Dũ - thành phố Hồ Chí Minh. Viện Bảo vệ Bà Mẹ và Trẻ Sơ Sinh áp dụng PTNS từ năm 1996 với một số bệnh lý: chữa ngoài tử cung, u nang buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, vô sinh, UXTC... ^{35,33}.

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội áp dụng PTNS từ năm 1998. Trong những năm qua các phẫu thuật nội soi phụ khoa như nội soi chẩn đoán, cắt u nang

buồng trứng, điều trị lạc nội mạc tử cung, chữa ngoài tử cung, vô sinh nữ, UXTC... được thực hiện với một số lượng nhất định, riêng PTNS cắt TCHT thực hiện từ năm 2002 và nghiệm thu một đề tài nghiên cứu khoa học cấp thành phố năm 2003.

1.4. PHƯƠNG TIỆN VÀ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT NỘI SOI

- Màn hình y khoa (Monitor): CRT và LCD có chức năng hiển thị hình ảnh phẫu trường.

- Bộ xử lý hình ảnh: ống kính soi, đầu camera và bộ xử lý. Có chức năng truyền tải tín hiệu hình ảnh thu tại phẫu trường tới màn hình.

- Nguồn sáng: nguồn sáng có khả năng điều chỉnh tự động hay bằng tay cho ánh sáng tối ưu cho mỗi loại phẫu thuật, chất lượng nguồn sáng rất quan trọng để truyền chính xác hình ảnh và màu sắc.

- Dây dẫn sáng: có vai trò dẫn truyền ánh sáng từ nguồn sáng qua ống kính soi vào ổ bụng, dây dẫn sáng dẫn truyền ánh sáng qua các sợi thủy tinh, sau một thời gian sử dụng các sợi thủy tinh bị gãy, khi số lượng sợi thủy tinh bị gãy > 20% cần thay dây dẫn sáng mới. Ngoài ra cần theo dõi chỉ thị báo tuổi thọ của bóng đèn để có kế hoạch thay thế.

- Ống kính soi: thường có hai kênh, một kênh gồm các thấu kính để truyền hình ảnh và kênh thứ hai gồm những sợi thủy tinh để truyền ánh sáng...

- Hệ thống bơm hơi ổ bụng: có vai trò tạo khoảng trống trong ổ bụng, để hạn chế những tai biến có thể xảy ra người ta dùng khí CO₂ và hệ thống máy bơm điều chỉnh áp lực, lưu lượng và thể tích thích hợp cho từng người bệnh. Máy được nối với bình CO₂ áp lực cao qua dây dẫn chịu áp lực, khí trước khi bơm vào máy cần qua hệ thống lọc khí và sưởi ấm không khí để tránh hạ thân nhiệt của người bệnh khi cuộc mổ kéo dài hay làm lạnh kính soi gây đọng hơi nước tại mặt kính.

- Hệ thống bơm hút và tưới rửa ổ bụng: lưu lượng càng cao càng tốt, dòng nước đưa vào và hút ra không chạy qua thiết bị mà được dẫn truyền qua hệ thống ống dẫn làm bằng silicon.

- Hệ thống đốt điện: với dao đốt đơn cực và lưỡng cực để thực hiện hai chức năng chính là cắt và đốt cầm máu. Phân hiển thị và cài đặt trên máy thường chia rõ rệt cho các chức năng cắt và đốt khác nhau...

- Dụng cụ PTNS các loại: trocar, ống giảm khẩu kính trocar, kéo, các loại kẹp, móc phẫu thuật... Ngày nay nhờ sự phát triển của khoa học kỹ thuật dụng cụ PTNS ngày một hiện đại, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên góp phần mở rộng chỉ định của PTNS và mang lại sự an toàn cho người bệnh

38,13,43

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán UXTC có chỉ định phẫu thuật và được PTNS cắt TCHT điều trị UXTC tại BV.PSHN từ 01/08/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh bị UXTC có chỉ định phẫu thuật, được giải thích và đồng ý thực hiện PTNS cắt TCHT.
- Người bệnh được chẩn đoán UXTC bằng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp GPBL không phải là UXTC.
- Người bệnh PTNS cắt TCHT do UXTC nhưng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 08/2019 đến tháng 05/2020.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả tiến cứu các trường hợp PTNS cắt TCHT điều trị UXTC tại BV.PSHN từ tháng 08/2019.

2.2.2. Cỡ mẫu:

Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ của Tổ chức Y tế thế giới: $n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{pq}{d^2}$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu.
- Z: hệ số tin cậy.
- α : mức ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu chọn mức $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95%. Có được $Z^2_{(1-0,05/2)} = 1,96$.

- p: xác suất thành công trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn, được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Park⁴⁴ là 92%, $p = 0,92$.
- $q = 1 - p = 1 - 0,92 = 0,08$.
- d: sai số. Nghiên cứu chọn mức sai số 5%, vậy $d = 0,05$.

Thay vào công thức trên, có được:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2} = 1,96^2 \frac{0,92 \times 0,08}{0,05^2} = 113,096$$

Cỡ mẫu lý thuyết làm tròn sẽ là $n = 114$.

Phương pháp chọn mẫu: không xác suất, các đối tượng nghiên cứu thỏa mãn điều kiện nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu BVPS có 139 ca được PTNS cắt TCHT nhưng có 120 ca phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH

2.3.1. Các bước nghiên cứu

Thu thập số liệu người bệnh UXTC được PTNS cắt TCHT tại BV.PSHN theo “Phiếu thu thập thông tin”.

Phương pháp chọn mẫu không xác suất là các đối tượng nghiên cứu thỏa mãn điều kiện nghiên cứu.

Nghiên cứu đã thực hiện theo các mốc thời gian như sau:

- Tháng 08/2019 - 5/2020: Chọn đối tượng nghiên cứu, khám trực tiếp người bệnh và thu thập dữ liệu theo “Phiếu thu thập thông tin”, kết hợp với thu thập số liệu trong hồ sơ bệnh án.

- Tháng 5/2020: Xử lý số liệu.
- Tháng 6 - 8/2020: Viết và sửa luận văn.
- Tháng 10/2020: Trình luận văn.

2.3.2. Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

Mục tiêu 1, nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến chỉ định PTNS cắt TCHT điều trị UXTC tại BV.PSHN:

- Đặc điểm chung:
 - + Tuổi: 40 – 44, 45 – 49, 50 – 54, ≥ 55 .
 - + Nơi ở: thành phố, thị xã, thị trấn, làng xã, thôn bản.
 - + Nghề nghiệp: Công chức, viên chức, hưu trí, tự do.
 - + Tiền sử sản khoa: số con sống, số lần đẻ, số lần mổ.
 - + Tiền sử ngoại khoa: mổ đẻ, mổ nội soi ổ bụng, mổ mở ổ bụng.
- Các triệu chứng cơ năng:
 - + Toàn thân: bị thiếu máu, xanh xao, gầy sút.
 - + Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu: đau kiểu tức, nặng bụng dưới (do khối u chèn ép vào các tạng bên cạnh hoặc do viêm khung chậu).
 - + Rối loạn kinh nguyệt, rong kinh kéo dài và ra nhiều máu.
- Các triệu chứng thực thể:
 - + Nhìn: khối u gồ lên ở vùng hạ vị.
 - + Nắn bụng: kích thích tử cung trên lâm sàng.
 - + Đặt mỏ vịt nhận định cổ tử cung: có tổn thương hay không tổn thương.
- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng: đánh giá được kích thước và di động.
- Các triệu chứng cận lâm sàng:
 - + Siêu âm: để nhận định kích thước khối UXTC.
 - + Đánh giá số hồng cầu, hematocrit, huyết sắc tố ⁴⁵
- Chỉ định PTNS cắt TCHT:
 - + U xơ có biến chứng rối loạn kinh nguyệt.

- + U xơ to kết hợp rối loạn kinh nguyệt.
- + U xơ to chèn ép gây đau.

Mục tiêu 2, đánh giá kết quả PTNS cắt TCHT điều trị UXTC tại BV.PSHN:

- Kết quả phẫu thuật: cắt TCHT và 2 phần phụ, cắt TCHT để lại 1 hoặc 2 buồng trứng, không cắt được phải chuyển mổ đường bụng.
- Vị trí khối UXTC: trước thân tử cung, sau thân tử cung, trước eo tử cung, sau eo tử cung, dây chằng rộng, khác.
- Cách thức lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo
- Thời gian phẫu thuật tính theo phút: Tính từ thời điểm bắt đầu vào trocar đến lúc đóng xong da kết thúc phẫu thuật.
- Máu mất trong mổ tính theo ml: đo tại bình hút, phẫu thuật viên đánh giá.
- Trọng lượng tử cung và u xơ, không tính phần phụ: tính theo gam.
- Tai biến: chảy máu số lượng tính theo ml, chạm tạng khác, tràn khí dưới da, do gây mê, khác.
- Biến chứng gần: chảy máu sau mổ, nhiễm trùng sau mổ, do gây mê, khác...
- Chuyển mổ mở

2.3.3. Một số định nghĩa trong nghiên cứu

- Thời gian phẫu thuật: tính từ khi bắt đầu rạch da đến khi mũi chỉ cuối cùng khâu chân trocar được đóng xong.
- Thời gian hậu phẫu tại bệnh viện: được tính từ ngay sau khi kết thúc phẫu thuật đến khi người bệnh ra viện.

2.3.4. Thiết bị mổ nội soi:

Bàn mổ đa năng:

- Có thể nâng, xoay người bệnh.
- Có thể mở rộng hoặc gấp chân người bệnh.
- Các hệ thống phụ trợ.

Máy bơm hơi tự động (hiển thị các chỉ số dự định):

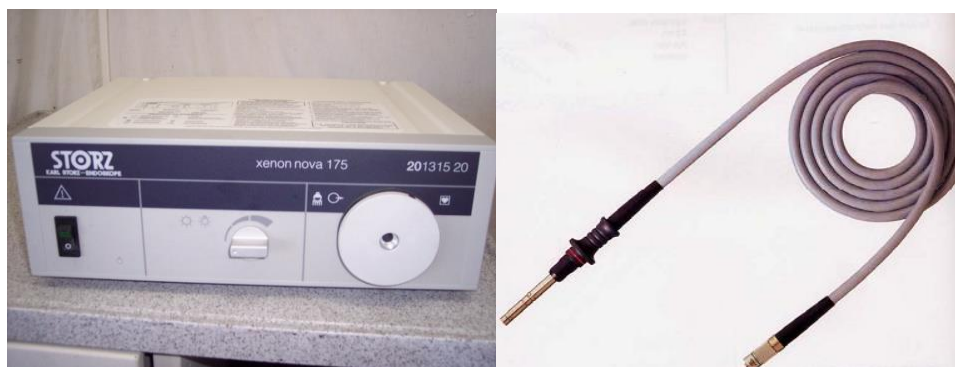
- Máy bơm khí CO₂ vô trùng cấp theo hệ thống khí trung tâm, có đồng hồ đo áp lực ổ bụng dao động từ 0 - 25mmHg.
- Đặt ngưỡng áp lực khí ổ bụng trong phẫu thuật là 12mmHg.
- Tốc độ bơm khí là 3,5lít/phút. (Máy và hiện thời: áp lực ổ bụng, lưu lượng khí bơm, lưu lượng khí đã sử dụng...).



Ảnh 2.1. Máy bơm khí CO₂

Nguồn sáng:

- Sử dụng nguồn sáng khí trơ (khí xenon), công suất 150w, cường độ ánh sáng có thể thay đổi tăng giảm theo ý muốn. Nguồn sáng được đưa tới ống kính qua một cáp quang mềm.



Ảnh 2.2. Nguồn sáng và dây cáp quang.

Hệ thống thu phát hình ảnh:

- Ống kính vô trùng (optic) 0⁰ có phần nối với nguồn sáng, một đầu đưa vào trường mổ đầu kia gắn với camera.



Ảnh 2.3. Optic.

- Camera có hệ thống tinh chỉnh tiêu cự, cân bằng tự động, nối với hệ thống videobằng dây nối hình.
- Video có nhiều chức năng trong đó có chức năng thu nhận và xử lý hình ảnh, hình ảnh qua video có thể được phóng to hoặc thu nhỏ, có hệ thống lưu hình ảnh.
- Màn hình màu: 23 inches, độ nét cao 4K, điều chỉnh được (màu sắc, sáng tối, độ tương phản).

Máy đốt điện:

- Hệ thống điện 220 vol, điện trở 250 - 350Ω, công suất 300w, đồng hồ và hệ thống điều chỉnh cường độ đốt. Các dây dẫn với hệ thống dụng cụ, bản cực, tiếp chống giật...
- Chính hệ thống đốt, cắt 1 cực (mono polair): 50 - 70.
- Chính hệ thống đốt, cắt 2 cực (bi polair): 30 - 40.

Máy bơm dịch:

- Hệ thống bơm tự động, nhiều tốc độ.
- Dây nối với cần bơm, hút dịch và hệ thống phụ trợ như đầu ráp, khóa...

Máy hút dịch:

- Hệ thống hút, nguồn điện 220, hút nhiều mức áp lực.
- Dây nối với cần hút dịch và hệ thống phụ trợ như đầu ráp, khóa...

Dụng cụ phẫu thuật:

- Dụng cụ phẫu thuật đường bụng: dao nhọn, kéo, kìm Kocher, kìm mang kim, kim khâu cân cơ, kim chỉ khâu da. Dự trữ bộ dụng cụ mổ mở cắt TCHT đề phòng trường hợp phải chuyển mổ mở.

- Dụng cụ PTNS:
 - + Dụng cụ dẫn đường: các loại trocar bằng kim loại có đường kính 5 và 10mm. Các phụ kiện đi kèm như gioăng cao su để giữ kín, van đa năng, ống giảm với kích thước khác nhau.
 - + Dụng cụ phẫu thuật: Hook kim loại để kẹp, phẫu tích, mang kim dài 450mm, đường kính 5mm. Kéo cong, thẳng xoay 360^0 , dài 450mm, đường kính 5mm. Ống hút có van hai chiều, một chiều bơm và một chiều hút. Cần nâng tử cung kim loại với giá cắt âm đạo cong 120^0 .
 - + Chỉ khâu Vicryl số 1, chỉ stanstafix.

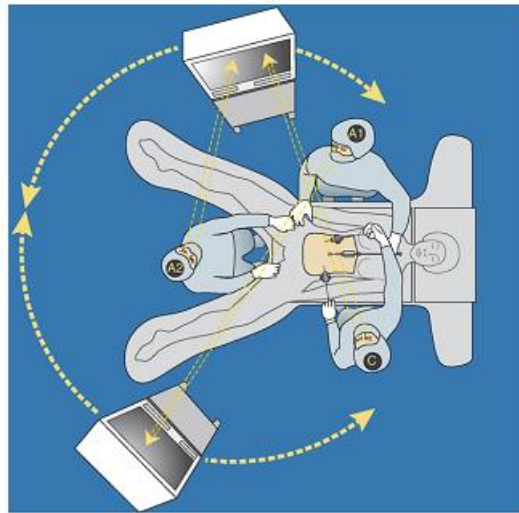
2.3.5. Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung

Chuẩn bị dụng cụ:

- Hệ thống gây mê nội khí quản.
- Dụng cụ: Máy bơm hơi tự động; Nguồn sáng; Hệ thống thu phát hình ảnh; Máy đốt điện; Máy bơm dịch; Máy hút dịch; Dụng cụ phẫu thuật.
- Bàn mổ đa năng: có thể mở rộng hoặc gấp chân người bệnh.

Chuẩn bị người bệnh:

- Người bệnh nằm trên bàn mổ theo tư thế Trendelenburg. Sau gây mê nội khí quản, đầu thấp 30^0 , hai tay dọc theo thân, hai chân gác lên giá đỡ, đùi và thân tạo góc dưới 120^0 , đùi và cẳng chân tạo góc 90^0-100^0 , mông sát mép dưới, khu lõm của bàn.



Ảnh 2.4. Sơ đồ ekip phẫu thuật.

(C: phẫu thuật viên chính, A1: phụ 1, A2: phụ 2)

- Đặt thông tiểu.
- Mê nội khí quản.
- Đặt cần nâng tử cung: đo chiều dài buồng tử cung, đặt cần nâng tử cung chuyên dụng cho cắt tử cung, điều khiển cần nâng theo yêu cầu của phẫu thuật viên chính.

Các bước tiến hành phẫu thuật:

Các bước phẫu thuật thực hiện theo “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản” do Bộ Y tế ban hành, theo Quyết định 1377/QĐ-BYT, do thứ trưởng Nguyễn Viết Tiến ký ngày 24-4-2013.

- Thì 1: Chọc Trocar - Chọc 1 trocar 10 ở rốn - Chọc 2 trocar 5 ở hai hố chậu và 1 trocar 5 ở trên mu - Các trocar cách nhau > 8cm.
- Thì 2: Thăm dò toàn bộ ổ bụng.
- Thì 3: Đốt và cắt 2 dây chằng tròn.
- Thì 4: Cắt 2 dây chằng thắt lưng- buồng trứng hoặc 2 dây chằng tử cung buồng trứng nếu bảo tồn buồng trứng.
- Thì 5: cắt động mạch tử cung - Mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp - Đốt và cắt 2 động mạch tử cung.

- Thì 6: Cắt rời tử cung khỏi âm đạo.
- Thì 7: Khâu lại mồm âm đạo: qua đường âm đạo hoặc qua nội soi.
- Thì 8: Kiểm tra: - Cầm máu - Rửa bụng - Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng.
- Thì 9: Rút các trocar và khâu các lỗ chọc.
- Theo dõi: các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo.

Tai biến và xử trí:

- Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu.
- Viêm phúc mạc
- Tổn thương đường tiêu hóa: ruột, đại tràng, trực tràng.
- Tổn thương đường tiết niệu: bàng quang, niệu quản.
- Tổn thương mạch máu.

2.3.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Thông qua hội đồng đạo đức của BV.PSHN và bộ môn Phụ sản ĐHYHN.

Quy trình PTNS cắt TCHT áp dụng theo đề xuất của Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện dựa trên “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản” do Bộ Y tế ban hành, theo Quyết định 1377/QĐ-BYT, do thứ trưởng Nguyễn Viết Tiến ký ngày 24 tháng 4 năm 2013 và được Sở Y tế Hà Nội phê duyệt danh mục kỹ thuật.

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ quy trình phẫu thuật, tự nguyện tham gia nghiên cứu và làm cam kết trước phẫu thuật.

Các số liệu, thông tin của người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật.

2.3.7. Xử lý số liệu

Nhập số liệu theo ngày hoặc theo tuần. Quản lý số liệu bằng hệ Excel.

Số liệu được làm sạch trước khi được nhập trên phần mềm Epidata 3.1.

Số liệu được mã hóa, chỉ thành viên trực tiếp nghiên cứu được quyền tiếp cận số liệu.

Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 16.0. Dùng các thuật toán, các test thống kê: λ test, t test để so sánh các giá trị trung bình và các tỷ lệ.

Dùng phương trình hồi quy tuyến tính để khảo sát mối tương quan giữa hai biến với hệ số tương quan “r”, kết quả có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy trên 95% ($p < 0,05$)^{46,47}:

- $r > 0$: hai biến có mối tương quan thuận.
- $r < 0$: hai biến có mối tương quan nghịch.
- $r = 0$: hai biến độc lập.
- r tiến gần tới +1: hai biến có mối tương quan thuận chặt chẽ.
- r tiến gần tới -1: hai biến có mối tương quan nghịch chặt chẽ.
- $r = \pm 0,2 \rightarrow \pm 0,3$: mối tương quan thấp.
- $r = \pm 0,4 \rightarrow \pm 0,5$: mối tương quan trung bình.
- $r = \pm 0,6 \rightarrow \pm 0,7$: mối tương quan cao.
- $r > \pm 0,8$: mối tương quan rất cao.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
40 -44	31	25.8
45 - 49	51	42.5
50 - 54	28	23.3
≥ 55	10	8.3
Tổng số	120	100

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48.1 ± 4.2 .
- Nhỏ nhất là 40 tuổi, cao tuổi nhất là 62 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 46 – 49.

3.1.2. Nơi ở

Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo khu vực

Khu vực	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành thị	82	68.3
Nông thôn	38	21.7
Tổng	120	100

- Tỷ lệ thành thị trong nghiên cứu nhiều hơn ở nông thôn.

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Công chức	39	32.5
Nông dân, công nhân	24	20.0
Tự do	45	37.5
Hưu trí	12	10
Tổng số	120	100

- Số người bệnh làm công việc tự do là cao nhất chiếm 37.5%.

3.1.4. Số lần sinh con

Bảng 3.4. Phân bố người bệnh theo số lần sinh con

Số lần sinh con	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	18	15.0
2	68	56.7
3	23	19.2
≥4	11	9.2
Tổng	120	100

- Số sinh 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất 56.7%.
- 100% đã sinh con, ít nhất 1 con, nhiều nhất 5 con.

3.1.5. Tiền sử ngoại khoa

Bảng 3.5. Tiền sử sẹo mổ thành bụng

Tiền sử sẹo mổ thành bụng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có sẹo mổ	104	86.7
Có sẹo mổ mở	11	9.2
Có sẹo mổ nội soi	5	4.2
Tổng	120	100.0

- 86.7% số người bệnh không có sẹo mổ thành bụng, 11 bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai và 05 bệnh nhân có sẹo mổ PTNS cũ đã từng PTNS chữa ngoài tử cung hoặc u nang buồng trứng.

3.1.6. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Triệu chứng cơ năng phát hiện bệnh

Triệu chứng phát hiện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn kinh nguyệt	43	35.8
Đau hạ vị	49	40.8
Tự sờ thấy	4	3.3
Rối loạn kinh nguyệt + đau hạ vị	21	17.5
Khám định kỳ	3	2.5
Tổng	120	100.0

- Tình trạng rối loạn kinh nguyệt và đau hạ vị chiếm tỉ lệ cao nhất 94.1%, chỉ có 3 bệnh nhân đi khám định kì phát hiện u xơ qua siêu âm ổ bụng.

3.2 Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

3.2.1 Tình trạng phần phụ trên siêu âm

Bảng 3.7. Tình trạng phần phụ trên siêu âm

Tình trạng phần phụ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	107	89.2
Có nang buồng trứng 1 bên	11 (3 ca trên 50t 1 ca 41 tuổi bóc u)	9.2
Có nang buồng trứng 2 bên	2 (2 ca trên 50 tuổi)	1.7
Tổng	120	100.0

- 89.2% bệnh nhân có buồng trứng bình thường. Số bệnh nhân có nang buồng trứng một hoặc hai bên chiếm 10.8%.

3.2.2. Số lượng u xơ tử cung theo siêu âm

Bảng 3.8. Số lượng u xơ tử cung

Số lượng u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1 u	92	76.7
2 u	18	15.0
≥ 3 u	10	8.3
Tổng	120	100.0

- 100% bệnh nhân phẫu thuật đều có u xơ tử cung, trong đó có 1 u chiếm tỉ lệ cao nhất 76.7%.

3.2.3. Nhận định ngoài cổ tử cung

Bảng 3.9. Nhận định ngoài cổ tử cung

Khám lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hồng đều	69	57.5
Lộ tuyến đơn thuần	31	25.8
Polyp cổ tử cung	1	0.9
Lộ tuyến tái tạo	19	15.8
Tổng	120	100,0

- Tỷ lệ không tổn thương ở cổ tử cung là 57.5%, có 41.6% là cho kết quả lộ tuyến và 0.6% có kết quả polyp cổ tử cung.

3.2.4. Kích thước khối u và tử cung qua khám lâm sàng

Bảng 3.10. Kích thước khối u

Kích thước tử cung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bằng tử cung có thai < 8 tuần	10	8,3
Bằng tử cung có thai 8 - 10 tuần	69	57,5
Bằng tử cung có thai 11 - 12 tuần	35	29,2
Bằng tử cung có thai > 12 tuần	6	5,0
Tổng	120	100,0

- 86.7% bệnh nhân kích thước tử cung to bằng tử cung có thai từ 8 - 12 tuần.

- Tử cung có kích thước lớn hơn tử cung có thai 12 tuần chiếm tỷ lệ 5%.

3.2.5. Kích thước nhân xơ tính theo đường đo lớn nhất

Bảng 3.11. Kích thước nhân xơ tính theo đường đo lớn nhất

Kích thước nhân xơ (cm)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 4	26	21.7
4 - 5	43	35.8
5,1 - 6	30	25.0
>6	21	17.5
Tổng	120	100.0

- Đường kính nhân xơ lớn nhất trung bình của đối tượng nghiên cứu là 4.99 ± 1.05 cm. Đường kính nhân xơ nhỏ nhất là 3.0 cm, lớn nhất là 7.3 cm.

3.2.6. Mức độ thiếu máu khi vào viện

Bảng 3.12. Mức độ thiếu máu khi vào viện

Mức độ		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không thiếu máu		65	54.2	
Thiếu máu	Nhẹ	47	39.2	45.8
	Vừa	8	6.6	
	Nặng	0	0	
Tổng		120	100,0	

- Bệnh nhân nhập viện không thiếu máu chiếm tỷ lệ 54.2%. 55 bệnh nhân thiếu máu nhẹ và vừa, chiếm tỉ lệ 45.8%.

3.3. Đặc điểm trong phẫu thuật

3.3.1 Vị trí u xơ theo giải phẫu tử cung

Bảng 3.13. Vị trí u xơ theo giải phẫu tử cung

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
U xơ thân tử cung (L3-4-5-6)	98	81.7
U xơ eo tử cung (L1)	15	12.5
U xơ trong dây chằng rộng (L8)	1	0.8
U xơ cổ tử cung (L8)	1	0.8
Từ 2 vị trí	5	4.2
Tổng	120	100.0

- U xơ thân tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất 81.7%.

3.3.2 Xử trí phần phụ

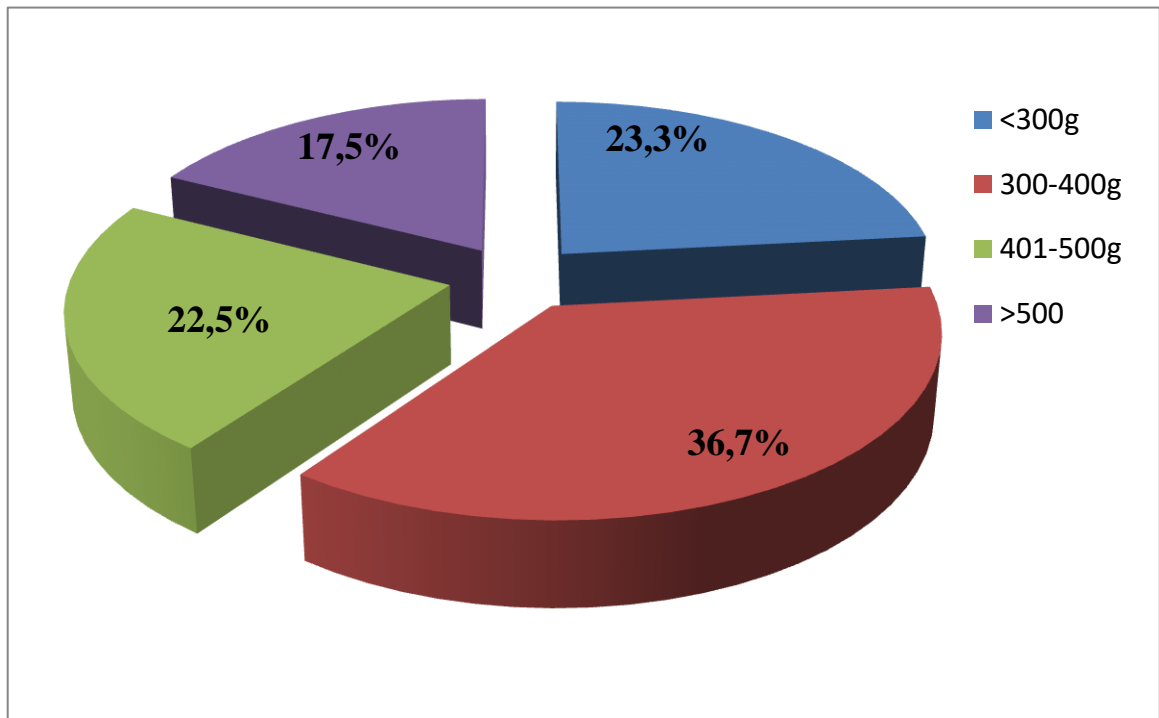
Bảng 3.14. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật:

Cách xử trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Để lại 2 buồng trứng	71 (có 1 ca 41t, nang buồng trứng 1 bên, bóc u	59.2
Cắt 1 buồng trứng	7	5.8
Cắt 2 phần phụ	42 (2 ca nang BT 2 bên)	35.0
Tổng	120	100.0

- Có khoảng 1/2 bệnh nhân phần phụ bình thường được bảo tồn.

- 7 bệnh nhân cắt 1 phần phụ vì u nang buồng trứng, 42 bệnh nhân cắt 2 phần phụ do nang buồng trứng 2 bên và do đã mãn kinh.

3.3.3 Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.1. Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật.

Trọng lượng tử cung trung bình trong phẫu thuật là 397.9 ± 108.2 g. Trọng lượng tử cung nhỏ nhất là 230g, lớn nhất là 700g.

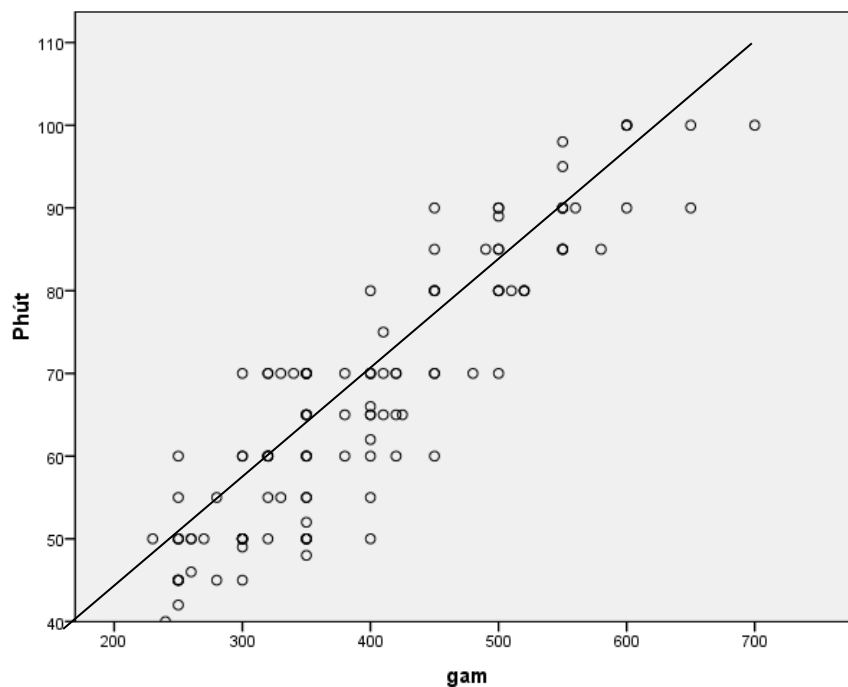
3.3.4 Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.15. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 45	9	7.5
46-60	42	35.0
61-90	62	51.7
>90	7	5.8
Tổng	120	100.0

Thời gian phẫu thuật trung bình cho một ca phẫu thuật là 67.3 ± 15.8 phút. Thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 40 phút, và dài nhất là 110 phút.

* Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng của tử cung



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung.

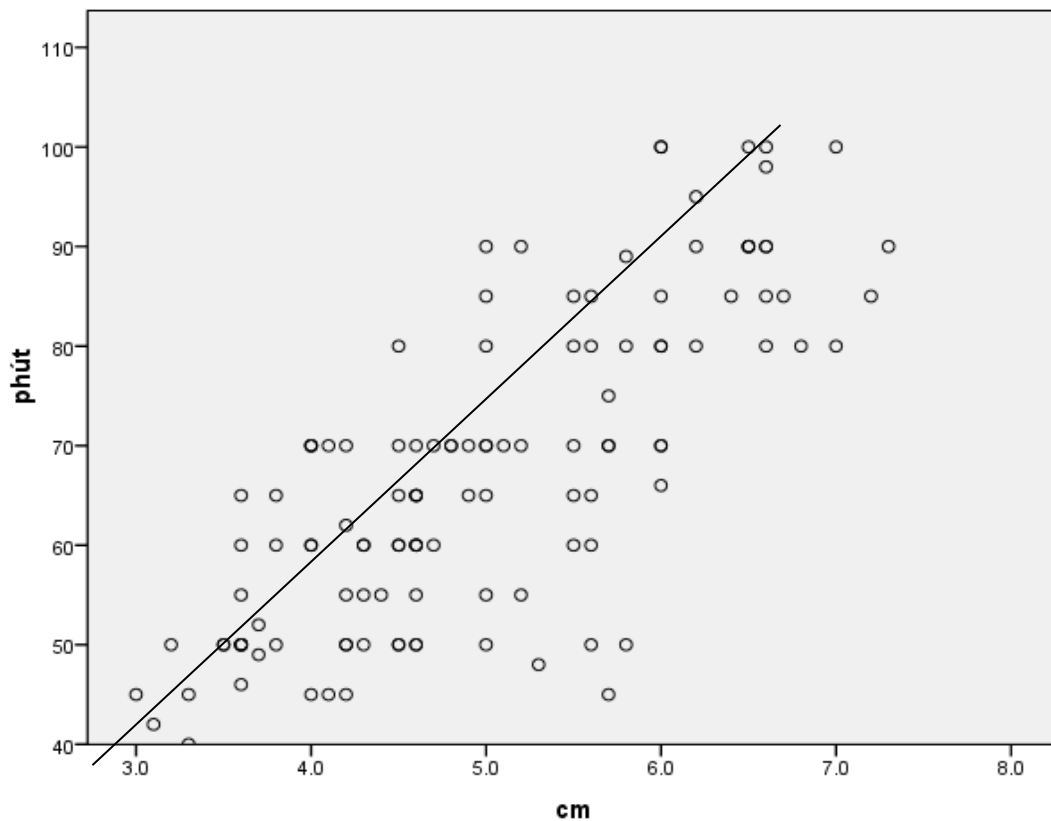
- Phương trình tương quan: $y = 0,132x + 14,96$

Trong đó:

- y: thời gian phẫu thuật (phút).
- x: trọng lượng tử cung (gram).

Hệ số tương quan: $r = 0,901$; $p < 0,001$. Thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

** Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và đường kính ngang tử cung trên siêu âm:*



Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và đường kính u xơ lớn nhất trên siêu âm.

Phương trình tương quan: $y = 11,55x + 9,77$

Trong đó:

- y: thời gian phẫu thuật (phút).
- x: đường kính ngang u xơ lớn nhất trên siêu âm (mm).

Hệ số tương quan: $r = 0,770$; $p < 0,001$. Thời gian phẫu thuật và đường kính ngang U xơ lớn nhất trên siêu âm tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

3.3.5. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 3.16. Đặc điểm lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)	Số lượng	Tỷ lệ
< 200	69	57.5
200 – 300ml	48	40.0
>300ml	3	2.5
Tổng	120	100.0

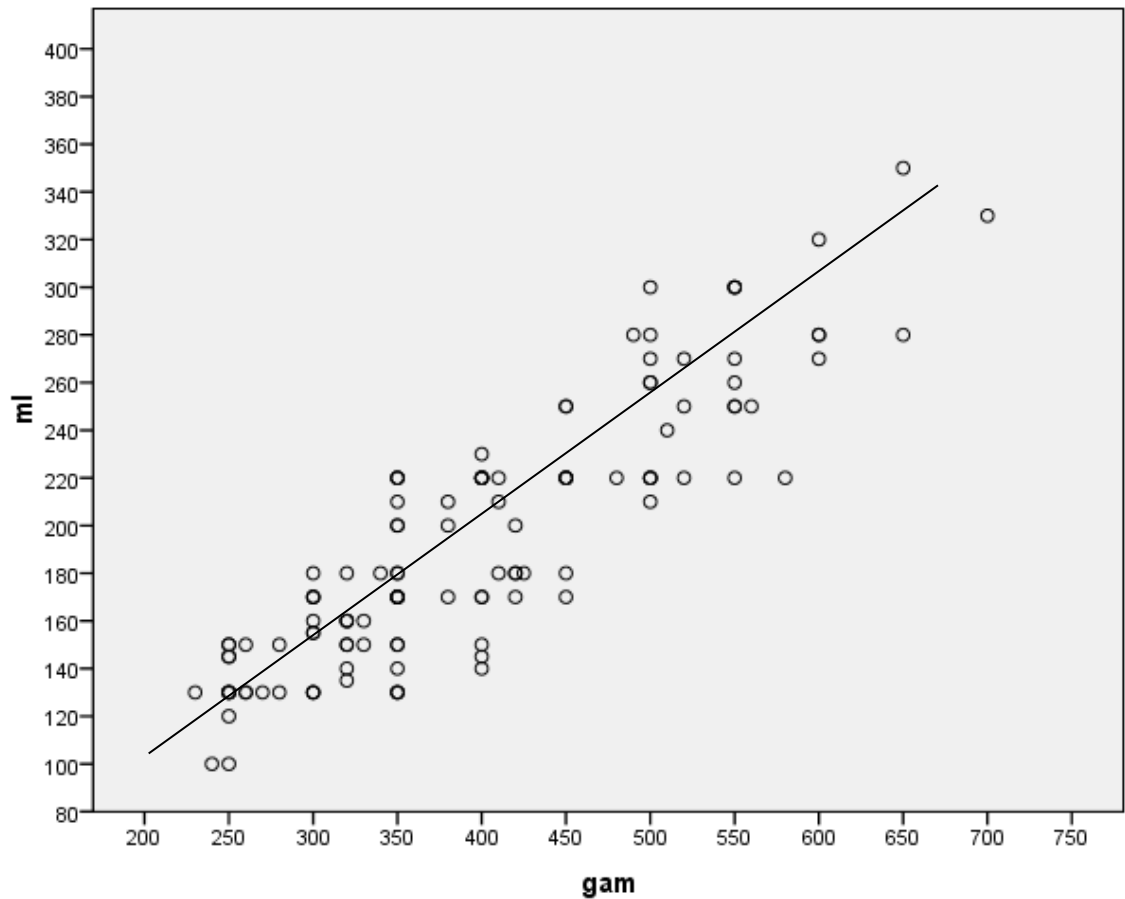
- Lượng máu mất trung bình trong một ca phẫu thuật là 194.8 ± 54.5 ml.
Lượng máu mất ít nhất cho một ca phẫu thuật là 100ml, nhiều nhất là 350ml.

Bảng 3.17. Lượng máu mất và trọng lượng tử cung sau mổ

Trọng lượng tử cung	Lượng máu mất trung bình	p
<300	$140,4 \pm 19,6$	P< 0,001
300 - 400	$175,5 \pm 30,8$	
400 - 500	$221,8 \pm 36,4$	
>500	$271,9 \pm 35,7$	

- Lượng máu mất phụ thuộc vào trọng lượng tử cung. Trọng lượng tử cung càng lớn thì lượng máu mất trong phẫu thuật cũng tăng theo có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

* *Tương quan giữa lượng máu mất trong mổ và trọng lượng tử cung sau mổ.*



Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa trọng lượng tử cung và lượng máu mất trong phẫu thuật.

Phương trình tương quan : $y = 0,45 x + 16,52$

Trong đó:

- y: lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)
- x: Trọng lượng tử cung sau mổ (gam)

Hệ số tương quan: $r = 0,89$; $p < 0,001$. Trọng lượng tử cung và lượng máu mất trong phẫu thuật tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

3.4. Tai biến, biến chứng

3.4.1. Tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật

- Không có tai biến trong phẫu thuật nội soi
- Chỉ có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở. 1 trường hợp vì tử cung quá to không thể tiến hành PTNS, 1 trường hợp vì có sẹo mổ thành bụng phẫu trường dính các tạng với nhau khó khăn trong việc PTNS nên chuyển mổ mở.
- Có 4 trường hợp viêm mủm cắt (3.3%) sau phẫu thuật.

Chương 4

BÀN LUẬN

PTNS cắt tử cung hoàn toàn là một phẫu thuật kỹ thuật cao trong chuyên ngành sản phụ khoa. Qua kết quả nghiên cứu 120 bệnh nhân PTNS cắt tử cung hoàn toàn từ tháng 08/2019 – 05/2020 tôi có một số bàn luận sau:

4.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Tuổi

Bảng 3.1 ghi nhận có 51 người bệnh trong độ tuổi 45-49 (42.5%), đây là nhóm xuất hiện cao nhất sau đó là đến 31 người bệnh trong độ tuổi 40-44 (25.8%), 28 người bệnh trong độ tuổi 50-54 (23.3%) và 10 người bệnh trên 55 tuổi (8.3%), Như vậy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48.1 ± 4.2 ; thấp nhất là 40 tuổi và cao nhất là 62 tuổi.

Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi³⁵ độ tuổi phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung ở Việt Nam thường trên 45 tuổi, nếu dưới 45 tuổi nên phẫu thuật bóc u xơ bảo tồn tử cung cho đối tượng nghiên cứu vì ở tuổi dưới 45 còn khả năng và nhu cầu sinh sản. Theo Filip Claerhout^{2,48}, ở Mỹ có 20% phụ nữ phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn ở tuổi 60 và 27% ở độ tuổi 75.

Trong nghiên cứu này đối tượng nghiên cứu độ tuổi 45 - 50 chiếm 65.8%, tương tự tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi 45 - 50 trong nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi: 61%³⁵ và của Nguyễn Văn Giáp: 61,5%¹⁴.

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu PTNS cắt tử cung hoàn toàn trong nghiên cứu này cũng tương đương với một số tác giả khác:

Bảng 4.1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu PTNS cắt tử cung điều trị u xơ tử cung:

Tác giả	Số bệnh nhân	Năm	Tuổi trung bình
Katherine A. O’Hanlan ⁴⁹	150	2003	50.4 ± 9.8
Francesco Sesti ⁵⁰	50	2008	47.7 ± 0.6
Nguyễn Văn Giáp ¹⁴	122	2006	45.6 ± 4.6
Trần Thị Liên Hiệp ¹⁵	88	2011	47.9 ± 3.7
Trương Việt Bắc	120	2019	48.1 ± 4.2

4.1.2. Khu vực

Bảng 3.2 ghi nhận 68.3% đối tượng nghiên cứu là khu vực thành thị, sống chủ yếu ở khu vực Hà Nội và 21.7% sống ở khu vực nông thôn, phân bố khá đều ở các tỉnh: Thái Bình, Thanh Hóa, Tuyên quang, Bắc Ninh, Bắc Giang... Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu khu vực thành thị đông là do Bệnh viện phụ sản Hà Nội là bệnh viện tuyến cuối của Thành phố Hà Nội. Như vậy thông tin về các phương pháp điều trị bằng kỹ thuật cao, trong đó có PTNS với những ưu điểm: ít đau, phục hồi sức khỏe nhanh, sẹo mổ nhỏ... đã đến được với người dân... và các đối tượng nghiên cứu đều có nguyện vọng được thực hiện PTNS trong điều trị bệnh lý của mình.

4.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3.3 ghi nhận trong 4 nhóm nghề nghiệp: công chức , nông dân , tự do và hưu trí thì nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất: 37.5% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo tôi sự phát triển của phương tiện truyền thông: ti vi, loa đài, internet... giúp cho nhận thức về bệnh u xơ tử cung của chị em phụ nữ trong các ngành nghề khác nhau khá đồng đều. Bên cạnh

đó sự phát triển của mạng lưới y tế cơ sở với sự trợ giúp của máy siêu âm giúp cho việc phát hiện, chẩn đoán và theo dõi các bệnh lý sản phụ khoa trong đó có bệnh lý u xơ tử cung được rộng khắp và dễ dàng hơn.

4.1.4. Số lần sinh con

Trong Bảng 3.4 ghi nhận số đối tượng nghiên cứu sinh có 2 con trở lên chiếm tỷ lệ cao (85%), không có đối tượng nghiên cứu chưa đẻ lần nào, đối tượng nghiên cứu đẻ một con chiếm 15%, đẻ nhiều nhất là 5 con.

Một trong những điều kiện cần để chỉ định phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là đối tượng nghiên cứu đã đẻ đủ con hoặc không có nguyện vọng sinh con nữa. Vì vậy tất cả đối tượng nhóm nghiên cứu đều được giải thích rõ sẽ không còn khả năng sinh đẻ sau khi thực hiện phẫu thuật. Mặt khác khi đối tượng nghiên cứu đã sinh con sẽ thuận lợi cho việc lấy tử cung và khối u xơ qua âm đạo.

Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi ³⁵: 63% đối tượng nghiên cứu trên 3 con trở lên, Nguyễn Văn Giáp ¹⁴: 88,6% đối tượng nghiên cứu có 2 con trở lên, Mai Trọng Hưng ¹⁶: 71,6% đối tượng nghiên cứu có 3 con trở lên.

4.2. CÁC YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

4.2.1. Sẹo mổ thành bụng

Liên quan đến tiền sử phẫu thuật bụng, bảng 3.5 cho thấy đối tượng nghiên cứu có sẹo mổ thành bụng là 16/120 ca (13.4%), trong đó: 11/120 (9.2%) đối tượng có sẹo mổ đẻ, 3/120 (5%) có tiền sử PTNS: ruột thừa, u nang buồng trứng và chữa ngoài tử cung

Đối tượng nghiên cứu có sẹo mổ ổ bụng thường được cân nhắc kỹ khi chỉ định mổ nội soi do tình trạng dính trong ổ bụng đặc biệt là dính ở vùng tiểu khung làm cho quá trình phẫu thuật phức tạp, khó khăn, nguy cơ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ cao hơn việc mổ lần đầu. Để mổ an toàn cho các đối tượng nghiên cứu này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và kỹ năng phẫu tích tốt.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp ¹⁴: 6,6% đối tượng nghiên cứu tiền sử phẫu thuật ruột thừa, chữa ngoài tử cung hoặc mổ lấy thai. Với những trường hợp có tiền sử mổ lấy thai khi chỉ định PTNS cắt tử cung hoàn toàn phải xem xét: tử cung di động tốt không? Sẹo mổ cũ dính không? Tử cung treo, dính vào thành bụng không? Bàng quang có dính vào tử cung không?...

Nghiên cứu của Borghese B ²⁸ trên 1769 đối tượng nghiên cứu PTNS cắt tử cung hoàn toàn có 312 trường hợp tiền sử phẫu thuật bụng chiếm tỷ lệ 17,6%.

Bảng 4.2. Tỷ lệ sẹo mổ thành bụng

Tác giả	Năm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ vết mổ cũ (%)
Nguyễn Văn Giáp ¹⁴	2006	122	6.6
Leonard F, Borghese B ²⁸	2005	1769	17.6
Ray Garry và CS ⁵¹	2004	584	19.1
Mai Trọng Hưng ¹⁶	2005	81	11.2
Nguyễn Thị Liên Hiệp ¹⁵	2011	88	12.5
Trương Việt Bắc	2019	120	13.4

Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy: PTNS được chỉ định hạn chế ở những đối tượng nghiên cứu có sẹo mổ cũ thành bụng.

Theo Claerhout F, Deprest J: PTNS thực hiện ở đối tượng nghiên cứu sẹo mổ thành bụng dễ bị tai biến và biến chứng. Đặc biệt trong PTNS cắt tử cung hoàn toàn nếu có sẹo mổ đẻ hay tiền sử mổ ở vùng tiêu khung thì tỷ lệ tai biến, biến chứng tăng lên rất đáng kể so với nhóm người bệnh không có sẹo mổ cũ (từ 3.58% lên 18.3%)².

4.2.2. Tình huống phát hiện bệnh

Bảng 3.6 ghi nhận lý do để đối tượng nghiên cứu đi khám và phát hiện u xơ tử cung hay gặp nhất là đau vùng hạ vị (40.8%), tiếp đến là rối loạn kinh nguyệt (35.8%), tiếp theo là đau hạ vị và rối loạn kinh nguyệt 17.5%, 3% là tình cờ phát hiện u xơ tử cung khi siêu âm ổ bụng trong khám sức khỏe định kỳ, các đối tượng nghiên cứu này không có bất cứ triệu chứng lâm sàng phụ khoa nào.

Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi^{35,33}: 18.5% đối tượng nghiên cứu tình cờ phát hiện u xơ tử cung khi đi siêu âm. 45.7% được phát hiện u xơ tử cung do triệu chứng đau bụng dưới hoặc rối loạn kinh nguyệt.

Petrozza J và cộng sự²⁹ thấy khoảng 60% đối tượng nghiên cứu phát hiện bệnh u xơ tử cung nhờ triệu chứng rối loạn kinh nguyệt hoặc đau bụng dưới.

Kết quả nghiên cứu này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương: 43.5% đối tượng nghiên cứu có rối loạn kinh nguyệt¹⁴ và cũng phù hợp kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Chapron C, Fernandez B, Dubuisson J. B năm 2000¹⁸.

Tuy nhiên do một bộ phận người dân chưa có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ, chỉ khi có triệu chứng lâm sàng thì họ mới đi khám bệnh và làm các xét nghiệm vì vậy tỷ lệ phát hiện u xơ tử cung do triệu chứng rong kinh hay đau bụng dưới vẫn còn cao ³⁵.

4.2.3. Tình trạng phần phụ trên siêu âm

Hiện nay chẩn đoán bằng siêu âm trở nên phổ biến, tiện lợi, dễ thực hiện, và kết quả khá chính xác. Việc xác định tình trạng phần phụ trước phẫu thuật khá cần thiết vì liên quan đến dự kiến phương pháp phẫu thuật ⁵². Trong nghiên cứu này trên siêu âm có 11 đối tượng nghiên cứu u nang buồng trứng một bên, 2 trường hợp u nang buồng trứng hai bên. Tuy nhiên việc xác định có hay không bệnh lý phần phụ bằng siêu âm trước mổ chỉ có ý nghĩa tham khảo. Việc xác định chính xác bệnh lý phần phụ phải nhờ chẩn đoán tình trạng phần phụ trong phẫu thuật, từ đó phẫu thuật viên sẽ quyết định giữ lại hay cắt bỏ một hoặc hai bên phần phụ...

4.2.4. Số lượng u xơ trên siêu âm

Hiện nay chẩn đoán bằng siêu âm trở nên phổ biến, tiện lợi, dễ thực hiện, và cho kết quả khá chính xác. Việc xác định số lượng u xơ trên siêu âm liên quan đến dự kiến phương pháp phẫu thuật. 100% tham gia phẫu thuật có bệnh lý u xơ tử cung. Số lượng u xơ cũng ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật. Trong nghiên cứu này hầu hết đối tượng nghiên cứu có từ 1 u xơ (76.7%) và 2 u xơ trở lên (23.3%), phù hợp với bệnh lý u xơ tử cung là đa u xơ. Kết quả của tôi phù hợp với nghiên cứu của Harry Reich (2003) ⁵, Mary Ann Lumsden (2011) ²⁵, Dubuisson (2000) ¹⁸.

4.2.5. Tình trạng cổ tử cung trước phẫu thuật

Bảng 3.9 cho thấy nhận định ngoài cổ tử cung trước phẫu thuật cho thấy tỉ lệ hồng đều không tổn thương chiếm 57.5%, 41.6% là viêm lộ tuyến và

0.9% là polyp cổ tử cung và không có đối tượng nghiên cứu nào có nguy cơ ung thư. Tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội có đầy đủ trang thiết bị để tiến hành sàng lọc và chẩn đoán các bệnh lý về cổ tử cung. Đồng thời tổn thương tại cổ tử cung cũng là một yếu tố chỉ định cắt tử cung hoàn toàn, có ý nghĩa dự phòng ung thư cổ tử cung.

4.2.6. Kích thước tử cung trên lâm sàng

Kết quả ở Bảng 3.10 ghi nhận: kích thước tử cung to bằng tử cung có thai từ 8 - 12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất: 86.7%. 6 đối tượng nghiên cứu có kích thước tử cung lớn hơn tử cung có thai 12 tuần vẫn thực hiện PTNS với thử nghiệm mở rộng chỉ định và hoàn thiện kỹ năng PTNS cắt tử cung ở khoa phụ ngoại, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Theo Hary Reich ⁵⁰, Kovac S. R ⁵³ và Hiệp hội Sản phụ khoa Mỹ chỉ định thông thường nhất trong PTNS cắt tử cung điều trị u xơ tử cung với những tử cung to tương ứng với tử cung có thai ≤ 12 tuần.

Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi ¹⁴ chỉ định PTNS cắt tử cung tùy thuộc vào một số yếu tố: (1) Kích thước tử cung; (2) Độ di động của tử cung. (3) Tình trạng bệnh lý của phần phụ. (4) Có tổn thương ác tính và tổn thương nghi ngờ ác tính ở tử cung. (5) Âm đạo hẹp hay rộng.

Kích thước tử cung quá lớn là một trong những chống chỉ định PTNS cắt tử cung. Theo Carl F. Giesler ⁵⁴: đối tượng nghiên cứu có u xơ mà tử cung có kích thước lớn hơn tử cung có thai 14 tuần (trọng lượng tử cung > 450 gram) khi PTNS nếu không được trợ giúp bằng các dụng cụ nội soi tiên tiến, trình độ phẫu thuật viên không cao thì tỷ lệ tai biến và biến chứng sẽ cao, nên hạn chế chỉ định PTNS ở những bệnh nhân này.

Harry Reich ⁵ cho rằng: điều quan trọng nhất trong lựa chọn phương PTNS cắt tử cung vẫn là kích thước tử cung, ngoài ra còn phụ thuộc vào kinh

nghiệm, trình độ tay nghề của phẫu thuật viên kết hợp với sự tiến bộ của phương tiện dụng cụ nội soi.

Francesco Sesti và cộng sự⁵⁰ khuyên nên thực hiện PTNS cắt tử cung ở người bệnh có tử cung to tương đương với tử cung có thai nhỏ hơn hoặc bằng 12 tuần, chống chỉ định với những người bệnh có tử cung to tương ứng với tử cung có thai trên 16 tuần vì gây nhiều tai biến và biến chứng.

Rakesh Sinha và cộng sự⁵⁵ thực hiện PTNS cắt tử cung hoàn toàn 173 đối tượng nghiên cứu u xơ tử cung có tử cung to tương đương với tử cung có thai 18 tuần, đối tượng nghiên cứu có tử cung to nhất tương đương với tử cung có thai 32 tuần (trọng lượng 3200g). Nhóm tác giả trên kết luận: PTNS cắt tử cung hoàn toàn có thể thực hiện được ở mọi bệnh nhân tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí kích thước của khối u và sự hỗ trợ của các dụng cụ PTNS hiện đại...

4.2.7. Kích thước u xơ tính theo đường đo lớn nhất

Trong bảng 3.11 ghi nhận kích thước ngang tử cung trên siêu âm trung bình là $4.99 \pm 1.05\text{cm}$, nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 7.3cm. Có 78.3% đối tượng nghiên cứu có kích thước ngang tử cung trên siêu âm lớn hơn 4cm

Việc xác định kích thước ngang tử cung trên siêu âm không khó khăn và rất cần thiết vì nếu kích thước ngang tử cung trên siêu âm lớn PTNS sẽ khó khăn, nguy cơ tai biến và biến chứng cao và khó lấy bệnh phẩm hơn.

Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi³⁵ kích thước u xơ càng lớn thì biến chứng chảy máu càng cao do đó nên thận trọng khi chỉ định mổ nội soi ở bệnh nhân có u xơ kích thước trên 8cm.

Trong nghiên cứu Katherine A. O'Hanlan và cộng sự³⁷: nếu kích thước ngang của tử cung trên 12 cm nguy cơ chảy máu cao, cầm máu khó khăn đặc biệt khi u ở eo tử cung.

Tác giả Leonard²⁸ cho rằng việc xác định kích thước tử cung bằng siêu âm trước phẫu thuật là rất cần thiết, kích thước ngang tử cung trên 8cm có nguy cơ phẫu thuật nội soi thất bại cao.

4.2.8. Mức độ thiếu máu khi vào viện

Bảng 3.12 cho thấy: 54.2% đối tượng nghiên cứu vào viện không thiếu máu; 39.2% đối tượng nghiên cứu thiếu máu nhẹ; 6.6% là thiếu máu mức độ vừa, không có bệnh nhân có tình trạng thiếu máu nặng

Tình trạng thiếu máu do đối tượng nghiên cứu bị rong kinh, cường kinh kéo dài. Điều này phù hợp với 53.3% trường hợp tới bệnh viện có rối loạn kinh nguyệt.

Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của tôi tương tự như nghiên cứu của Trần Thị Liên Hiệp¹⁵: tỷ lệ thiếu máu nhẹ và vừa là 48.9%, và nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp¹⁴: 30.3% bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ và vừa.

Theo James B. Spies và cộng sự³² thì tỷ lệ thiếu máu của nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung là 38%, của nhóm tắc mạch tử cung là 58%.

4.3. ĐẶC ĐIỂM TỬ CUNG VÀ PHẦN PHỤ TRONG PHẪU THUẬT

4.3.1. Vị trí u xơ tử cung

- Vị trí u xơ có ảnh hưởng lớn đến chỉ định cũng như thao tác kỹ thuật trong quá trình phẫu thuật. U xơ ở thân, ở đáy tử cung mặc dù kích thước lớn so với u xơ ở các vị trí khác nhưng thao tác mổ vẫn dễ dàng hơn. U xơ ở eo tử cung hoặc u xơ trong dây chằng rộng thường gây khó khăn trong phẫu thuật, nguy cơ tai biến biến chứng cao, tỷ lệ chuyển mổ mở cũng cao.

Trong nghiên cứu này có 98/120 (81.7%) đối tượng nghiên cứu có u xơ ở thân tử cung, chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp sau đó có 15/120 (12.5%) u xơ ở eo tử cung, 1/120 (0.8%) là u xơ trong dây chằng rộng và 1/120 (0.8%) đối tượng nghiên cứu u xơ ở cổ tử cung. Vị trí u xơ được đánh giá theo tiêu chuẩn FIGO (2018)

Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp¹⁴: tỷ lệ u xơ ở eo và ở trong dây chằng rộng chiếm 13.3%. U xơ ở eo, u xơ trong dây chằng rộng, u xơ cổ tử cung sẽ khó khăn cho PTNS, nhất là đối với các PTV mới còn chưa có nhiều kinh nghiệm trong PTNS.

4.3.2. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật

Xử trí phần phụ trong phẫu thuật cắt tử cung nói chung và PTNS cắt tử cung nói riêng tùy thuộc vào nhiều yếu tố trong đó chủ yếu dựa vào tuổi đối tượng nghiên cứu và tình trạng phần phụ trong phẫu thuật.

Bảng 3.7 ghi nhận: tình trạng phần phụ bình thường chiếm tỷ lệ 89.2%; có nang buồng trứng: 10.8%; Nhờ đánh giá được tình trạng phần phụ phẫu thuật viên sẽ quyết định bảo tồn một hoặc hai phần phụ.

Theo bảng 3.14 có 59.2% đối tượng nghiên cứu được bảo tồn hai phần phụ, 7 đối tượng bảo tồn 1 phần phụ (5.8%), 42 trường hợp nghiên cứu cắt 2 phần phụ (35%). Có sự thống nhất giữa tình trạng phần phụ trong phẫu thuật và xử trí phần phụ. Tuy nhiên tình trạng phần phụ trong phẫu thuật có sự khác biệt với kết quả siêu âm trước mổ vì siêu âm không thể chẩn đoán nang buồng trứng và các bệnh lý khác buồng trứng.

Những phần phụ viêm dính quá nặng, tổn thương vôi và buồng trứng không hồi phục phải chỉ định cắt 1 hoặc cả 2 phần phụ. Theo Nguyễn Văn Giáp¹⁴ những đối tượng nghiên cứu trong quá trình phẫu thuật nếu phần phụ nào quá dính thì nên cắt bỏ, chỉ để lại phần phụ bên ít dính hơn.

William H. Parker và cộng sự⁵⁶ năm 2009 nghiên cứu 29.380 đối tượng nghiên cứu được phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn, trong đó 16.345 đối tượng nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ (55,6%), 13.035 đối tượng nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn để lại hai phần phụ (44,4%). Khi so sánh bảo tồn hai phần phụ và cắt hai phần phụ thấy: những đối tượng nghiên cứu cắt 2 buồng trứng giảm nguy cơ ung thư vú và ung thư buồng trứng, nhưng tăng nguy bị bệnh tim mạch, loãng xương, giảm trí nhớ và một số bệnh lý khác...

4.3.3. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.15 ghi nhận, thời gian phẫu thuật trung bình: 67.3 ± 15.8 phút, thời gian phẫu thuật nhanh nhất: 40 phút, lâu nhất: 110 phút. Thời gian phẫu thuật trong khoảng 61-90 phút chiếm tỷ lệ cao nhất: 51.7%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp¹⁴ (trung bình $62,9 \pm 24,5$ phút) thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là dài hơn.

Bảng 4.3. Thời gian phẫu thuật trung bình:

Tác giả	Năm	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)
Holub Z và CS ⁴	2001	90.95 ± 29.99
Thomas N. Payne và CS ⁵⁷	2008	$119 \pm 59,3$
John F. Boggess và CS ⁹	2006	213.4 ± 34.7
Francesco Sesti và CS ⁵⁰	2008	133 ± 7.0
Katherine A và CS ⁴⁹	2003	153.7 ± 48.7
Trương Việt Bắc	2019	67.3 ± 15.8

So sánh với các tác giả nước ngoài thì thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là nhanh hơn. Nhưng thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi còn dài hơn thời gian PTNS cắt tử cung ở một số nghiên cứu trong nước. Có thể vì PTNS cắt tử cung hoàn toàn là kỹ thuật khó, do còn thiếu một số dụng cụ nội soi chuyên dụng và phẫu thuật viên còn ít kinh nghiệm nên thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn.

- Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung.
- Phương trình tương quan: $y = 0,132x + 14,96$

Trong đó:

- y: thời gian phẫu thuật (phút).
- x: trọng lượng tử cung (gram).

Hệ số tương quan: $r = 0,901$; $p < 0,001$. Thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

Như vậy thời gian phẫu thuật tương quan thuận chặt chẽ với trọng lượng tử cung, trọng lượng tử cung lớn thì thời gian phẫu thuật dài và ngược lại.

Nghiên cứu của Thomas Gyr và cộng sự⁵⁸: trọng lượng tử cung và thời gian phẫu thuật có mối tương quan thuận, tử cung có trọng lượng lớn thì thời gian phẫu thuật dài và ngược lại ($r = 0,34$, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Trần Thị Liên Hiệp¹⁵ cũng cho kết quả tương tự ($r = 0,52$, $p < 0,001$).

- Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và đường kính lớn nhất của tử cung:

Theo biểu đồ 3.2 và 3.3 thì thời gian phẫu thuật tương quan thuận với đường kính lớn của tử cung, đường kính lớn nhất của tử cung càng lớn thì thời gian phẫu thuật càng dài và ngược lại.

Phương trình tương quan: $y = 11,55x + 9,77$

Trong đó:

- y: thời gian phẫu thuật (phút).
- x: đường kính ngang u xơ lớn nhất trên siêu âm (mm).

Hệ số tương quan: $r = 0,770$; $p < 0,001$. Thời gian phẫu thuật và đường kính ngang U xơ lớn nhất trên siêu âm tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

4.3.4. Lượng máu mất trong mổ

Bảng 3.15 ghi nhận số lượng máu mất dưới 250 ml chiếm tỉ lệ cao nhất 52.5 %, tiếp sau là tỉ lệ máu mất trong khoảng 251-400 ml là 45.8% và sau cùng là tỉ lệ máu mất trên 400ml chiếm 1,7 %. Lượng máu mất trong mổ phụ thuộc rất nhiều vào khối lượng tử cung, theo biểu đồ 3.4 thì trọng lượng tử cung càng lớn thì lượng máu mất càng nhiều. Trong nghiên cứu này ước lượng máu mất trung bình trong mổ là $194.8 \pm 54.5 \text{ ml}$ (60 - 250ml). Trường hợp mất máu nhiều nhất Nguyễn Thị D – Sóc Sơn Hà Nội (20010989) được chẩn đoán trước phẫu thuật là u xơ tử cung – rong kinh, thời gian PTNS là 100 phút, lượng máu mất 500ml, nguyên nhân là do u xơ tử cung to các PTV tiến hành khó khăn và thì cắt đốt động mạch tử cung không tốt nên khiến lượng máu mất nhiều.

O’Hanlan nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi cho 830 trường hợp đánh giá lượng máu mất trung bình là $130 \pm 89 \text{ ml}$; đồng thời cũng theo O’Hanlan thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ giảm đi với sự tăng lên về kinh nghiệm của phẫu thuật viên⁴⁹.

Một số tác giả nghiên cứu đánh giá lượng máu mất của phẫu thuật nội soi đều nhận thấy vai trò nổi bật của phương pháp phẫu thuật này là mất máu ít hơn các phẫu thuật khác vì tất cả các mô đã được cầm máu bằng dao điện trước khi cắt

4.4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

4.4.1. Tai biến trong phẫu thuật

Trong nghiên cứu này không có đối tượng nghiên cứu nào bị tai biến trong quá trình phẫu thuật kể cả các tai biến về gây mê và về thao tác kỹ thuật.

Filip Claerhour và Jan Deprest (2005)², nghiên cứu trên 1000 bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung bằng PTNS, cắt tử cung đường âm đạo và mổ mở thấy tỷ lệ tai biến tổn thương các tạng như sau:

Bảng 4.4. Tỷ lệ tổn thương các tạng trong phẫu thuật theo Claerhour:

Tổn thương tạng	Mổ mở cắt tử cung (%)	Cắt tử cung đường âm đạo (%)	PTNS cắt tử cung (%)
Niệu quản	0,2	0	1,1
Bàng quang	0,5	0,2	1,3
Ruột	0,2	0,5	0,4
Tổn thương mạch	4,0	4,6	4,7

4.4.2. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

- Trong 120 trường hợp nghiên cứu thì có 02 trường hợp phải chuyển mổ mở vì tiên lượng khó khăn trong PTNS không thể tiếp tục tiến hành. Trường hợp đầu tiên là Phan Thị N (19120325) người bệnh có sẹo mổ thành bụng, được chẩn đoán là u xơ tử cung rong kinh và tiến hành cắt TCHT qua NS, khi tiến hành vào ổ bụng qua NS 15' thì thấy các mạc nối lớn dính vào mặt sau tử cung, một phần đại tràng và 2 phần phụ dính vào thành chậu không quan sát được, PTV thấy khó khăn trong việc tiến hành PTNS đã chuyển sang mổ mở

đường trắng giữa dưới rốn để đảm bảo an toàn cho người bệnh, sau 55' tiến hành mổ mở đã phẫu thuật thành công cắt tử cung hoàn toàn để 02 phần phụ, tổng số máu mất 350ml, trọng lượng tử cung là 400gr. Trường hợp thứ 2 là Nguyễn Thị T (19109184) được chẩn đoán là u xơ tử cung đau bụng, được chỉ định PTNS cắt TCHT, khi vào ổ bụng qua NS 10' thấy u xơ to chiếm toàn bộ phần trường, tiên lượng khó khăn trong việc cắt tử cung qua NS nên PTV đã quyết định chuyển mổ mở, sau 45' mổ mở đã tiến hành phẫu thuật thành công cắt TCHT để lại 02 phần phụ cho người bệnh, tổng số máu mất là 300ml, trọng lượng tử cung là 700gr. Đây là 02 trường hợp đáng tiếc phải tiến hành chuyển mổ mở sau khi có chỉ định PTNS cắt TCHT.

Các biến chứng được phát hiện sau mổ gồm: viêm mủm âm đạo có 4 đối tượng nghiên cứu (3.3%) .4 đối tượng nghiên cứu viêm mủm cắt âm đạo sau PTNS, sau mổ 2 tuần quay lại với triệu chứng đau hạ vị, ra khí hư âm đạo nhiều lần máu điều trị nội khoa bằng kháng sinh, giảm nề, làm thuốc âm đạo... đối tượng nghiên cứu ổn định. Trong 4 trường hợp trên có 2 trường hợp được khâu mủm cắt bằng chỉ Stratafix (mẫu chỉ mới đang được thử nghiệm tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, là loại chỉ không nút thắt có kháng khuẩn).Trong nghiên cứu này 100% số ca PTNS cắt TCHT ở Bệnh viện phụ sản Hà Nội được các PTV khâu qua nội soi.Không tiến hành khâu bằng đường âm đạo.

Theo Filip Claerhout và cộng sự ²: tỷ lệ biến chứng viêm mủm âm đạo ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng là 0,2%, đường âm đạo là 1,8% và PTNS là 1,4%. Tỷ lệ viêm mủm âm đạo của chúng tôi cao hơn có thể do chưa xử lý hết viêm âm đạo trước mổ cũng như đang dùng loại chỉ mới

James E Carter ³⁹ nghiên cứu 1.500 đối tượng nghiên cứu PTNS cắt tử cung thấy tỷ lệ biến chứng là 10 - 11%, ông cho rằng biến chứng nguy hiểm

nhất là gây thủng các tạng rỗng như đại tràng, trực tràng, ruột non. Biến chứng hay gặp nhất là tổn thương cơ quan tiết niệu do trong quá trình đốt cầm máu hoặc do khâu mổ cắt làm tổn thương...

Theo Katherine A. O'Hanlan⁴⁹ tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn là 7,7% và tổn thương hệ tiết niệu nói chung là 2,8%.

Như vậy so sánh với các tác giả trên thì tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của chúng tôi là ít hơn.

KẾT LUẬN

Trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 08/2019 đến tháng 5/2020. Nghiên cứu thu thập 120 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và đưa ra 2 kết luận sau:

1. Một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ảnh hưởng đến chỉ định PTNS cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung:

- 86.7% đối tượng nghiên cứu có kích thước tử cung trên lâm sàng to bằng tử cung có thai từ 8 - 12 tuần.
- 13,4% là tỉ lệ có sẹo mổ thành bụng (9,2% sẹo mổ mở, 4,2% sẹo mổ nội soi). Sẹo mổ thành bụng là yếu tố cần cân nhắc khi chỉ định PTNS.
- 42.5% số bệnh nhân có viêm cổ tử cung kết hợp, phù hợp chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.
- 45,8% bệnh nhân có thiếu máu trước phẫu thuật.
- 35.8% là tỉ lệ kích thước lớn nhất tử cung trên siêu âm từ 4 -5 cm.

2. Kết quả PTNS cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung:

- Trọng lượng tử cung trung bình: $397.9 \pm 108.2g$, tử cung nặng nhất: 700g, nhẹ nhất: 230g. 36.7% bệnh nhân trọng lượng tử cung từ 300 -400g.
- Thời gian phẫu thuật trung bình: 67.3 ± 15.8 phút, thời gian phẫu thuật có mối tương quan thuận chặt chẽ với trọng lượng tử cung và kích thước của tử cung trên siêu âm.
- Lượng máu mất trong mổ : $194,8 \pm 54,5 ml$
- Tỷ lệ chuyển mổ mở: 1.7%.
- Biến chứng sau mổ: viêm mủm âm đạo: 3.3%.
- Không có tai biến trong phẫu thuật.

KIẾN NGHỊ

1. Qua kết quả nghiên cứu phẫu thuật cắt tử cung bằng nội soi chúng tôi xin đề xuất một số tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu có kích thước tử cung trên 12 tuần cân nhắc chỉ định phẫu thuật qua nội soi.

- Sử dụng dao siêu âm trong phẫu thuật làm ngắn thời gian phẫu thuật

2. Nghiên cứu thêm về chỉ khâu để hạn chế nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt. *Phẫu thuật Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, 2002: 511 - 524.
2. Claerhout F, Deprest J (2005), Laparoscopic hysterectomy for benign diseases, *Best practice and research clinical Obstetrics and Gynecology*, U.K, Vol 19, No 3, 357 – 375.
3. El-Toukhy T.A, Hefni M.A, Davies A.E, Mahadevan S (2004) The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study, *Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol 24, No 4, 420 – 425.
4. Holub Z, Jabor A, Kliment L, et al. Laparoscopic hysterectomy in obese women a clinical prospective study, *European journal of Obstetric and Reproductive Biology*, 2001: 98, 77 – 82.
5. Reich H. Laparoscopic hysterectomy, *International for Gynecologic endoscopy*, Vol 9, Issue 2. 2003.
6. Advincula A. P. Surgical techniques: robot-assisted laparoscopic hysterectomy with da Vinci surgical system, *The International Journal of Medical Robotics and Computer Assisted Surgery*, (2), 2006: 305 – 311.
7. Hurt W.W, Falcone T, Sharp H.T, Gruenigen V (2009), Gynecologic laparoscopic: Treatment, University Hospitals Case Medical Center, U.S.A.
8. Nguyễn Thị Thu Hương. *Nghiên cứu về phẫu thuật cắt tử cung do một số bệnh phụ khoa lành tính tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2008*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội. 2009.
9. Boggess J, Gehrig P. A, Cantrell L, et al. A comparative study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging for endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, laparotomy, *American journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008: 199: 360. e1-360.e9.

10. Boggess J. F, Gehring P. A, Cantrell L, et al (2008), A comparative study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging for endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, laparostomy, *American Journal Obstetrics and Gynecology*, Vol 199, (4), 360.e1 – 360.e9.
11. Edmonds D. K, Magos A(2007), *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynecology*, Blackwell Publishing, London, UK.
12. Nguyễn Đình Tời. *Bước đầu đánh giá ưu nhược điểm của phương pháp cắt tử cung đường âm đạo tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội. 2001.
13. Cục quân y – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Bài giảng tập huấn toàn quốc năm 2007, chuyên ngành phẫu thuật nội soi*, Cục quân Y xuất bản, Hà Nội. 2007
14. Nguyễn Văn Giáp. *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương* Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội. 2006.
15. Nguyễn Thị Liên Hiệp. *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện 121 – Quân khu 9*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Học Viện Quân Y. Hà Nội. 2011.
16. Mai Trọng Hưng. *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn trong điều trị bệnh u xơ tử cung*, Luận văn thạc sĩ y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội. 2005.
17. Boggess J. F. *Da Vinci Hysterectomy for early stage endometrial cancer: Procedure Guide*, PN 871402 Rev. D 4/09. 2009.

18. Chapron C, Fernandez B, Dubuisson J.B (2000), Total hysterectomy for benign pathologies: direct costs comparison between laparoscopic and abdominal hysterectomy, *Reproductive Biology* (89), 141 – 147.
19. Đỗ Xuân Hợp. *Giải phẫu bụng*, Nhà xuất bản Y học - Hà Nội, 1977: 325 - 336.
20. Mader S.S. *Understanding Human Anatomy and Physiology*, The fifth edition, Chapter 17 The Reproductive System, Female Reproductive System, The McGraw-Hill Companies, 2004: 349 – 358.
21. Netter F. *Atlas of Human Anatomy*, 2010: 341 - 350.
22. Phạm Thanh Hải. *Kỹ thuật thuyên tắc động mạch tử cung*, Bệnh viện Từ Dũ, TP. Hồ Chí Minh. 2009.
23. Keith, Moore L, Arthur.F, Dalley. *Clinically oriented anatomy*, The fourth edition, Chapter 3: Pelvis and Perineum, Lippincott Williams and Wilkins, 2002: 367 - 371.
24. Bộ môn Phụ sản, Học viện Quân y. *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội. 2009.
25. Lumsden M.A. Embolization versus myomectomy versus hysterectomy, *Human Reproduction*, Volume 17, Issue 2, UK, 2011: 253 - 259.
26. Pitkin J, Alison B. Peattie, Brian A. Magowan. *Obstetrics and Gynecology*, Uterine fibroids, 2003: 118 – 121.
27. Bộ môn Phụ sản, Đại học Y Hà Nội. *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội. 2013.
28. Leonard F, Chopin N, Chapron C, Borghese B. Total laparoscopic hysterectomy: Preoperative risk factors for conversion to laparotomy, *J Minim Invasive Gynecol*, 2005: 12(4), 312 – 317.
29. Petrozza J. C, Rivlin M, et al. Hysteroscopy, <http://emedicine.medscape.com/article/267021-overview>. 2010.

30. Hennawy M. El. To do or not to do hysterectomy, WWW.geocities.com/mmhennawy, Egypt. 2008.
31. Thoma V, Salvatores M, Mereu L, et al. Laparoscopic hysterectomy: technique, indication, *Annales d' urologie*. 2007: 41, 80 – 90.
32. Spies J.B, Cooper J.M, Worthington-Kirsch R, et al. Outcome of uterine embolization and hysterectomy for leiomyomas: Results of a multicenter study, *American journal of Obstetrics & Gynecology*, 2004: 191, 22 – 31.
33. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. *Đánh giá hiệu quả điều trị bóc nhân xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh. 2005.
34. Todd R. Jenkins. Laparoscopic supracervical hysterectomy, *American journal of Obstetric and Gynecology*, 2004: 191, 1875-84.
35. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ, *Tạp chí Phụ sản số 2*, 2001: 29 - 32.
36. Lange S, Chelmow D, et al. Laparoscopic hysterectomy, <http://emedicine.medscape.com/article/1839957-overview>. 2011.
37. O'Hanlan K.A, Huang G.S, Lopez L, Garnier A.C. Total laparoscopic hysterectomy for oncological indications with outcomes stratified by age, *Gynecologic Oncology*, 2004:(95), 196 – 203.
38. Bộ môn Phẫu thuật thực hành, Học viện Quân y, *Bài giảng phẫu thuật thực hành tập 2*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội. 2008
39. 36Carter. J. E (1996), Complication of laparoscopic hysterectomy: Avoid the Risks, *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*, Vol 3, 9 – 17.
40. Estape R, Lambou N, Diaz R, et al (2009), A case matched analysis of robotic radical hysterectomy with lymphadenectomy compared with laparoscopy and laprotomy, *Gynecologic Oncology*, (113), 357 – 361.

41. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Phạm Việt Thanh, Nhận xét bước đầu về tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt tận gốc hoàn toàn tử cung kết hợp nạo hạch chậu trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm tại Bệnh viện Từ Dũ, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 11, Phụ bản số 4, 2007: 371 – 381.
42. Holloway R.W, Ahmad S, DeNardis S.A, et al. Robotic-assisted laparoscopic hysterectomy and lymphadenectomy for endometrial cancer: Analysis of surgical performance, *Gynecologic Oncology*. 2009: 115, 447 – 452.
43. Frumovitz M, Ramirez P.T. Total laparoscopic radical hysterectomy: Surgical technique and instrumentation, *Gynecologic Oncology*, 2007: 104, S13 – S16.
44. Park SH, Cho HY, Kim HB. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy , *Gynecol Obstet Invest*, 2011: 71 (3) : 193 - 197.
45. Bộ môn Huyết học – Truyền máu Trường Đại học Y Hà Nội. *Bài giảng Huyết học – truyền máu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004: 158.
46. Hồ Đăng Phúc. *Sử dụng phần mềm SPSS trong phân tích số liệu*, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội. 2005.
47. Johnson N, Tavender E, Barlow D, et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial, *BMJ*, 2005: 330(7506): 1457 - 1478.
48. Payne T, Dauterive F, Pitter M, et al. Robotical assisted hysterectomy in patients with large uteri, *Obstetrics and Gynecology*, 2010: 115, (3), 535 – 542.
49. O’Hanlan K.A, Lopez L, Garnier A.C. Total laparoscopic hysterectomy: Body mass index and outcomes, *The American College of Obstetrician& Gynecologists*, Germany, Vol 102, No 6, 2003: 1384 – 1392.

50. Sesti F, Calonzi F, Ruggeri V, et al. A comparison of vaginal, laparoscopic-assisted vaginal, and minilaparotomy hysterectomies enlarged myomatous uteri, *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008: 103, 227 – 231.
51. Garry R, Fountain J, Mason S, et al. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy, *BMJ*, doi:10.1136/bmj.37984.623889.F6. 2004.
52. Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E, et al. Hysterectomy, Oophorectomy, and Heart Disease risk factors in Older Women, *Public health briefs*, U.S.A, Vol 87, No 4. 1997.
53. Kovac S.R. Guideline for Hysterectomy, *Obstet Gynecol*, U.S.A, 2001: 17 – 27.
54. Giesler C. F, Vyas A. Surgical techniques, *OBG management*, Vol. 20, No 10. 2008.
55. Sinha R, Sundaram M, Lakhotia S, et al. Total laparoscopic hysterectomy for large uterus, *journal of Gynecology endoscopy and surgery*, India, Vol 1, issue 1. 2009.
56. Parker W.H, Broder M.S, Chang E, et al. Overian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the Nurses' Health study, *The American College of Obstetricians & Gynecologists*, Vol 113, No 5, 2009: 1027 – 1037.
57. Payne T. N, Dauterive F. R. A comparison of total laparoscopic hysterectomy to Robotically assisted hysterectomy: Surgical outcomes in a community practice, *The Journal minimally invasive gynecology*, Vol 15, (3), 2008: 286- 291.

58. Gyr T, Ghezzi F, Arslanagic S, et al. Minimal invasive laparoscopic hysterectomy with ultrasonic scalpel, *The American Journal and Surgery*. 2001: 181, 516 – 519.
59. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study, *Lancet*, Sweden, 2007: 370: 1494-99.
60. Hertel H, Köhler C, Michels W, et al. Laparoscopic assisted radical vaginal hysterectomy: Prospective evaluation of 200 patients with cervical cancer, *Gynecologic Oncology*, 2003: 90, 505 – 511.
61. Học viện Quân y. *Tai biến, biến chứng phẫu thuật* Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội, 1988: 69 - 135.
62. Long C. Y, Shih-Cheng HSU, Tung-Pi WU, et al. Effect of laparoscopic hysterectomy on bladder neck and urinary symptoms, *Australian and New Zealand Journal of Obsetrics and Gynecology*, 2003: 43: 65 – 69.
63. Nguyễn Nguyên Ngọc. *Tình hình phẫu thuật điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 2/2007 – 7/2007*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội. 2007.
64. O'Hanlan K.A, Dibble S.L, Fisher D.T. Total laparoscopic hysterectomy for uterine pathplogy: Impact of body mass index on outcomes, *Gynecologic Oncology* 2006: (103), 938 – 941.
65. Phạm Việt Thanh, Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Nguyễn Thị Thanh Tâm. Đánh giá tai biến của phẫu thuật nội soi ổ bụng trong phụ khoa tại Bệnh viện Từ Dũ, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12, Phụ bản số 4, 2008: 374 – 381.
66. Phan Thị Thu Anh. *Sinh lý bệnh điều hòa thân nhiệt – sốt*, Sinh lý bệnh học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004:219 – 235.

67. Trần Bá Tín, Võ Thị Bích Vân, Đặng Ngọc Thuận. Phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại khoa sản Bệnh viện đa khoa Quảng Ngãi, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12, Phụ bản số 4, 2008: 369 – 373.
68. Uccella S, Laterza R, Ciravolo G, et al. A comparison of urinary complications following total laparoscopic radical hysterectomy and laparoscopic pelvic lymphadenectomy to open abdominal surgery, *Gynecologic Oncology*, 2007: 107, S147 – S149.
69. Waxman A, ACOG Practisce Bullettin. Cervical cytology screening, *Clinical management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists*, 2009: (109).

PHIẾU NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: **Nhận xét kết quả nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội**

Người thực hiện: Trương Việt Bắc

Đặc điểm chung:

1. Tuổi: < 35, 35 – 39, 40 – 44, 45 – 49, 50 – 54, ≥ 55.
2. Nơi ở:
3. Nghề nghiệp:
4. Trình độ văn hóa:
5. Tiền sử sản khoa:
6. Tiền sử ngoại khoa:
7. Đường mổ trước đây:

Các triệu chứng cơ năng:

8. Toàn thân:
9. Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu: đau kiểu tức, nặng bụng dưới
10. Rối loạn kinh nguyệt
11. Ra khí hư loãng,

Các triệu chứng thực thể:

12. Nhìn: khối u gồ lên ở vùng hạ vị.
13. Nắn bụng: khối u gồ lên ở vùng hạ vị.
14. Đặt mổ vị nhận định ngoài cổ tử cung: hồng đều, sọc cũ, lộ tuyến tái tạo, lộ tuyến chưa tái tạo, khác.
15. Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng: kích thước khối u to ở vùng hạ vị (tính theo tuần tuổi thai), mật độ (mềm, chắc, cứng); bề mặt khối u (đều. không đều); di động cổ tử cung thì khối u di động theo (dễ, khó, không di động).

Các triệu chứng cận lâm sàng:

16. Siêu âm: kích thước UXTC

Lý do PTNS cắt TCHT:

Kết quả PTNS cắt TCHT điều trị UXTC tại BV.PSHN:

17. Kết quả phẫu thuật: cắt TCHT và 2 phần phụ, cắt TCHT để lại 1 hoặc 2 buồng trứng, không cắt được phải chuyển mổ đường bụng.

18. Tình trạng phần phụ: bình thường, có u , dính

19. Máu mất trong mổ tính theo ml:

- Đo tại bình hút : ml

- Do phẫu thuật viên đánh giá : ml

20. Trọng lượng tử cung và u xơ, không tính phần phụ: gam

21. Tai biến: chảy máu không cầm được bằng nội soi, chuyển mổ mở, chạm tạng khác, tràn khí dưới da, do gây mê, khác.

22. Biến chứng gần: chảy máu sau mổ, nhiễm trùng sau mổ, do gây mê, khác.

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

STT	Họ tên đối tượng nghiên cứu	Địa chỉ	Mã số
1	Trần Thị G	Đông Anh – Hà Nội	19098537
2	Hoàng Minh H	Bắc Từ Liêm – Hà Nội	16140273
3	Nguyễn Thị K	Vị Xuyên – Hà Giang	19101667
4	Trần Thị O	Hoài Đức – Hà Nội	14046066
5	Nguyễn Thị T	Bắc Từ Liêm – Hà Nội	17061560
6	Nguyễn Thị H	Thạch Thất – Hà Nội	19084063
7	Hà Thị L	Chương Mỹ - Hà Nội	19100806
8	Phạm Thị Bích T	Nam Từ Liêm – Hà Nội	19100991
9	Nguyễn Thị Phương A	Cầu Giấy – Hà Nội	31204348
10	Bùi Thị D	Sóc Sơn – Hà Nội	19100389
11	Nguyễn Thị Liên H	Sơn Tây – Hà Nội	19258487
12	Ngô Thị Minh H	Hai Bà Trưng – Hà Nội	19094804
13	Nguyễn Thị H	Thường Tín – Hà Nội	19091156
14	Trương Thị L	TP Thanh Hóa – Thanh Hóa	19103575
15	Lê Thị Thanh H	Cầu Giấy – Hà Nội	17068559
16	Nguyễn Thị T	Tiên Du – Bắc Ninh	19109184
17	Nguyễn Thị T	Trực Ninh – Nam Định	19101678
18	Nguyễn Thị H	Chương Mỹ - Hà Nội	19145400
19	Nguyễn Thị C	Thuận Thành – Bắc Ninh	19149802
20	Trương Thị Thu D	Thanh Trì – Hà Nội	14108592
21	Nguyễn Thị H	Đống Đa – Hà Nội	19086064
22	Vũ Thị Bích H	Sóc Sơn – Hà Nội	19086367
23	Nguyễn Thị H	Ba Vì – Hà Nội	19135759
24	Tạ Thị B	Hoài Đức – Hà Nội	19145716
25	Dương Thị Đ	Tây Hồ - Hà Nội	7011010
26	Bùi Thị H	Quốc Oai – Hà Nội	19017117
27	Bùi Thị H	Thạch Thất – Hà Nội	19150170
28	Vì Thúy H	TP Lạng Sơn – Lạng Sơn	19143668
29	Hoàng Thúy M	Hoàn Kiếm – Hà Nội	19151902
30	Hoàng Thị Ánh H	Thanh Xuân – Hà Nội	19157493
31	Bùi Thị T	Thanh Ba – Phú Thọ	19155708
32	Nguyễn Thị N	Ứng Hòa – Hà Nội	19155761

STT	Họ tên đối tượng nghiên cứu	Địa chỉ	Mã số
33	Quách Thị H	Đống Đa – Hà Nội	19684535
34	Đào Thị T	Văn Giang – Hưng Yên	19125388
35	Nguyễn Thị H	Mỹ Hào – Hưng Yên	9046730
36	Nguyễn Thị Kim H	Hai Bà Trưng – Hà Nội	7094747
37	Phan Thị T	Thạch Thất – Hà Nội	12090219
38	Phạm Thùy L	Thanh Oai – Hà Nội	19100601
39	Trần Thị Thanh T	Tứ Kỳ - Hải Dương	19128994
40	Bùi Thị N	Tp Hạ Long – Quảng Ninh	11196749
41	Nguyễn Thị B	Sóc Sơn –Hà Nội	19109783
42	Nguyễn Hồng C	Nam Từ Liêm – Hà Nội	19129925
43	Bùi Thị L	Long Biên – Hà Nội	19119769
44	Nguyễn Kim D	Bắc Từ Liêm – Hà Nội	60304733
45	Đinh Thanh N	Đống Đa – Hà Nội	12019872
46	Vũ Thị Kim L	Long Biên – Hà Nội	19503457
47	Nguyễn Thị H	Gia Lâm – Hà Nội	19210273
48	Nguyễn Thị C	Sóc Sơn – Hà Nội	19135961
49	Nguyễn Thị H	Sóc Sơn – Hà Nội	18071266
50	Hà Thị M	Thanh Trì – Hà Nội	12036773
51	Nguyễn Thị H	Bắc Từ Liêm – Hà Nội	19106114
52	Nguyễn Thị T	Ứng Hòa – Hà Nội	19110405
53	Vũ Thị S	Ba Đình – Hà Nội	19100405
54	Đào Thị H	Đoan Hùng – Phú Thọ	18135816
55	Hà Ngọc A	Trà Lĩnh – Cao Bằng	19110145
56	Cao Thị H	Thanh Ba – Phú Thọ	19106511
57	Vũ Thị V	Gia Lâm – Hà Nội	19115540
58	Nguyễn Thị Mai H	TP Vĩnh Yên – Vĩnh Phúc	19115871
59	Nguyễn Kim A	Tây Hồ - Hà Nội	11001975
60	Phan Thị N	Ba Vì – Hà Nội	19120325
61	Nguyễn Thị Mai O	Tây Hồ - Hà Nội	12075200
62	Nguyễn Thị D	Hoài Đức – Hà Nội	19120423
63	Đường Thùy D	TP Vinh – Nghệ An	19116580
64	Dương Thị D	Hà Đông – Hà Nội	19104282
65	Tạ Thị N	Gia Lâm – Hà Nội	19119119
66	Phương Thị Bích N	Ba Vì -Hà Nội	19027860

STT	Họ tên đối tượng nghiên cứu	Địa chỉ	Mã số
67	Nguyễn Thị G	Hoài Đức – Hà Nội	19110387
68	Phan Thị Tâm	Hoa Lư – Ninh Bình	19134507
69	Nguyễn Thị P	Chương Mỹ - Hà Nội	19132966
70	Hoàng Thị T	Đống Đa – Hà Nội	19125908
71	Nguyễn Thị V	Hoài Đức – Hà Nội	19118975
72	Trịnh Thu H	Hải Bà Trưng – Hà Nội	19132516
73	Nguyễn Thị T	Thạch Thất – Hà Nội	19134846
74	Vương Thị H	Đông Anh – Hà Nội	19140827
75	Đặng Thị T	Thường Tín – Hà Nội	19129082
76	Nguyễn Thị Thanh V	Đống Đa – Hà Nội	17140248
77	Nguyễn Thị T	Chương Mỹ - Hà Nội	19144046
78	Đinh Thị O	Đan Phượng – Hà Nội	19139035
79	Vũ Thị T	Thạch Thất – Hà Nội	15066550
80	Phạm Thị C	Kim Sơn – Ninh Bình	19135043
81	Phạm Thanh T	Long Biên – Hà Nội	19121646
82	Phạm Thị H	Cầu Giấy – Hà Nội	7016292
83	Cao Thị P	Thanh Trì – Hà Nội	17158136
84	Nguyễn Thị M	Hiệp Hòa – Bắc Giang	19158749
85	Nguyễn Thị Lan A	Hoàng Mai – Hà Nội	19148325
86	Trần Thị X	Quốc Oai – Hà Nội	20001406
87	Dương Thị K	Gia Lâm – Hà Nội	19085891
88	Tô Thị Thanh H	Hoàn Kiếm – Hà Nội	18017515
89	Nguyễn Thị U	Thạch Thất – Hà Nội	18160775
90	Trần Thị T	Thành Hà – Hải Dương	20013194
91	Bùi Thị T	Trực Ninh – Nam Định	20002134
92	Nguyễn Thị H	Đông Anh – Hà Nội	20007378
93	Lê Thị N	Giao Thủy – Nam Định	20001678
94	Đặng Thị Hồng N	Cầu Giấy – Hà Nội	20500873
95	Nguyễn Thị Đức K	Long Biên – Hà Nội	19823654
96	Nguyễn Thị Thu H	Long Biên – Hà Nội	20080870
97	Nguyễn Thị D	Sóc Sơn – Hà Nội	20010989
98	Nguyễn Thị P	Thanh Miện – Hải Dương	13088154
99	Nguyễn Thị H	Thanh Trì – Hà Nội	20013802
100	Nguyễn Thị P	Hiệp Hòa – Bắc Giang	20013976

STT	Họ tên đối tượng nghiên cứu	Địa chỉ	Mã số
101	Hồ Thị N	Thủy Nguyên – Hải Phòng	20015574
102	Nguyễn Thị P	Sóc Sơn – Hà Nội	19100771
103	Đỗ Thị L	Hưng Hà – Thái Bình	18101343
104	Nguyễn Thị B	Phú Xuyên – Hà Nội	19084127
105	Đỗ Thị L	Hoàng Mai – Hà Nội	20020528
106	Đinh Thị L	Sóc Sơn – Hà Nội	20019453
107	Nguyễn Thị Q	Hoài Đức – Hà Nội	20025037
108	Hồ Thị Q	Hà Đông – Hà Nội	19123162
109	Trần Thị L	Đông Anh – Hà Nội	6804656
110	Nguyễn Thị T	Hiệp Hòa – Bắc Giang	20095822
111	Vũ Thị H	Nam Trực – Nam Định	17066163
112	Nguyễn Thị Tố P	TP Bắc Ninh – Bắc Ninh	20029456
113	Mai Thị Thu H	TP Tuyên Quang – Tuyên Quang	20031115
114	Lê Thị S	Chương Mỹ - Hà Nội	20029472
115	Nguyễn Thị H	Thanh Trì – Hà Nội	20033240
116	Phí Thị H	Thạch Thất – Hà Nội	19306908
117	Mai Thị T	Cẩm Phả - Quảng Ninh	20161179
118	Nguyễn Thị An T	Ba Đình – Hà Nội	20298910
119	Nguyễn Thị Hồng H	Ba Đình – Hà Nội	9128226
120	Trần Thị T	Mỹ Đức – Hà Nội	20041281

Xác nhận của giáo viên hướng dẫn

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
TL. Giám đốc
Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRƯỜNG VIỆT BẮC

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ NỘI SOI CẮT TỬ CUNG
HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRƯỜNG VIỆT BẮC

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ NỘI SOI CẮT TỬ CUNG
HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI**

Chuyên ngành: Sản phụ khoa

Mã số: 8720105

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. Nguyễn Mạnh Trí

HÀ NỘI – 2020

LỜI CẢM ƠN

Trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự hướng dẫn, giúp đỡ quý báu của các thầy cô, các anh chị, các em và các bạn đồng nghiệp. Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tôi xin được bày tỏ lời cảm ơn chân thành tới:

Ban giám hiệu, Phòng đào tạo Sau đại học, Bộ môn Sản Phụ Khoa-Trường Đại Học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện thuận lợi giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn những người thầy kính mến đã hết lòng giúp đỡ, dạy bảo, động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn. Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc và sự kính trọng tới **TS. Nguyễn Mạnh Trí** người thầy đã tận tâm giúp đỡ, chỉ bảo đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu từ khi xây dựng đề cương đến khi hoàn thiện luận văn.

Tôi xin cảm ơn tất cả những bệnh nhân đã đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới gia đình, người thân và bạn bè đã luôn dành cho tôi sự động viên giúp đỡ trong quá trình thực hiện đề tài nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Trương Việt Bắc

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trương Việt Bắc, học viên lớp Cao học chuyên ngành Sản Phụ khoa, khóa 27, Trường Đại học Y Hà Nội, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **TS. Nguyễn Mạnh Trí**.
2. Các kết quả trình bày trong luận văn là trung thực, khách quan, chưa từng được công bố trong bất kỳ một công trình nào trước đây và được sự chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Trương Việt Bắc

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. TỬ CUNG VÀ BỆNH HỌC U XƠ TỬ CUNG.....	3
1.1.1. Một số đặc điểm giải phẫu tử cung	3
1.1.2. Sinh bệnh học u xơ tử cung.....	6
1.1.3. Mô bệnh học u xơ tử cung.....	7
1.1.4. Lâm sàng u xơ tử cung	8
1.1.5. Tiến triển và biến chứng.....	9
1.1.6. Lựa chọn phương pháp điều trị: dựa vào các yếu tố:.....	11
1.2. KHÁI NIỆM PHẪU THUẬT NỘI SOI	13
1.3. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN PHẪU THUẬT NỘI SOI.....	14
1.4. PHƯƠNG TIỆN VÀ DỤNG CỤ PHẪU THUẬT NỘI SOI.....	15
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	17
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	17
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:.....	17
2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:	17
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	17
2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:.....	17
2.2.2. Cỡ mẫu:	17
2.3. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH.....	18
2.3.1. Các bước nghiên cứu.....	18
2.3.2. Các biến số và chỉ số nghiên cứu:	19
2.3.3. Một số định nghĩa trong nghiên cứu	20
2.3.4. Thiết bị mổ nội soi:	20
2.3.5. Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung.....	23
2.3.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	25
2.3.7. Xử lý số liệu	25

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	27
3.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	27
3.1.1. Tuổi	27
3.1.2. Nơi ở.....	27
3.1.3. Nghề nghiệp	28
3.1.4. Số lần sinh con	28
3.1.5. Tiền sử ngoại khoa.....	29
3.1.6. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu	29
3.2 Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật	30
3.2.1 Tình trạng phần phụ trên siêu âm.....	30
3.2.2. Số lượng u xơ tử cung theo siêu âm.....	30
3.2.3. Nhận định ngoài cổ tử cung	31
3.2.4. Kích thước khối u và tử cung qua khám lâm sàng.....	31
3.2.5. Kích thước nhân xơ tính theo đường đo lớn nhất	32
3.2.6. Mức độ thiếu máu khi vào viện.....	32
3.3. Đặc điểm trong phẫu thuật	33
3.3.1 Vị trí u xơ theo giải phẫu tử cung	33
3.3.2 Xử trí phần phụ.....	33
3.3.3 Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật	34
3.3.4 Thời gian phẫu thuật.....	35
3.3.5. Lượng máu mất trong phẫu thuật.....	37
3.4. Tai biến, biến chứng	39
Chương 4: BÀN LUẬN.....	40
4.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU	40
4.1.1. Tuổi	40
4.1.2. Khu vực	41
4.1.3. Nghề nghiệp	41
4.1.4. Số lần sinh con	42

4.2. CÁC YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ẢNH HƯỞNG

ĐẾN CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT 42

- 4.2.1. Sẹo mổ thành bụng..... 42
- 4.2.2. Tình huống phát hiện bệnh..... 44
- 4.2.3. Tình trạng phần phụ trên siêu âm..... 45
- 4.2.4. Số lượng u xơ trên siêu âm..... 45
- 4.2.5. Tình trạng cổ tử cung trước phẫu thuật..... 45
- 4.2.6. Kích thước tử cung trên lâm sàng 46
- 4.2.7. Kích thước u xơ tính theo đường đo lớn nhất 47
- 4.2.8. Mức độ thiếu máu khi vào viện..... 48

4.3. ĐẶC ĐIỂM TỬ CUNG VÀ PHẦN PHỤ TRONG PHẪU THUẬT.. 48

- 4.3.1. Vị trí u xơ tử cung 48
- 4.3.2. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật 49
- 4.3.3. Thời gian phẫu thuật..... 50
- 4.3.4. Lượng máu mất trong mổ..... 52

4.4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG 53

- 4.4.1. Tai biến trong phẫu thuật 53
- 4.4.2. Biến chứng trong và sau phẫu thuật..... 53

KẾT LUẬN 56

KIẾN NGHỊ..... 57

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi	27
Bảng 3.2.	Phân bố người bệnh theo khu vực.....	27
Bảng 3.3.	Phân bố người bệnh theo nghề nghiệp	28
Bảng 3.4.	Phân bố người bệnh theo số lần sinh con.....	28
Bảng 3.5.	Tiền sử sẹo mổ thành bụng	29
Bảng 3.6.	Triệu chứng cơ năng phát hiện bệnh.....	29
Bảng 3.7.	Tình trạng phản phụ trên siêu âm	30
Bảng 3.8.	Số lượng u xơ tử cung.....	30
Bảng 3.9.	Nhận định ngoài cổ tử cung	31
Bảng 3.10.	Kích thước khối u	31
Bảng 3.11.	Kích thước nhân xơ tính theo đường đo lớn nhất	32
Bảng 3.12.	Mức độ thiếu máu khi vào viện	32
Bảng 3.13.	Vị trí u xơ theo giải phẫu tử cung	33
Bảng 3.14.	Xử trí phản phụ trong phẫu thuật:	33
Bảng 3.15.	Thời gian phẫu thuật	35
Bảng 3.16.	Đặc điểm lượng máu mất trong phẫu thuật.....	37
Bảng 3.17	Lượng máu mất và trọng lượng tử cung sau mổ.....	37
Bảng 4.1.	Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu PTNS cắt tử cung điều trị u xơ tử cung.....	41
Bảng 4.2.	Tỷ lệ sẹo mổ thành bụng.....	43
Bảng 4.3.	Thời gian phẫu thuật trung bình.....	50
Bảng 4.4.	Tỷ lệ tổn thương các tạng trong phẫu thuật theo Claerhour	53

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật.	34
Biểu đồ 3.2.	Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung.	35
Biểu đồ 3.3.	Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và đường kính u xơ lớn nhất trên siêu âm.	36
Biểu đồ 3.4.	Tương quan giữa trọng lượng tử cung và lượng máu mất trong phẫu thuật.	38

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1. Tử cung trong tiêu khung.....	3
Hình 1.2. Tử cung nhìn từ phía sau.....	4
Hình 1.3. Hình thể trong tử cung, vòi trứng và buồng trứng	4
Hình 1.4. Mạch máu tử cung.....	5
Hình 1.5. Vị trí UXTC	7
Hình 1.6. Tắc mạch điều trị UXTC.....	12

DANH MỤC CÁC ẢNH

Ảnh 2.1. Máy bơm khí CO ₂	21
Ảnh 2.2. Nguồn sáng và dây cáp quang.....	21
Ảnh 2.3. Optic.	22
Ảnh 2.4. Sơ đồ ráp phần thuật.....	24