

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



LƯƠNG HOÀNG THÀNH

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
TYPE 0, TYPE 1, TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HÀ NỘI**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Hà Nội - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



LƯƠNG HOÀNG THÀNH

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
TYPE 0, TYPE 1, TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HÀ NỘI**

Chuyên ngành : Sản phụ khoa

Mã ngành : 8720105

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

TS. LÊ THỊ ANH ĐÀO

Hà Nội - 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành đề tài luận văn, với tình cảm chân thành, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

- Đảng ủy, Ban giám hiệu, Phòng đào tạo sau đại học, Bộ môn phụ sản trường đại học và các khoa phòng trường đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ tạo điều kiện cho tôi trong thời gian học tập và nghiên cứu.
- Ban giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp, Phòng nghiên cứu khoa học, Thư viện cùng các khoa phòng tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội đã hỗ trợ trong thời gian hoàn thành luận văn.

Đặc biệt, tôi xin gửi lời cảm ơn tới Tiến sĩ Lê Thị Anh Đào, trưởng khoa Phụ A5 bệnh viện phụ sản Hà Nội đã dành nhiều thời gian và công sức giúp đỡ tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và trực tiếp hướng dẫn tôi hoàn thành đề tài luận văn tốt nghiệp.

Đồng thời, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới các thầy giáo, cô giáo trong hội đồng thông qua đề cương và hội đồng chấm luận văn tốt nghiệp đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Cuối cùng, tôi xin được gửi lời cảm ơn chân thành đến gia đình và bạn bè đã luôn đồng hành, hỗ trợ và chia sẻ những khó khăn trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu khoa học.

Hà Nội, Ngày 16 tháng 10 năm 2020

Người làm luận văn

Lương Hoàng Thành

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Lương Hoàng Thành, bác sĩ nội trú khóa 43 - chuyên ngành Sản phụ khoa - 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. Lê Thị Anh Đào.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

Hà Nội, 16 tháng 10 năm 2020

Học viên

Lương Hoàng Thành

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

UXTC	: U xơ tử cung
FIGO	: International Federation of Gynecology and Obstetrics
CT	: Computed tomography
MRI	: Magnetic resonance imaging
CTC	: Cổ tử cung
NMTC	: Niêm mạc tử cung
SD	: Sinh dục
BTC	: Buồng tử cung
TC	: Tử cung
UAE	: Uterine artery embolization
PVA	: Polyvinyl alcohol

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Giải phẫu tử cung	3
1.1.1. Hình thể ngoài và phân chia.....	3
1.1.2. Hình thể trong và cấu tạo.....	5
1.1.3. Mạch và thần kinh.....	6
1.2. U Xơ Tử Cung.....	6
1.2.1. Sinh bệnh học	6
1.2.2. Phân loại U xơ tử cung	7
1.2.3. Vị trí, số lượng, kích thước u xơ tử cung.....	9
1.2.4. Triệu chứng lâm sàng và tiến triển	9
1.2.4. Cận lâm sàng	13
1.2.5. Điều trị u xơ tử cung	15
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	22
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	22
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	22
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu	22
2.3.2. Cỡ mẫu	22
2.3.3. Phương tiện nghiên cứu.....	23
2.3.4. Các bước tiến hành nghiên cứu	23
2.3.5. Các biến số và tiêu chuẩn của các biến số nghiên cứu	24
2.4: Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	26
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	29

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu	29
3.1.1. Phân loại type UXTC	29
3.1.2. Lý do vào viện	29
3.1.3. Tuổi đối tượng nghiên cứu	30
3.1.4. Mong muốn có con	30
3.1.5. Tình trạng vô sinh	31
3.1.6. Tình trạng sảy thai	31
3.1.7. Tình trạng thai lưu	32
3.1.8. Triệu chứng ra máu bất thường	33
3.1.9. Số ngày ra máu trung bình	34
3.1.10. Tình trạng đau bụng	35
3.1.11. Mức độ thiếu máu	36
3.1.12. Kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng	36
3.1.13. Số lượng khối u	37
3.1.14. Kích thước trung bình khối u	37
3.2. Nhận xét kết quả điều trị, mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng và lựa chọn phương pháp điều trị	38
3.2.1. Các phương pháp điều trị	38
3.2.2. Liên quan giữa các type và phương pháp điều trị	39
3.2.3. Liên quan giữa tuổi và phương pháp điều trị	40
3.2.4. Liên quan giữa mong muốn có con và phương pháp điều trị	40
3.2.5. Liên quan giữa mức độ thiếu máu lúc vào viện và lựa chọn phương pháp điều trị	41
3.2.6. Liên quan giữa kích thước tử cung và lựa chọn phương pháp điều trị	41
3.2.7. Liên quan giữa số lượng khối u và lựa chọn phương pháp điều trị	42
3.2.8. Liên quan giữa kích thước khối u và lựa chọn phương pháp điều trị	42
3.2.9. Thời gian phẫu thuật	43

3.2.10. Tình trạng sốt sau mổ	43
3.2.11. Thời gian điều trị trung bình của các phương pháp	44
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	45
4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu	45
4.1.1. Phân loại type UXTC	45
4.1.2. Lý do vào viện	46
4.1.3. Tuổi đối tượng nghiên cứu	47
4.1.4. Mong muốn có con	47
4.1.5. Tỷ lệ vô sinh	48
3.1.6. Tình trạng sảy thai.....	48
4.1.7. Tình trạng thai lưu.....	50
4.1.8. Tình trạng đẻ non	50
4.1.9. Tình trạng ra máu bất thường.....	50
4.1.10. Tình trạng đau bụng.....	51
4.1.11. Mức độ thiếu máu	52
4.1.12. Kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng.....	52
4.1.13. Số lượng khối u	53
4.1.14. Kích thước trung bình khối u.....	53
4.2. Nhận xét kết quả điều trị, mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị	54
4.2.1. Các phương pháp điều trị	54
4.2.2. Liên quan giữa các loại u và phương pháp điều trị	55
4.2.3. Liên quan giữa tuổi và phương pháp điều trị.....	56
4.2.4. Liên quan giữa mong muốn có con và phương pháp điều trị	56
4.2.5. Liên quan giữa mức độ thiếu máu và lựa chọn phương pháp điều trị	57
4.2.6. Liên quan giữa kích thước tử cung và lựa chọn phương pháp điều trị	57
4.2.7. Liên quan giữa số lượng khối u và lựa chọn phương pháp điều trị.....	58

4.2.8. Liên quan giữa kích thước khối u và lựa chọn phương pháp điều trị	58
4.2.9. Đánh giá một số kết quả sau phẫu thuật	59
3.2.10. Phương pháp phẫu thuật soi BTC	61
KẾT LUẬN	62
KIẾN NGHỊ	64
TÀI LIỆU TẠM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân loại UXTC theo type.....	29
Bảng 3.2. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo lý do vào viện.....	29
Bảng 3.3. Phân loại độ tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	30
Bảng 3.4. Tỷ lệ mong muốn có con của mỗi type	30
Bảng 3.5. Đặc điểm tỷ lệ sảy thai của mỗi type.....	31
Bảng 3.6. Đặc điểm tỷ lệ thai lưu của mỗi Type	32
Bảng 3.7. Đặc điểm tỷ lệ ra máu bất thường của mỗi Type	33
Bảng 3.8. Đặc điểm số ngày ra máu trung bình của mỗi Type.....	34
Bảng 3.9. Đặc điểm mức độ đau bụng của mỗi Type.....	35
Bảng 3.10. Đặc điểm tình trạng thiếu máu của mỗi Type	36
Bảng 3.11. Đặc điểm kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng	36
Bảng 3.12. Đặc điểm số lượng khối U của mỗi Type.....	37
Bảng 3.13. Đặc điểm kích thước khối u của mỗi Type	37
Bảng 3.14. Tuổi trung bình của các nhóm phẫu thuật	38
Bảng 3.15. Phân loại các phương pháp điều trị theo mỗi type	39
Bảng 3.16. Đánh giá mối liên quan giữa tuổi và lựa chọn phương pháp điều trị.....	40
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa mong muốn có con và phương pháp điều trị	40
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa mức độ thiếu máu và phương pháp điều trị .	41
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa kích thước tử cung và lựa chọn phương pháp điều trị	41
Bảng 3.19. Mối liên quan giữa số lượng khối u và phương pháp điều trị	42
Bảng 3.20. Mối liên quan giữa kích thước khối u và lựa chọn phương pháp điều trị UXTC	42
Bảng 3.21. So sánh thời gian phẫu thuật trung bình của các phương pháp	43

Bảng 3.22. So sánh tình trạng sốt sau mổ của các phương pháp điều trị	43
Bảng 3.23. So sánh thời gian điều trị trung bình của các phương pháp	44
Bảng 4.1. Tỷ lệ nhóm UXTC dưới niêm mạc của các nghiên cứu	46
Bảng 4.2. Tỷ lệ sảy thai của nhóm UXTC dưới niêm mạc	49

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ vô sinh của mỗi type	31
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ tuổi thai lúc sảy của UXTC dưới niêm mạc.....	32
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ tuổi thai lưu của UXTC dưới niêm mạc.....	33
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ ra máu bất thường của đối tượng nghiên cứu	34
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đau bụng của đối tượng nghiên cứu	35
Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ các phương pháp điều trị.....	38
Biểu đồ 4.1. Tỷ lệ lý do vào viện	46

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu tử cung, cổ tử cung, âm đạo	4
Hình 1.2. Cấu tạo bên trong bộ phận sinh dục nữ.....	5
Hình 1.3. Khối u xơ tử cung.....	7
Hình 1.4. Phân loại u xơ tử cung.....	8
Hình 1.6: Cách tính tỷ lệ khối UXTC lùi vào trong BTC.....	14

ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là bệnh lý phụ khoa phổ biến, đặc biệt là ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, tỷ lệ mắc bệnh này từ 20-25%. Tại Hoa Kỳ, trong nghiên cứu của Baird DD lựa chọn ngẫu nhiên 1346 phụ nữ từ 35 đến 49 tuổi, hơn 80% phụ nữ da đen và gần 70% phụ nữ da trắng được chẩn đoán u xơ tử cung.¹ Tại Việt Nam, theo Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hình tỷ lệ này chiếm 18-20% trong tổng số phụ nữ trên 35 tuổi.²

UXTC thường không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua thăm khám hay siêu âm.³ UXTC kích thước lớn chèn ép vào các cơ quan vùng chậu hông gây cho bệnh nhân các triệu chứng đau hạ vị kéo dài, bí tiểu, táo bón, phù chi dưới. Rối loạn kinh nguyệt như rong kinh, băng kinh cũng là triệu chứng thường gặp trên những bệnh nhân có UXTC. Khối UXTC còn làm biến dạng buồng tử cung, chèn ép vào vòi tử cung làm tăng nguy cơ vô sinh và sảy thai...

Hiện nay hệ thống phân loại UXTC của Hiệp hội Sản Phụ khoa Quốc tế FIGO năm 2011 được sử dụng phổ biến nhất.⁴ Với phân loại này, UXTC được chia thành 9 type dựa vào vị trí của khối u. Trong đó, type 0, type 1, type 2 thuộc nhóm UXTC dưới niêm mạc, khối u nằm sát niêm mạc, đè đẩy, làm biến dạng buồng tử cung gây nên những triệu chứng thường gặp như rối loạn kinh nguyệt, vô sinh và sảy thai.

Sự phát triển của phẫu thuật nội soi và kỹ thuật soi buồng tử cung làm cho nhóm bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc có nhiều sự lựa chọn trong việc điều trị: điều trị nội khoa đơn thuần, phẫu thuật bóc nhân xơ, phẫu thuật cắt tử cung hoặc làm tắc động mạch tử cung bằng phương pháp nút mạch.

Hiện tại ở Việt Nam việc sử dụng phân loại FIGO cho UXTC dưới niêm mạc còn chưa phổ biến. Chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá mối tương quan giữa các type UXTC dưới niêm mạc với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp điều trị.

Vì vậy, chúng tôi đề xuất đề tài nghiên cứu: **“Nghiên cứu điều trị u xơ tử cung type 0, type 1, type 2 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội”** với những mục tiêu sau:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u xơ tử cung type 0, type 1, type 2 tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.*
- 2. Nhận xét phương pháp phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu tử cung

Tử cung là cơ quan rỗng, thành chủ yếu do lớp cơ tạo nên. Tử cung thông ở trên với các vòi tử cung, thông ở dưới với âm đạo. Niêm mạc tử cung thay đổi theo chu kỳ gây nên hiện tượng hành kinh ở phụ nữ. Tử cung là cơ quan chứa đựng và bảo vệ thai nhi.

1.1.1. Hình thể ngoài và phân chia

Tử cung ở người phụ nữ chưa mang thai có hình quả lê, được chia thành 2 phần: 2/3 trên là thân tử cung, 1/3 dưới hẹp hơn có hình trụ là cổ tử cung.

1.1.1.1. Thân tử cung

Thân tử cung hẹp dần từ trên xuống, kích thước khoảng 4 x 4.5 cm. Hai góc bên của thân gọi là sừng tử cung. Thân tử cung dẹt trước sau nên có hai bờ bên và hai mặt là mặt bàng quang và mặt ruột.

Mặt bàng quang: áp vào mặt trên bàng quang, phúc mạc tới ngang eo tử cung thì lật lên phủ bàng quang tạo nên nếp bàng quang tử cung.

Mặt ruột: liên quan đến đại tràng sigma, các quai hồi tràng và trực tràng. Phúc mạc phủ mặt sau thân tử cung kéo dài qua cổ tử cung đến 1/3 trên âm đạo rồi lật lên phủ mặt trước trực tràng tạo nên túi cùng tử cung trực tràng.

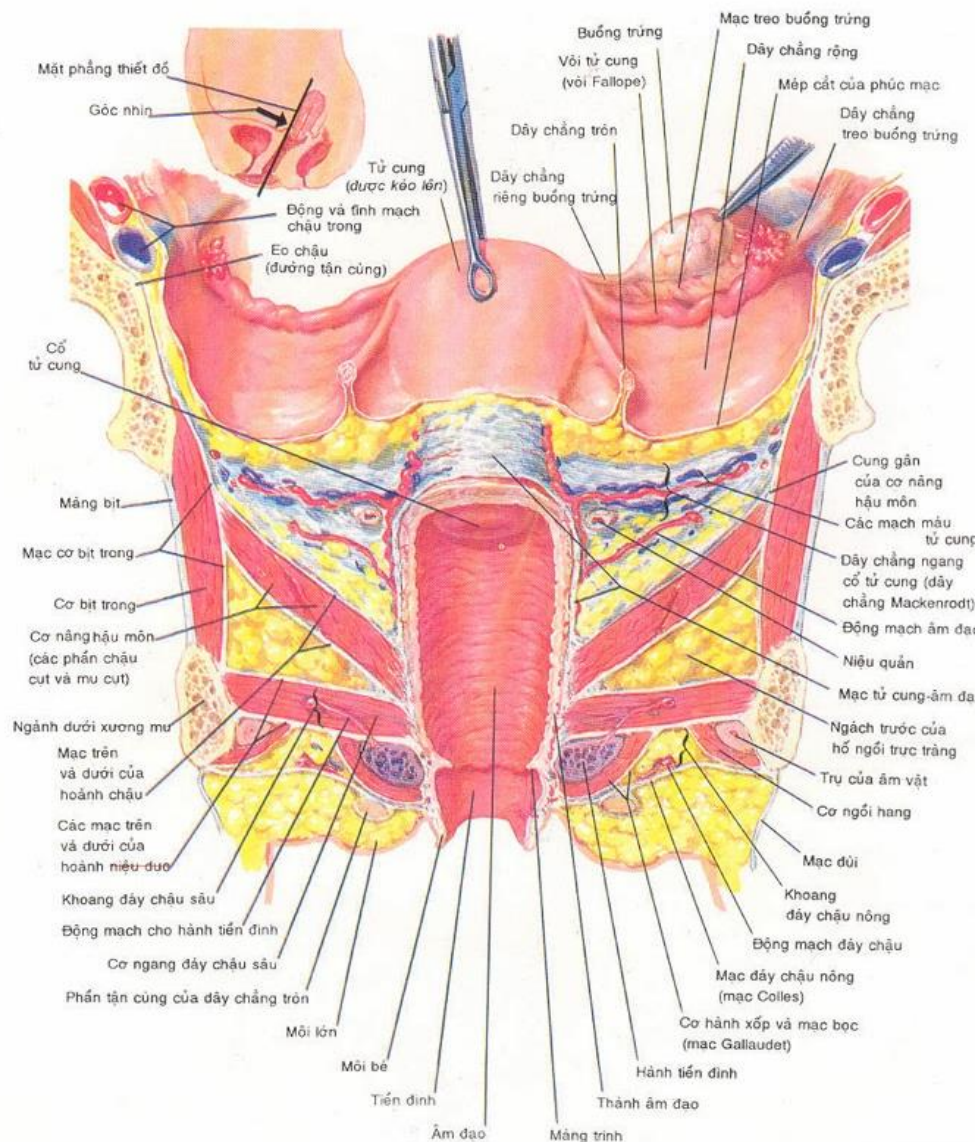
Các bờ bên tử cung: nơi phúc mạc liên tiếp với dây chằng rộng, động mạch tử cung chạy ở dọc bờ bên, giữa hai lá của dây chằng rộng.

1.1.1.2. Cổ tử cung

Cổ tử cung dài khoảng 2.5 cm và rộng ở giữa. Âm đạo bám quanh cổ tử cung, chia nó thành phần trên âm đạo và phần âm đạo. Eo tử cung là đoạn thắt hẹp phía trên cổ tử cung, nối cổ tử cung với thân tử cung.

Phần trên âm đạo: cách cổ tử cung 1.5 cm, động mạch tử cung bắt chéo trước niệu quản.

Phần âm đạo: như một đĩa lồi vào trong âm đạo, với một lỗ gọi là lỗ ngoài tử cung. Ở phụ nữ sau khi sinh, lỗ này như một khe ngang nằm giữa các môi trước và môi sau. Phần âm đạo cùng với thành âm đạo xung quanh giới hạn nên một vòm âm đạo.



Hình 1.1. Giải phẫu tử cung, cổ tử cung, âm đạo

Nguồn: Frank H. Netter (2012). Atlas giải phẫu người; trang 352

1.1.2. Hình thể trong và cấu tạo

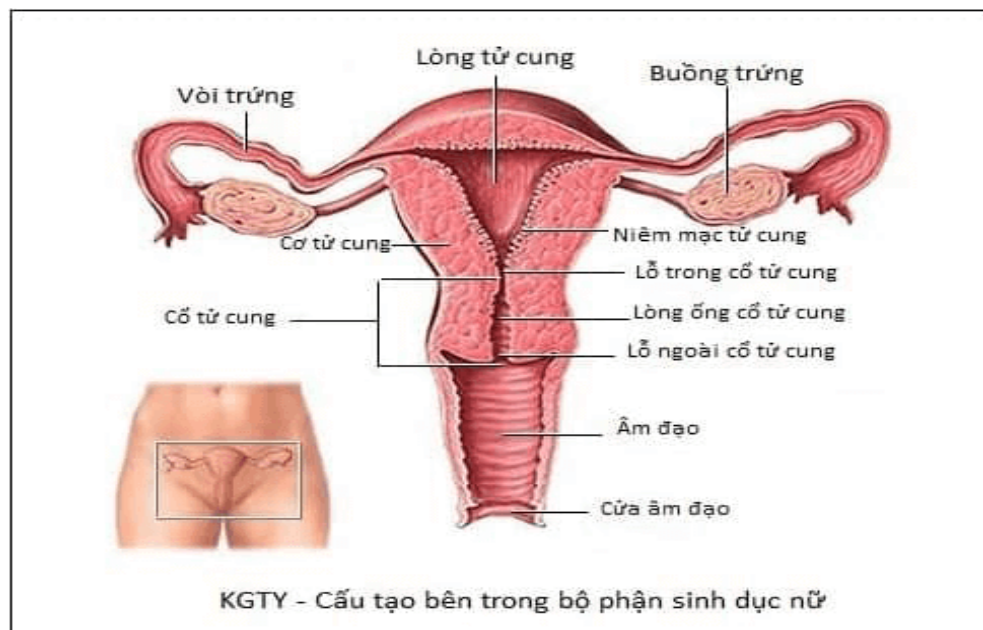
Khoang rộng bên trong tử cung là một khoang hẹp được chia thành hai phần là buồng tử cung và ống cổ tử cung, hai phần này thông với nhau qua lỗ trong giải phẫu.

Buồng tử cung: là một khe hẹp theo hướng trước sau, trên mặt cắt ngang nó có hình tam giác, hai góc bên là nơi thông với các vòi tử cung, góc dưới là lỗ trong giải phẫu.

Ống cổ tử cung: trông gần như hình thoi chạy dọc từ lỗ trong giải phẫu đến lỗ ngoài. Niêm mạc của phần này không trải qua biến đổi theo chu kỳ kinh nguyệt như niêm mạc tử cung.

Cấu tạo: thành tử cung gồm 3 lớp mô, lần lượt từ ngoài vào trong là:

- Lớp phúc mạc: bao gồm lớp thanh mạc và tằm dưới thanh mạc.
- Lớp cơ: gồm ba lớp, từ ngoài vào trong lần lượt là lớp cơ dọc, lớp cơ chéo, lớp cơ vòng. Trong đó lớp cơ chéo đan chéo chằng chịt ôm quanh mạch máu có tác dụng cầm máu sau đẻ.
- Lớp niêm mạc: dày mỏng theo chu kỳ, có nhiều tuyến tiết ra chất nhầy.



Hình 1.2. Cấu tạo bên trong bộ phận sinh dục nữ

Nguồn: Nguyễn Văn Huy (2011). Bài giảng giải phẫu người, trường đại học Y Hà Nội; trang 307.

1.1.3. Mạch và thần kinh

Động mạch: cấp máu cho tử cung gồm 2 động mạch là động mạch buồng trứng tách từ động mạch chủ bụng và động mạch tử cung tách từ động mạch chậu trong.

Tĩnh mạch: Tĩnh mạch đổ vào các đám rối tĩnh mạch buồng trứng và tử cung rồi đổ về tĩnh mạch chậu trong.

Bạch huyết: đổ vào chuỗi bạch huyết cạnh động mạch tử cung hay động mạch âm đạo cuối cùng đổ vào các hạch chậu trong.

Thần kinh: tách ra từ đám rối hạ vị dưới.⁵

1.2. U xơ tử cung (Leiomyomas)

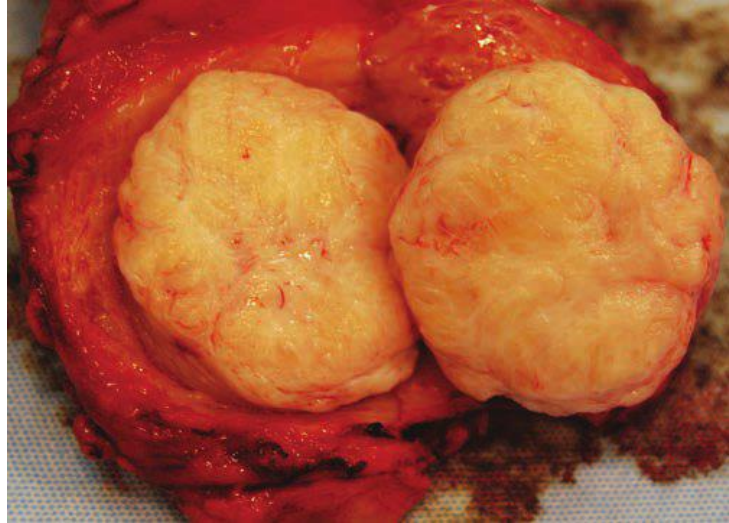
UXTC là một loại khối u lành tính do sự phát triển quá mức của sợi cơ trơn và mô liên kết ở tử cung.⁶ Đây là loại khối u rất hay gặp ở đường sinh dục nữ. Tỷ lệ UXTC trong dân số khó dự đoán bởi vì hầu hết nghiên cứu về bệnh đều đánh giá tỷ lệ trong những nhóm bệnh nhân cần có can thiệp của y khoa. Tỷ lệ mới mắc UXTC là 217 – 3745/100000 mỗi năm và tỷ lệ hiện mắc 4.5 – 68.6%.⁷ Tại Việt Nam, theo Nguyễn Xuân Hiền (2017) ở nhóm phụ nữ trên 35 tuổi có đến 30% bị bệnh này.⁸

1.2.1. Sinh bệnh học

UXTC là những khối tròn, mật độ chắc, khi cắt đôi sẽ có hình xoáy ốc, ranh giới rõ ràng với phần niêm mạc tử cung xung quanh bởi lớp mô liên kết mỏng bên ngoài. Về mặt mô học, UXTC chứa những tế bào cơ trơn kéo dài, tập trung thành những bó dày đặc. Khối u xơ ít có hoạt động phân bào, đây là một điểm khác biệt quan trọng với ung thư mô liên kết.

Cơ chế hình thành khối UXTC hiện nay không rõ ràng. Có nhiều giả thiết được đặt ra về sự phát triển của nó, trong đó người ta tìm thấy được mối

liên quan giữa sự phát triển khối u xơ và tác động của estrogen đối với sự phát triển này.



Hình 1.3. Khối u xơ tử cung

Nguồn: Hoffman (2016). William Gynecology 3th; trang 203.

UXTC là những khối u nhạy cảm với hormon estrogen. Trên thực tế người ta thấy rằng:

- Không có UXTC trước tuổi dậy thì.
- UXTC có thể tồn tại hoặc có thể giảm bớt sau thời kỳ mãn kinh hoặc sau cắt buồng trứng.
- UXTC tăng kích thước đột ngột trong quá trình mang thai, bé đi khi kết thúc thời kỳ mang thai.
- UXTC to lên sau mãn kinh nếu điều trị bằng estrogen.

1.2.2. Phân loại u xơ tử cung

1.2.2.1. Theo vị trí tính chất

UXTC có 2 dạng là không triệu chứng và có triệu chứng. Hầu hết UXTC thuộc dạng không triệu chứng, thường không cần điều trị.^{3, 9} UXTC có triệu chứng cần được điều trị và theo dõi.^{10, 11}

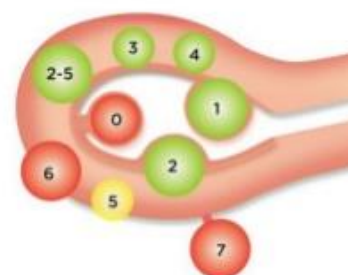
1.2.2.2. Theo vị trí của u xơ với các lớp giải phẫu của tử cung người ta chia UXTC thành 3 nhóm

- U xơ tử cung dưới thanh mạc: Phát triển từ tử cung lõi ra phía thanh mạc tử cung, thường có nhân to làm hình dáng tử cung thay đổi, ít gây rối loạn kinh nguyệt nhưng có thể gây xoắn nếu có cuống hoặc hoại tử.
- U xơ cơ tử cung: khối u phát triển trong thành tử cung, thường có nhiều nhân làm kích thước tử cung to lên.
- U xơ tử cung dưới niêm mạc: là những u có nguồn gốc từ lớp cơ nhưng phát triển dần vào buồng tử cung, gây rối loạn kinh nguyệt, gây sảy thai và đẻ non.

Hiệp hội Sản Phụ khoa Quốc tế FIGO đã chia 3 nhóm phân loại UXTC thành các dưới nhóm:⁴

PHÂN LOẠI THEO FIGO

Hệ thống phân loại u xơ tử cung theo FIGO		
SM – U xơ dưới niêm mạc	0	U xơ có cuống
	1	< 50% trong cơ
	2	≥ 50% trong cơ
	3	Tiếp xúc với nội mạc, 100% trong cơ
	4	Trong cơ tử cung
	5	U dưới thanh mạc ≥ 50% trong cơ
	6	U dưới thanh mạc < 50% trong cơ
	7	U dưới thanh mạc có cuống
	8	Khác (đặc biệt như ở cổ tử cung...)
H – U xơ tử cung tiếp xúc đồng thời với thanh mạc và niêm mạc.	Hai số nối với nhau bởi dấu "-". Số đầu khối u xơ ảnh hưởng tới nội mạc, số 2 biểu thị cho khối u xơ ảnh hưởng đến thanh mạc	
	Ví dụ: 2-5: U xơ dưới thanh mạc và dưới niêm mạc. Cả hai phía đều có ≥ 50% trong cơ	



Hình 1.4. Phân loại u xơ tử cung

Nguồn: Nguyễn Viết Tiến (2019). Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ cơ tử cung; trang 6.

Trong đó: nhóm u xơ tử cung dưới niêm mạc chia thành 3 type:

- Type 0: khối u có cuống, nằm hoàn toàn trong buồng tử cung
- Type 1: dưới 50% đường kính khối u nằm trong cơ tử cung
- Type 2: trên 50% đường kính khối u nằm trong cơ tử cung

1.2.3. Vị trí, số lượng, kích thước u xơ tử cung

- Vị trí UXTC thay đổi tùy theo các phần khác nhau của tử cung. Vị trí thường gặp nhất là thân tử cung 96%, UXTC ở eo chiếm 1% và UXTC ở cổ tử cung chiếm 3%.²

- Kích thước có thể gặp từ nhỏ đến lớn, theo Samanta.S (2019) thể tích phổ biến của UXTC là từ 95.1 cm³ đến 125 cm³.¹²

- Số lượng của UXTC có thể một hay nhiều. 82.1 % bệnh nhân được chẩn đoán UXTC có 1-2 nhân xơ.¹²

1.2.4. Triệu chứng lâm sàng và tiến triển

50% trường hợp u xơ tử cung là không có triệu chứng trên lâm sàng.¹³ Một UXTC kích thước vừa phải, không có triệu chứng lâm sàng có thể tồn tại cho đến khi bệnh nhân đi vào tuổi mãn kinh mà không cần bất cứ một can thiệp gì. Ngược lại, khối UXTC thường gây cho bệnh nhân những phiền toái trong cuộc sống như rong kinh, đau bụng, tức nặng vùng hạ vị, vô sinh, ảnh hưởng đến đời sống lao động cũng như trong sinh hoạt vợ chồng...do vậy ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân.¹⁶

1.2.4.1. Xuất huyết tử cung bất thường

Đây là triệu chứng điển hình nhất trong UXTC,¹⁵ chiếm 26 – 29% trường hợp. Ra máu bất thường thể hiện dưới nhiều dạng có thể là rong kinh, rong huyết, cường kinh, băng kinh...

- Rong kinh là hiện tượng ra huyết từ tử cung có chu kỳ, kéo dài trên 7 ngày.¹⁶

- Rong huyết là hiện tượng ra huyết từ tử cung không có tính chu kỳ, kéo dài trên 7 ngày.¹⁶

- Cường kinh là hiện tượng kinh nguyệt nhiều hơn bình thường, nếu lượng máu ra quá nhiều, lớn hơn 200ml/ngày, ảnh hưởng đến toàn trạng, mạch nhanh huyết áp tụt thì gọi là băng kinh.¹⁷

Ra máu âm đạo thường gặp trong UXTC dưới niêm mạc có thể do: ^{4, 18, 19, 20}

- U xơ dưới niêm mạc làm cho buồng tử cung bị biến dạng, rộng ra.
- U xơ tử cung làm cản trở sự co bóp của cơ tử cung dẫn đến thiếu máu nhiều và kéo dài
- Phối hợp các tổn thương khác của niêm mạc tử cung như nhiễm khuẩn. Biến chứng nhiễm khuẩn thường gặp ở u xơ dưới niêm mạc bao gồm: viêm niêm mạc tử cung, hoại tử nhiễm khuẩn...

Theo Nguyễn Thị Phương Loan nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương thì có tới 54.4% bệnh nhân có rối loạn kinh nguyệt, trong đó 53.9% bệnh nhân có triệu chứng ra máu trước khi vào viện.²¹

Theo nghiên cứu Samanta.S (2019) trên 48 bệnh nhân có UXTC được lựa chọn ngẫu nhiên thì tỷ lệ bệnh nhân rong kinh chiếm 54.2%, tỷ lệ bệnh nhân băng kinh chiếm 6.2%.¹²

Rong kinh, băng kinh không được điều trị trong thời gian dài gây nên tình trạng thiếu máu trên bệnh nhân UXTC. Phụ thuộc vào số lượng máu mất và thời gian mà mức độ thiếu máu ở mỗi bệnh nhân là khác nhau, có thể là thiếu máu nhẹ cho đến thiếu máu nặng, rất nặng bệnh nhân cần hồi sức tích cực và truyền máu. Mức độ thiếu máu của bệnh nhân được đánh giá bằng nồng độ huyết sắc tố.

Theo tổ chức y tế thế giới: thiếu máu là tình trạng giảm nồng độ HST ở trong máu so với người cùng tuổi cùng giới cùng trạng thái và cùng điều kiện sống. Ở cả nam và nữ bình thường huyết sắc tố trong máu có sự khác nhau nhưng có thể coi dưới 120g/l là thiếu máu và có thể chia ra:

- Thiếu máu nhẹ: HST từ 90 tới 120 g/l.
- Thiếu máu vừa: HST từ 60 – dưới 90 g/l.
- Thiếu máu nặng: HST từ 30 đến dưới 60 g/l.
- Thiếu máu rất nặng: HST dưới 30 g/l.²²

Theo nghiên cứu của Puri.K (2014), trong tổng số 222 bệnh nhân

UXTC dưới niêm mạc, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu chiếm 38.29%. Tỷ lệ này trong những nhóm bệnh không phải là UXTC dưới niêm mạc là 26.91%.²³

1.2.3.2. Đau bụng và các triệu chứng chèn ép cơ học

Đau bụng cũng là một triệu chứng thường ở bệnh nhân u xơ tử cung. Theo Hoàng Văn Kết (2002), 23.4% bệnh nhân UXTC đến viện là vì đau bụng.²⁴

Khối u xơ dưới phúc mạc có cuống có thể xoắn cấp tính gây đau bụng đột ngột, kèm theo nôn, buồn nôn nhưng không sốt, toàn trạng bệnh nhân có thể suy sụp, mạch nhanh, bụng chướng, choáng ngất.

Trường hợp vỡ mạch máu to ở bề mặt khối u xơ có thể gây nên hội chứng chảy máu trong ổ bụng.

Đau bụng do chèn ép cơ học là nguyên nhân phổ biến hơn. Khối UXTC to phát triển chèn ép các cơ quan vùng tiểu khung gây nên các triệu chứng:

- Chèn ép niệu quản: là một biến chứng nặng của u xơ bởi vì tiền triển thường âm thầm, khi phát hiện được có thể đã có tổn thương thận. Theo nghiên cứu, kích thước khối u lớn nhất trung bình khoảng 6 cm và kích thước cả tử cung khoảng thai 18 tuần thường có sự liên quan đến tình trạng thận ứ nước.²⁵

- UXTC to chèn ép vào bàng quang, kích thích bàng quang gây triệu chứng đái dắt cho bệnh nhân.

- Rối loạn đại tiện: UXTC chèn ép vào trực tràng gây rối loạn theo kiểu nặng bụng, mót rặn.

- Chèn ép vào mạch máu: gây triệu chứng phù chi dưới do chèn ép tĩnh chủ. Nghiên cứu đã chứng minh nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch vì huyết khối do UXTC to cao hơn nguy cơ sau phẫu thuật.²⁶

1.2.3.3. Biến chứng về sản khoa

- Vô sinh

UXTC là một yếu tố gây vô sinh do làm tắc hẹp vòi trứng, làm xoắn vặn biến dạng buồng tử cung, rối loạn co bóp tử cung làm ảnh hưởng tới sự di chuyển của tinh trùng. Ngoài ra cơ địa cường estrogen tương đối không thuận lợi cho thai nghén. 5 – 18% trường hợp UXTC dưới niêm mạc là nguyên nhân gây vô sinh.²⁷

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Hồ Nguyên Tiến (2009) trong 45 trường hợp UXTC dưới niêm mạc có 15 trường hợp chiếm 35% có phối hợp với vô sinh, trong đó vô sinh I có 5 trường hợp chiếm 11%, vô sinh II có 10 trường hợp chiếm 22.2%.²⁸

- Khi có thai

Theo một nghiên cứu của Jayakrishnan.K (2013), tỷ lệ có thai của những bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc là 27.6% trong khi tỷ lệ này trong nhóm bệnh nhân u xơ cơ tử cung là 30.7% khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.045$.²⁷

Khi có thai UXTC to lên và mềm đi, tăng nguy cơ sảy thai trong 3 tháng đầu. Tỷ lệ sảy thai của UXTC dưới niêm mạc là 33.3% so với u xơ cơ tử cung là 22.5%.²⁷

UXTC to gây biến dạng buồng tử cung, chèn ép bánh rau làm cản trở dòng máu nuôi thai, hậu quả dẫn đến thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu trong buồng tử cung.

Nghiên cứu của Stout.M (2010) trên 64.047 phụ nữ trong 3 tháng giữa thai kỳ cho thấy có 2058 (3.2%) trường hợp có UXTC. So sánh với nhóm thai phụ không có UXTC, kết quả cho thấy tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung và tỷ lệ thai chết lưu của nhóm có UXTC lần lượt là 13.7% và 1.6%, tỷ lệ này trong nhóm thai phụ không có UXTC lần lượt là 13.1 % và 0.1% ($p= 0.01\%$).²⁹

UXTC dưới niêm mạc mở rộng vào buồng tử cung làm tăng nguy cơ bám bất thường của bánh rau.

Những tháng cuối của thai kỳ, UXTC làm tăng nguy cơ dọa đẻ non, đẻ

non. Khối u kích thước lớn làm ngôi thai bình chỉnh không tốt. Nguy cơ gây u tiền đạo, cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ.

Giai đoạn sổ rau, UXTC làm rối loạn sự co bóp của cơ tử cung ảnh hưởng đến giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ, tăng nguy cơ chảy máu sau đẻ.

Nghiên cứu của Hee Joong Lee (2010) so sánh giữa hai nhóm thai phụ có UXTC và thai phụ không có UXTC đã cho thấy rằng UXTC làm tăng nhiều nguy cơ trong quá trình mang thai và sau sinh. Nghiên cứu đã đưa ra nhóm thai phụ có UXTC có tỷ lệ phẫu thuật lấy thai là 48.8% trong khi nhóm không có UXTC là 13.3% ($p=0.001$). Tỷ lệ rau bám chặt của nhóm có u xơ và không có u xơ lần lượt là 1.4% và 0.6%. Tỷ lệ chảy máu sau sinh cũng tăng cao lần lượt là 2.5% và 1.4% ($p=0.001$).³⁰

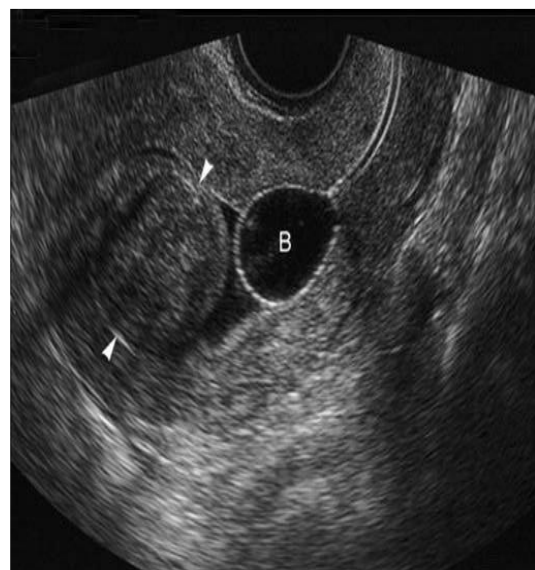
1.2.4. Cận lâm sàng

1.2.4.1. Siêu âm

Siêu âm là phương pháp phổ biến để xác định vị trí, kích thước, số lượng khối u. Có thể thăm dò khối u bằng siêu âm qua đường bụng hoặc siêu âm đầu dò âm đạo. Hình ảnh siêu âm của u xơ tử cung dưới niêm mạc có thể thấy một khối giảm âm sát niêm mạc, ranh giới rõ nhưng trong một số trường hợp khó phân biệt được với u xơ ở tổ chức kẽ hoặc polyp buồng tử cung.



a



b

Hình 1.5. Hình ảnh siêu âm của UXTC

Nguồn: Hoffman (2016). *William Gynecology 3th*; trang 206.

a) Hình ảnh siêu âm 2D

b) Hình ảnh siêu âm bơm nước BTC

Siêu âm bơm nước vào buồng tử cung là phương pháp không những có thể phân biệt u xơ tử cung dưới niêm mạc với u xơ ở tổ chức kẽ hoặc polyp buồng tử cung mà có thể tính được tỷ lệ khối u xơ lồi vào buồng tử cung.

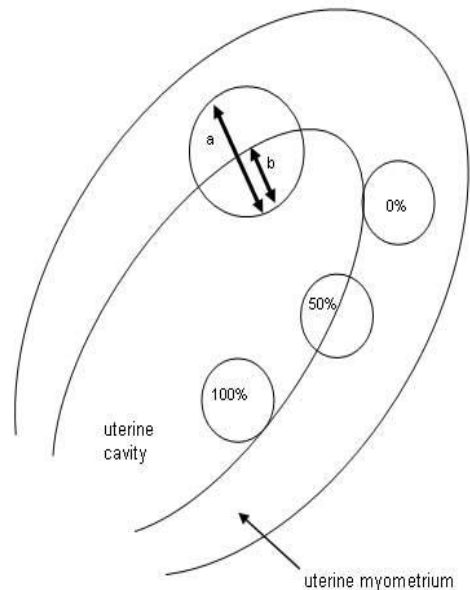
Công thức tính để phân độ theo Riko

Tamura (2010)³¹

$$G = b/a \times 100 (\%)$$

a: đường kính khối u

b: phần lồi vào BTC



Hình 1.6: Cách tính tỷ lệ khối UXTC lồi vào trong BTC

Nghiên cứu của Hồ Nguyên Tiến và cộng sự cho thấy thời gian trung bình làm siêu âm bơm buồng là 10 phút (5 - 20 phút). Tỷ lệ thành công là 91.1% (41 trường hợp). Bốn trường hợp thất bại (chiếm 8.9%) đều do chít hẹp cổ tử cung nên không đưa sonde vào ống cổ tử cung được.²⁸

Chụp buồng tử cung vòi trứng có bơm thuốc cản quang và soi buồng tử cung cũng là hai phương pháp cận lâm sàng có thể dùng trong chẩn đoán và xác định vị trí tổn thương của u xơ tử cung dưới niêm mạc trong trường hợp chẩn đoán lâm sàng và siêu âm chưa rõ.

1.2.4.2: Các thăm dò khác

U xơ tử cung tuy là một khối u lành tính nhưng có thể kết hợp với

các tổn thương khác như ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung vì vậy trong thăm khám cần làm phiên đồ âm đạo cổ tử cung, soi cổ tử cung và sinh thiết khi có nghi ngờ.

Trong những trường hợp khó chẩn đoán khối u xơ tử cung với các khối u khác trong tiểu khung, có thể cần phải chụp CT, MRI để chẩn đoán phân biệt.

Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa máu... dùng để đánh giá mức độ thiếu máu và đánh giá chức năng gan, thận... trước trong và sau điều trị.

1.2.5. Điều trị u xơ tử cung

1.2.5.1. Điều trị nội khoa

Người ta chưa biết rõ nguyên nhân gây ra UXTC nên không có điều trị căn nguyên bệnh. Tuy nhiên giả thuyết về tác động của estrogen lên sự phát triển của UXTC nên có thể dùng các thuốc kháng estrogen để điều trị.

Điều trị nội khoa chủ yếu là điều trị triệu chứng ra máu, dành cho các trường hợp:

- Chẩn đoán chắc chắn là UXTC.
- Ngoài biến chứng ra máu, không gây biến chứng nào khác.
- Điều trị có thể làm cho u không to lên thậm chí bé đi.³

Các thuốc có thể dùng trong điều trị UXTC:

- Tranexamic acid: là chất chống lý giải fibrin. Tranexamic acid được chứng minh làm giảm lượng máu kinh kể cả khi có UXTC và kiểm soát chảy máu trong phẫu thuật.^{34, 35, 36, 37}

- Thuốc tránh thai kết hợp: điều trị trường hợp ra máu do UXTC¹¹ chống chỉ định trên những bệnh nhân có nguy cơ thuyên tắc mạch, béo phì, tăng huyết áp, hút thuốc.

- DCTC chứa Levonogestrel: làm giảm 80% lượng máu kinh trong vòng 4 tháng. Hemoglobin tăng 7.8% trong 4 tháng đầu điều trị.³⁶

- GnRH đồng vận: được khuyến cáo sử dụng điều trị UXTC có triệu

chứng, có thể làm giảm kích thước khối u xơ. Sử dụng trước mổ 1 – 3 tháng để làm giảm lượng máu mất.³⁷ Không nên sử dụng thuốc quá 6 tháng và thuốc có thể gây các triệu chứng của mãn kinh.

- Thuốc Ulipristal acetate: thuốc làm giảm triệu chứng cường kinh, đau bụng do làm giảm 91% lượng máu kinh và 25% kích thước khối u sau điều trị.^{38, 39} Là thuốc được sử dụng rộng rãi và cho nhiều kết quả khả quan nhất trong nhóm SPRMs hiện nay.⁴⁰ Liều dung: UPA 5mg x 1 viên/ngày trong 3 tháng. Nếu muốn dùng lặp lại phải ngưng 2 tháng. Có thể dùng tối đa 8 đợt. Đánh giá lại chức năng gan sau mỗi đợt điều trị và dừng ngay UPA nếu men gan tăng gấp 3 lần.⁴¹

Chỉ định điều trị thuốc trong UXTC⁴²

	NSAID	COC	DMPA	LNG-IUS	GnRH agonist	Ulipristal acetate
Đau bụng kinh	+	+	+	+	+	+
Rong huyết	-	+	+	+	+	+
Chèn ép	-	-	-	-	+	+
Vô sinh	-	-	-	-	+	-

NSAID: Thuốc giảm đau chống viêm non-steroid

COC: Thuốc tránh thai phối hợp

DMPA: medroxyprogesterone acetate

LNG-IUS: dụng cụ tử cung giải phóng levonorgestrel

GnRH agonist: thuốc đồng vận GnRH

1.2.5.2. Làm tắc động mạch tử cung

Gây tắc động mạch tử cung (UAE). Đây là một biện pháp can thiệp chụp mạch đưa các vi hạt PVA hoặc các hạt tổng hợp vào các động mạch tử cung. Dòng máu đến tử cung vì thế mà bị tắc nghẽn, gây ra thiếu máu cục bộ và hoại tử. Vì các mạch cấp máu cho khối u xơ có kích thước lớn nên các vi

hạt này được ưu tiên đến các khối u, ít đến vùng quanh nội mạch tử cung. UAE giảm 43% khối lượng u xơ sau 2 tháng, 59% sau 6 tháng⁴³ và cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống trong 3 năm theo dõi.⁴⁶

UAE có hiệu quả trong điều trị hội chứng chèn ép và cường kinh tuy nhiên thiếu hiệu quả trong điều trị UXTC dưới niêm mạc.^{34, 47}

1.2.5.3. Điều trị ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa hiện nay vẫn là hướng chính trong những bệnh nhân UXTC. Phương pháp này đã mang lại kết quả tốt cho người bệnh nhất là khi người bệnh không còn nhu cầu sinh đẻ.

Chỉ định phẫu thuật: khi có 1 trong các yếu tố sau:⁴⁷

- Xuất huyết tử cung bất thường điều trị nội khoa thất bại.
- Có biến chứng (chèn ép bàng quang, niệu quản).
- UXTC hoại tử, nhiễm trùng điều trị nội khoa thất bại.
- UXTC to nhanh, nhất là sau mãn kinh.
- Kết hợp với các bệnh lý khác: Ung thư CTC, Ung thư NMTC, Tăng sản NMTC không điển hình, sa SD.
- Vô sinh, sảy thai liên tiếp.

Phẫu thuật u xơ tử cung có thể là :

- Bóc u xơ tử cung: có thể mổ mở đường bụng hoặc mổ nội soi hoặc soi buồng tử cung

- Cắt tử cung: Có thể bằng đường bụng, mổ nội soi hoặc cắt tử cung đường âm đạo.

Trong phẫu thuật cắt bỏ tử cung việc cắt bỏ hoặc bảo tồn hai phần phụ tùy thuộc vào tuổi bệnh nhân, tình trạng hai phần phụ cũng như ý kiến của bệnh nhân.

Phẫu thuật bóc u xơ tử cung:

Ưu điểm: Phẫu thuật bóc nhân xơ cho phép bảo tồn được tử cung, đảm

bảo chức năng sinh sản đồng thời loại bỏ được tổn thương bệnh lý và điều trị được các triệu chứng do UXTC gây ra cho người bệnh. Do vậy phẫu thuật bóc UXTC thường được chỉ định cho những bệnh nhân còn trẻ tuổi, còn mong muốn có con.

Nhược điểm:

- Chảy máu vị trí bóc u.
- Nguy cơ vỡ tử cung trong thai kỳ.
- Nguy cơ tái phát u xơ tử cung.
- Giảm khả năng thụ thai dẫn đến vô sinh do dính, biến dạng buồng tử cung sau mổ.

Phẫu thuật bóc u xơ tử cung có thể được thực hiện bằng phẫu thuật mở bụng, phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc qua soi buồng tử cung. Điều này còn phụ thuộc vào trang thiết bị của cơ sở y tế và trình độ của phẫu thuật viên.

Phẫu thuật cắt nhân xơ qua soi BTC: Hiệp hội phẫu thuật nội soi phụ khoa Hoa Kỳ khuyến nghị phẫu thuật soi BTC là lựa chọn đầu tay cho các trường hợp UXTC dưới niêm type 0, 1, 2 có biến chứng và kích thước khối u dưới 5cm. Nếu khối UXTC type 1 có kích thước lớn hơn 3 cm, hoặc nếu bệnh nhân bị thiếu máu thì điều trị nội khoa trước phẫu thuật (bằng SPRMs hoặc chất chủ vận GnRH) được chỉ định.²² Phẫu thuật cắt UXTC type 2 nhiều khả năng được thực hiện bằng phẫu thuật 2 thì so với type 0, 1 vì nguy cơ hấp thụ dịch cao và thủng tử cung trong phẫu thuật. Cần thận trọng khi UXTC cách lớp thanh mạc tử cung dưới 5mm.²³ Báo cáo tỷ lệ lấy hoàn toàn khối u lần lượt là 90% với type 0 và 60 – 80% với type 1, type 2, ⁴⁹ tỷ lệ mang thai sau phẫu thuật dao động từ 16.7% đến 76.9%, với tỷ lệ trung bình là 45%.^{50, 51, 52}

Tai biến:

- Chảy máu: trong phẫu thuật soi BTC cắt u xơ tỷ lệ chảy máu khoảng 0,1 – 6%, sử dụng bóng Foley bơm 30ml nước muối sinh lý có hiệu quả cầm máu.⁵³
- Tổn thương CTC: nguy cơ chít hẹp CTC và thủng tử cung trong quá

trình nong ống cổ và cắt đốt.

- Dính BTC: Tỷ lệ dính BTC sau phẫu thuật 35 – 45% nếu dùng dao điện một cực nhưng nếu dùng dao điện hai cực tỷ lệ này giảm còn 7.5%.⁵⁴

- Tái hấp thu dịch rửa: thời gian cuộc mổ kéo dài gây ra tình trạng tái hấp thu dịch rửa dẫn đến quá tải tuần hoàn, phù phổi cấp, phù não cấp.

Phẫu thuật nội soi bóc u và mở bụng bóc u: Tùy thuộc vào vị trí, số lượng, kích thước khối u mà nội soi bóc u hoặc mở bụng bóc UXTC được lựa chọn. Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung chống chỉ định cho những trường hợp khối u có kích thước lớn hơn 10 – 12 cm hoặc số lượng UXTC ≥ 4 khối u.²³ Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai sau phẫu thuật của 2 phương pháp này.^{55, 56}

Phẫu thuật cắt tử cung

Phẫu thuật cắt tử cung là phương pháp điều trị được lựa chọn cho trường hợp UXTC trong cơ và UXTC dưới niêm mạc đặc biệt trong nhóm phụ nữ 40 - 50 tuổi hoặc không còn mong muốn có con. Ở Mỹ, hơn 600.000 ca cắt tử cung được thực hiện mỗi năm⁵⁷ và tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt tử cung chiếm hơn 70% tổng số phẫu thuật cắt tử cung⁵⁸, phẫu thuật nội soi cắt tử cung được thực hiện trên tử cung có kích thước dưới 14 tuần và không dính. Trong một nghiên cứu của Donnez.O (2009) đã cho thấy tỷ lệ biến chứng tương tự sau khi phẫu thuật nội soi cắt tử cung, cắt tử cung qua âm đạo và cắt tử cung qua bụng (0,44% biến chứng chính).⁵⁸

Về lựa chọn bóc UXTC so với cắt tử cung ở những phụ nữ không còn mong muốn mang thai, so sánh giữa những nguy cơ và lợi ích giúp hỗ trợ việc quyết định lựa chọn phương pháp phù hợp cho mỗi bệnh nhân. So sánh về chất lượng cuộc sống sau một năm phẫu thuật cho thấy không có sự khác biệt giữa cắt tử cung hay bóc nhân xơ.⁵⁹ Đối với các tổn thương

trong buồng tử cung, phẫu thuật qua đường âm đạo được ưu tiên hơn. Đối với các tổn thương nằm trong thành tử cung hay dưới thanh mạc, phẫu thuật mở bụng bóc u và phẫu thuật mở bụng cắt tử cung có sự tương đương về mất máu, các tổn thương trong phẫu thuật và tình trạng sốt.^{60, 61} Tuy nhiên, nếu xem xét phương pháp nội soi ổ bụng, một nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi ổ bụng bóc u dẫn đến mất máu nhiều hơn, tỷ lệ truyền máu và chuyển sang mở bụng cao hơn, nhưng nguy cơ tổn thương bàng quang thấp hơn so với phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt tử cung.⁶²

Hơn nữa, với các biện pháp bóc u, có thể việc giảm triệu chứng là không hoàn toàn và có thể cần các can thiệp bổ sung. Ngoài ra, khối u cũng có thể tái phát trở lại. Cụ thể, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật bóc u dao động từ 40 đến 50%.⁶³ Nghiên cứu của Yasushi Kotani và cộng sự năm 2018 cho thấy tỷ lệ tái phát của phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung và phẫu thuật mở bụng bóc UXTC sau 1 năm lần lượt là 11.0% và 5.3%, sau 8 năm lần lượt là 76.2% và 63.4%.⁶⁴

Khuyến cáo lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho UXTC dưới niêm mạc⁴⁸

UXTC type 0: phẫu thuật soi BTC cắt nhân xơ được chỉ định.

UXTC type 1:

- Trường hợp khối u < 3 cm, phẫu thuật soi BTC cắt nhân xơ được chỉ định.
- Trường hợp khối u > 3 cm hoặc bệnh nhân thiếu máu, phương pháp điều trị nội khoa bằng SPRMs hoặc chất chủ vận GnRH được áp dụng, nếu có đáp ứng với điều trị (khối u nhỏ đi và không thiếu máu) thì không cần điều trị ngoại khoa. Ngược lại, soi BTC cắt nhân xơ được chỉ định khi bệnh nhân không đáp ứng.

UXTC type 2: phụ thuộc vào độ tuổi và mong muốn có con để lựa chọn phương pháp điều trị

- Trường hợp BN trong độ tuổi sinh sản mà không mong muốn có con, điều trị nội khoa được áp dụng 4 đợt, nếu có đáp ứng thì không cần điều trị thêm. Nếu không đáp ứng phẫu thuật bóc nhân xơ sẽ được chỉ định

- Trường hợp BN trong độ tuổi sinh sản và mong muốn có con, điều trị nội khoa 2 đợt, nếu thể tích khối u giảm $> 25\%$ và kiểm soát được mức độ thiếu máu thì có thể theo dõi có thai tự nhiên hoặc IVF theo nguyện vọng của BN. Ngược lại, trường hợp không đáp ứng phẫu thuật bóc nhân xơ được chỉ định

- Trường hợp BN ngoài độ tuổi sinh sản, điều trị nội khoa được áp dụng 4 đợt, nếu đáp ứng thì không điều trị thêm. Trường hợp thất bại có thể áp dụng các phương pháp bóc nhân xơ, gây tắc động mạch tử cung hoặc cắt tử cung hoàn toàn.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng trong nghiên cứu này là bệnh nhân u xơ tử cung type 0, type 1, type 2 được chẩn đoán và điều trị tại khoa Phụ A5 - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 10 năm 2019 đến ngày 01 tháng 07 năm 2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được siêu âm chẩn đoán UXTC type 0, type 1, type 2 theo FIGO, đồng ý điều trị theo phác đồ của bác sĩ và có kết quả GPB là UXTC
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Không mắc các bệnh lý từ trước như rối loạn đông máu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trường hợp kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật không là UXTC
- Có dấu hiệu thần kinh bất thường hoặc không giao tiếp bình thường được.
- Tiền sử phát hiện bệnh lý từ trước khi chẩn đoán UXTC như rối loạn đông máu...
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: tại khoa Phụ A5 - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
- Thời gian nghiên cứu: từ 01/10/2019 đến 01/07/2020

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang tiến hành tiến cứu

2.3.2. Cỡ mẫu

Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhân điều trị UXTC type 0, 1, 2 tại Khoa Phụ A5

- Bệnh viện phụ sản Hà Nội, từ 01/10/2019 đến 01/07/2020.

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng:

- Máy siêu âm 2 chiều Voluson E6, đầu dò convex và đầu dò âm đạo.
- Bộ công cụ dùng để thu thập số liệu gồm: phiếu phỏng vấn, phiếu ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước trong và sau phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án

2.3.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3.4.1. Thu nhận đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân UXTC khoa phụ A5 được thăm khám lâm sàng, siêu âm và làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Lựa chọn những bệnh nhân UXTC có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được lựa chọn được tư vấn và ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3.4.2. Thu thập số liệu nghiên cứu

Mỗi đối tượng nghiên cứu sẽ được phát 1 mẫu phiếu về tình trạng hiện tại của bản thân: tên, tuổi, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tiền sử bản thân, tiền sử sản khoa, số con hiện tại, đặc điểm về chu kỳ kinh nguyệt của bản thân...

Bác sĩ thăm khám tiến hành hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng đánh giá mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS, khám phụ khoa đánh giá kích thước của tử cung..., tiến hành siêu âm và lấy máu đánh giá phân loại type UXTC và mức độ thiếu máu.

Trong và sau phẫu thuật đánh giá thời gian cuộc phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, đánh giá một số biến chứng sau mổ như chảy máu, sốt, đau...và tính thời gian ra viện.

Kết quả giải phẫu bệnh có sau 01 tuần, đối chiếu kết quả loại trừ nhóm

bệnh nhân không phải là UXTC.

2.3.4.3. Xử lý số liệu:

Số liệu thu thập được làm sạch số liệu, mã hóa thành các biến.

Các số liệu được kiểm tra, phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0.

Các biến số định lượng có phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn.

Các biến định tính sẽ trình bày tần số và tỷ lệ phần trăm.

Nếu các biến số là biến định lượng sẽ được kiểm định bằng T – test khi số sánh giữa các nhóm.

Nếu các biến số là biến định tính sẽ được kiểm tra bằng test Chi bình phương χ^2 hoặc Fisher's exact test.

Các phép kiểm có $p < 0.05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.3.5. Các biến số và tiêu chuẩn của các biến số nghiên cứu

1. Lý do vào viện: chia thành 6 nhóm

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| Nhóm 1: Rong kinh | Nhóm 2: Băng kinh |
| Nhóm 3: Khám sức khỏe | Nhóm 4: Mong con |
| Nhóm 5: Mãn kinh ra máu | Nhóm 6: Đau bụng |

2. Tuổi: được chia thành 3 nhóm tính theo năm dương lịch

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| Nhóm 1: dưới 40 tuổi | Nhóm 2: từ 40 đến 45 tuổi |
| Nhóm 3: trên 45 tuổi | |

3. Số lần sảy thai: được chia thành 2 nhóm

- | | |
|------------------------|---------------------|
| Nhóm 1: không sảy thai | Nhóm 2: có sảy thai |
|------------------------|---------------------|

4. Tuổi thai lúc sảy: được chia thành 2 nhóm

- | | |
|----------------------|----------------------|
| Nhóm 1: dưới 12 tuần | Nhóm 2: trên 12 tuần |
|----------------------|----------------------|

5. Mong muốn có thêm con: chia thành 2 nhóm

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| Nhóm 1: Không muốn có con | Nhóm 2: Muốn có con |
|---------------------------|---------------------|

6. Vô sinh: chia thành 2 nhóm

Nhóm 1: vô sinh I

Nhóm 2: Vô sinh II

7. Số lần thai lưu: được chia thành 2 nhóm

Nhóm 1: không thai lưu

Nhóm 2: có thai lưu

8. Tuổi thai lúc lưu thai: được chia thành 2 nhóm

Nhóm 1: dưới 12 tuần

Nhóm 2: trên 12 tuần

9. Số ngày ra máu âm đạo: được tính từ ngày bắt đầu ra máu đến khi sạch hẳn.

10. Số đợt rong kinh – băng kinh: được tính bằng số lần bệnh nhân có rong kinh – băng kinh

11. Hemoglobin: kết quả định lượng HGB ngay lúc vào viện

12. Tình trạng huyết sắc tố: được chia thành 2 nhóm theo HGB

Nhóm không thiếu máu: $HGB \geq 120$ g/l

Nhóm thiếu máu: $HGB < 120$ g/l

13. Tình trạng đau bụng: sử dụng thang điểm đánh giá mức độ đau VAS



Bệnh nhân được chấm điểm từ 0 đến 10 và phân chia theo 4 nhóm

Nhóm 1: 0 điểm

Nhóm 2: 1 – 3 điểm

Nhóm 2: 4 – 6 điểm

Nhóm 4: lớn hơn 6 điểm

14. Kích thước tử cung qua thăm khám: được chia thành 3 nhóm

Nhóm 1: TC nhỏ hơn TC thai 8 tuần

Nhóm 2: TC to bằng TC thai 8 – 12 tuần

Nhóm 3: TC to hơn TC thai 12 tuần.

15. Kích thước khối u lớn nhất: đánh giá bằng đường kính khối u trên siêu âm.

16. Số lượng khối u: đánh giá bằng số lượng khối u thấy được qua siêu âm và chia thành 2 nhóm

Nhóm 1: Có 1 – 2 khối u

Nhóm 2: Lớn hơn 2 khối u

17. Phân loại Type UXTC được chia thành 3 nhóm theo FIGO

Type 0: UXTC có cuống nằm trọn vẹn trong buồng tử cung

Type 1: dưới 50% khối u nằm trong cơ tử cung

Type 2: lớn hơn 50% khối u nằm trong cơ tử cung

18. Phương pháp điều trị: được chia thành các nhóm

Soi BTC cắt UXTC

Nội soi bóc UXTC

Mở bụng bóc UXTC

Cắt tử cung đường AĐ

Nội soi cắt tử cung

Mở bụng cắt TC

19. Phương pháp soi BTC: chia thành 2 nhóm

Nhóm 1: dùng kẹp hình tim

Nhóm 2: dùng dao điện

20. Chăm máu sau mổ: chia thành 2 nhóm

Nhóm 1: Không đặt bóng

Nhóm 2: Có đặt bóng

21. Thời gian phẫu thuật được tính từ thời gian bắt đầu gây mê đến thời gian đóng bụng.

22. Tình trạng sốt sau mổ được chia thành 2 nhóm, theo dõi từ sau mổ đến khi ra viện

Nhóm 1: Không sốt

Nhóm 2: Có sốt

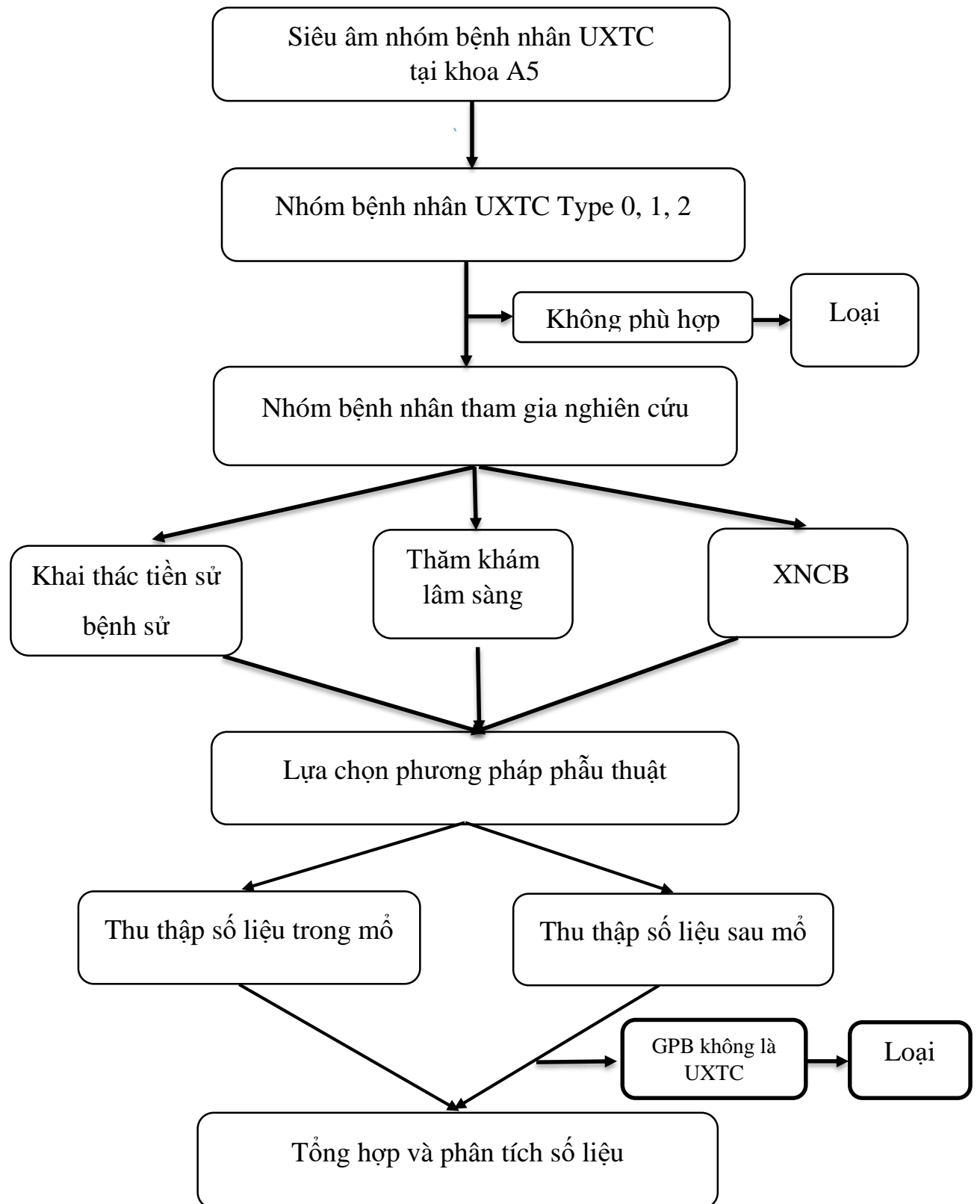
23. Thời gian ra viện được tính bằng tổng số ngày từ ngày nhập viện đến ngày ra viện.

2.4: Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia vào nghiên cứu

sau khi được tư vấn đầy đủ các nguy cơ.

Các số liệu y học mang tính cá nhân trong nghiên cứu được bảo đảm giữ bí mật

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 07 năm 2020 tại Khoa phụ A5 bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trên 82 bệnh nhân. Qua nghiên cứu chúng tôi đã đưa ra được một số kết quả dưới đây.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân loại type UXTC

Bảng 3.1. Phân loại UXTC theo type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng	P
Số lượng	19	23	40	82	0.01
%	23	28	49	100	

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm UXTC type 2 là 49% lớn hơn tỷ lệ nhóm UXTC type 0 và type 1 với tỷ lệ lần lượt là 23% và 28%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.1.2. Lý do vào viện

Bảng 3.2. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo lý do vào viện

	Rong kinh	Đau bụng	Vô sinh	Khám sức khỏe	MKRM	p
Type 0	11 (58%)	0 (0%)	2 (10%)	3 (16%)	3 (16%)	0.176
Type 1	14 (61%)	3 (13%)	2 (9%)	3 (13%)	1 (4%)	
Type 2	26 (65%)	5 (13%)	2 (5%)	6 (15%)	1 (2%)	
Tổng	51 (62%)	8 (10%)	6 (7%)	12 (15%)	5 (6%)	

Nhận xét: Rong kinh là lý do vào viện hay gặp nhất của nhóm UXTC dưới niêm mạc, tỷ lệ bệnh nhân đến khám vì rong kinh chiếm 62%. Không có sự

khác biệt giữa 3 type về các nguyên nhân vào viện ($p > 0.05$).

3.1.3. Tuổi đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Phân loại độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng	P
Dưới 40 tuổi	3 (16%)	8 (35%)	10 (25%)	21 (26%)	0.04
40 – 45 tuổi	6 (32%)	6 (26%)	11 (28%)	23 (28%)	
Trên 45 tuổi	10 (52%)	9 (39%)	19 (47%)	38 (46%)	
Trung bình	45.1 ± 2.3	42 ± 1.9	42.8 ± 1.4	43.1 ± 1	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc là 43. Tỷ lệ nhóm tuổi trên 45 chiếm 46% lớn hơn tỷ lệ của nhóm dưới 40 tuổi và từ 40 đến 45 tuổi, lần lượt là 26% và 28%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ nhóm tuổi giữa các type UXTC với $p > 0.05$.

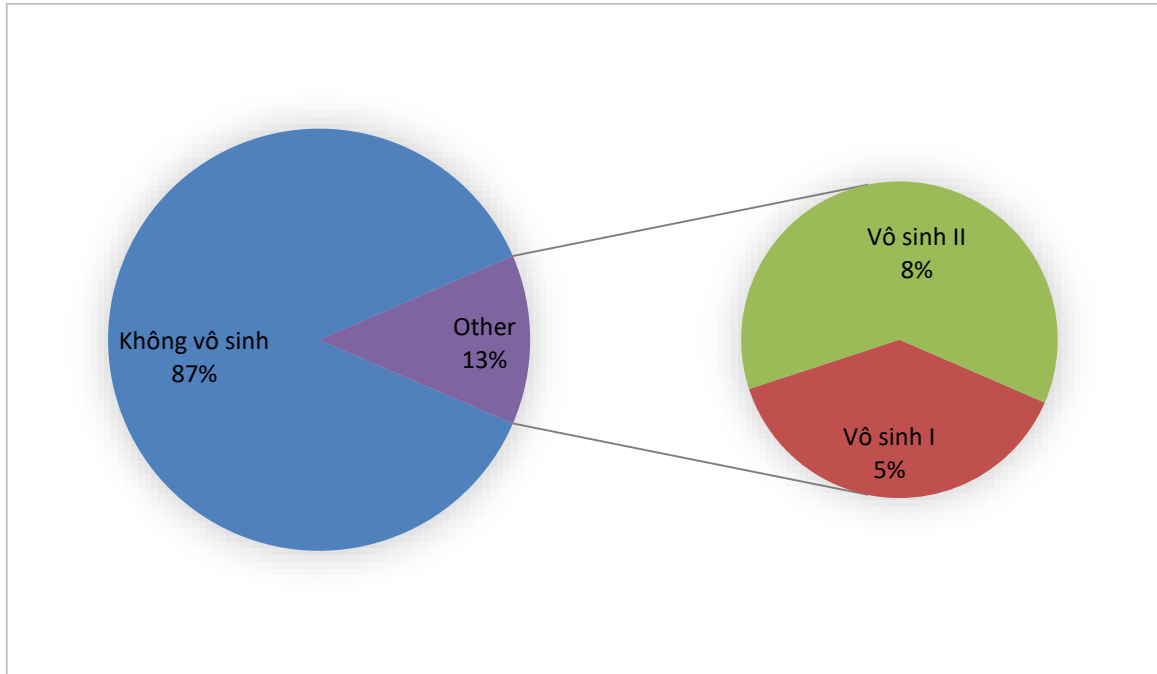
3.1.4. Mong muốn có con

Bảng 3.4. Tỷ lệ mong muốn có con của mỗi type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
Không mong con	14 (74%)	17 (74%)	34 (85%)	65 (79%)
Có mong con	5 (26%)	6 (26%)	6 (15%)	17 (21%)
P	0.26			

Nhận xét: Tỷ lệ mong muốn có con của nhóm UXTC dưới niêm mạc là 21%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mong con của các type UXTC với $p > 0.05$.

3.1.5. Tình trạng vô sinh



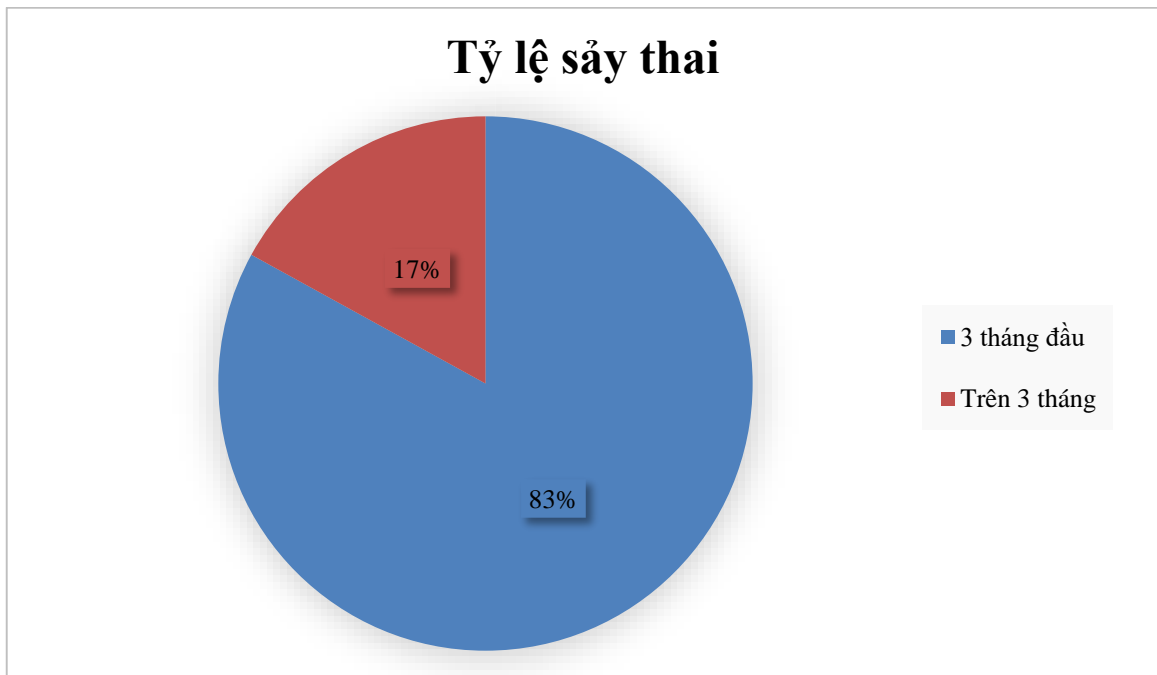
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ vô sinh của mỗi type

Nhận xét: Tỷ lệ vô sinh chiếm 13% tổng số bệnh nhân, trong đó vô sinh I có 3 trường hợp chiếm 5% và vô sinh II có 8 trường hợp chiếm 8%.

3.1.6. Tình trạng sảy thai

Bảng 3.5. Đặc điểm tỷ lệ sảy thai của mỗi type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
Không sảy	11 (58%)	18 (78%)	28 (70%)	57 (69%)
Có sảy	8 (42%)	5 (22%)	12 (30%)	25 (31%)
P	0.49	0.007	0.01	0.00



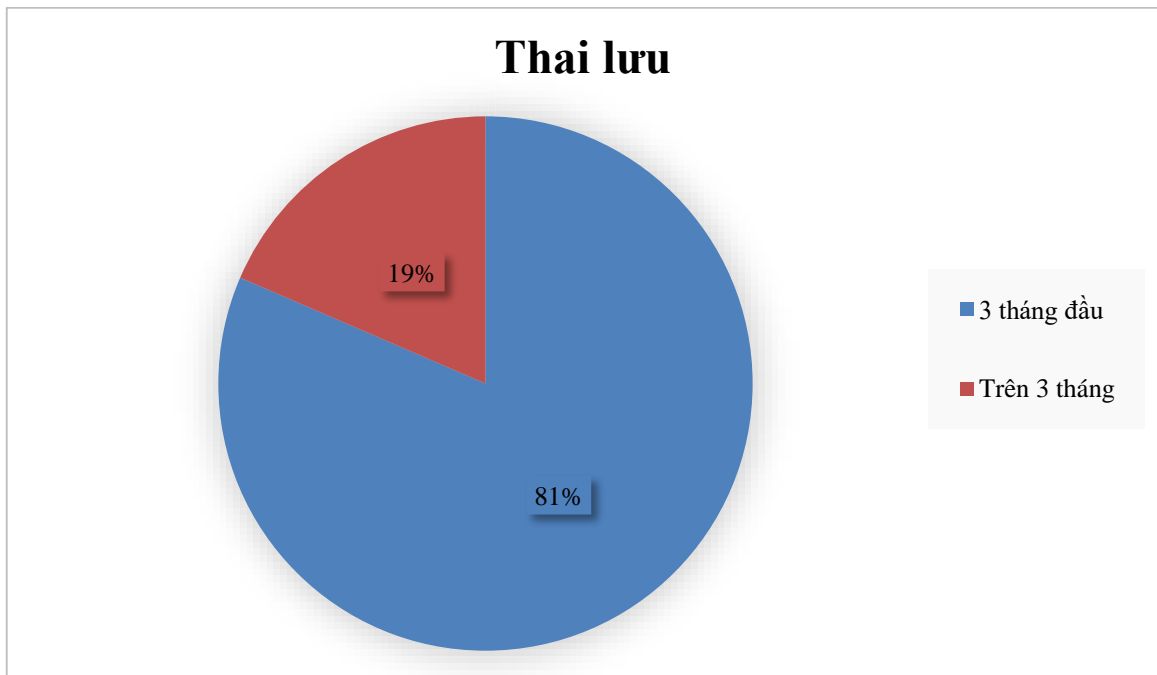
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ tuổi thai lúc sảy của UXTC dưới niêm mạc

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 lần sảy thai là 31%. Trong đó, 83% sảy thai trong 3 tháng đầu thai kỳ, 17% sảy thai lớn hơn 3 tháng. Với nhóm UXTC type 1 và type 2, có sự khác biệt về tỷ lệ có sảy thai và không sảy thai ($p < 0.05$). Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ này của bệnh nhân type 0 ($p > 0.05$).

3.1.7. Tình trạng thai lưu

Bảng 3.6. Đặc điểm tỷ lệ thai lưu của mỗi Type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
Không lưu thai	13 (68%)	17 (74%)	30 (75%)	59 (72%)
Có lưu thai	6 (32%)	6 (26%)	10 (25%)	23 (28%)
p	0.108	0.02	0.002	0.00



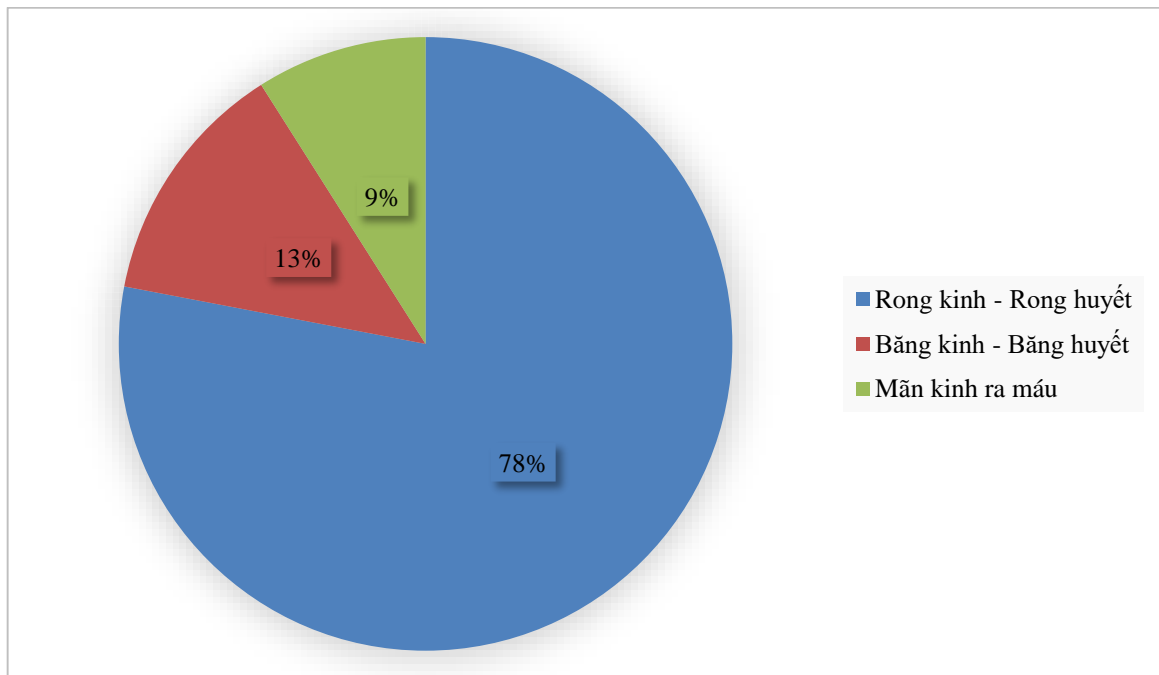
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ tuổi thai lưu của UXTC dưới niêm mạc

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 lần thai lưu là 28%. Trong đó 81% thai lưu trong 3 tháng đầu thai kỳ, 19% thai lưu lớn hơn 3 tháng. Có sự khác biệt về tỷ lệ thai lưu và không có thai lưu của type 1 và type 2 ($p < 0.05$). Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ này của bệnh nhân type 0 ($p > 0.05$).

3.1.8. Triệu chứng ra máu bất thường

Bảng 3.7. Đặc điểm tỷ lệ ra máu bất thường của mỗi Type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
Ra máu bất thường	14 (74%)	15 (65%)	27 (68%)	56 (68%)
Không	5 (26%)	8 (35%)	13 (32%)	26 (32%)
P	> 0.05			



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ ra máu bất thường của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ ra máu bất thường trong nhóm UXTC dưới niêm mạc là 68% và không có sự khác biệt tỷ lệ này giữa các type với $p > 0.05$. Trong số bệnh nhân đến vì ra máu âm đạo, 78% bệnh nhân rong kinh – rong huyết, 13% bệnh nhân băng kinh – băng huyết và 9% bệnh nhân mãn kinh ra máu.

3.1.9. Số ngày ra máu trung bình

Bảng 3.8. Đặc điểm số ngày ra máu trung bình của mỗi Type

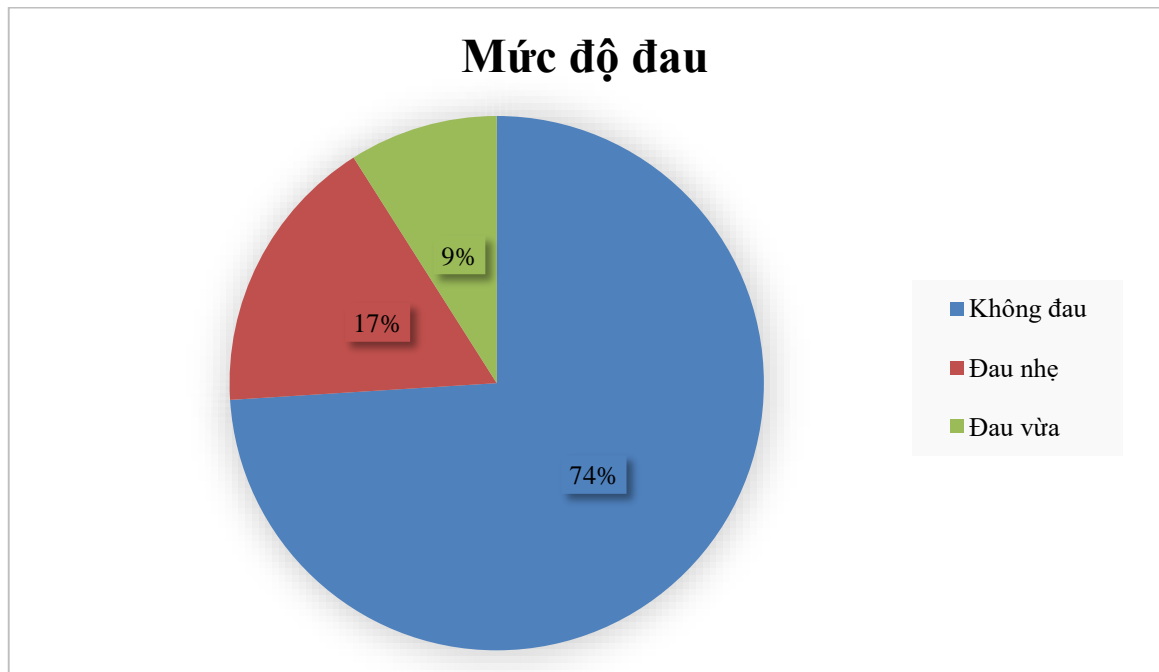
	Số ngày ra máu trung bình	Max	Số đợt ra máu trung bình	Max	P
Type 0	15.9 ± 8	30	3	12	0.406
Type 1	12.4 ± 4	20	4	7	
Type 2	13.6 ± 4.5	24	3	8	
Tổng	13.8 ± 5.3	30	3	12	

Nhận xét: Số ngày ra máu trung bình của nhóm UXTC dưới niêm mạc là 13 ngày, số đợt ra máu trung bình là 3 tháng. Không có sự khác biệt về số ngày ra máu và số đợt ra máu trung bình giữa các type.

3.1.10. Tình trạng đau bụng

Bảng 3.9. Đặc điểm mức độ đau bụng của mỗi Type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
Không đau	15 (79%)	18 (78%)	28 (70%)	61 (74%)
Đau	4 (21%)	5 (22%)	12 (30%)	21 (26%)
p	0.63			



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ đau bụng của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ đau bụng chiếm 26%, trong đó 17% trường hợp đau nhẹ, 9% trường hợp đau vừa, không có trường hợp đau nặng. Không có sự khác biệt về tình trạng đau bụng giữa các type với $p > 0.05$.

3.1.11. Mức độ thiếu máu

Bảng 3.10. Đặc điểm tình trạng thiếu máu của mỗi Type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
Không thiếu máu	9 (48%)	7 (30%)	13 (33%)	29 (36%)
Thiếu máu	10 (53%)	16 (70%)	27 (67%)	53 (64%)
p	0.45			

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu máu của nhóm bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc là 64%. Không có sự khác biệt giữa các type UXTC với $p > 0.05$

3.1.12. Kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng

Bảng 3.11. Đặc điểm kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng của mỗi type

	Dưới 8 tuần	8 – 12 tuần	Trên 12 tuần	p
Type 0	13 (68%)	4 (21%)	2 (11%)	0.00
Type 1	0 (0%)	19 (83%)	4 (17%)	
Type 2	1 (3%)	27 (67%)	12 (30%)	
Tổng	14 (17%)	50 (61%)	18 (22%)	

Nhận xét: Kích thước tử cung trên lâm sàng của nhóm UXTC type 0 là nhỏ hơn so với 2 nhóm type 1 và type 2 với $p < 0.05$.

3.1.13. Số lượng khối u

Bảng 3.12. Đặc điểm số lượng khối U của mỗi Type

	Type 0	Type 1	Type 2	Tổng
1 – 2 khối u	14 (74%)	14 (61%)	32 (80%)	60 (73%)
Nhiều hơn 2 khối u	5 (26%)	9 (39%)	8 (20%)	22 (27%)
P	0.25			

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm có 1 khối u chiếm đa số trong mỗi type (73%), không có sự khác biệt về số lượng khối u giữa các type với $p > 0.05$.

3.1.14. Kích thước trung bình khối u

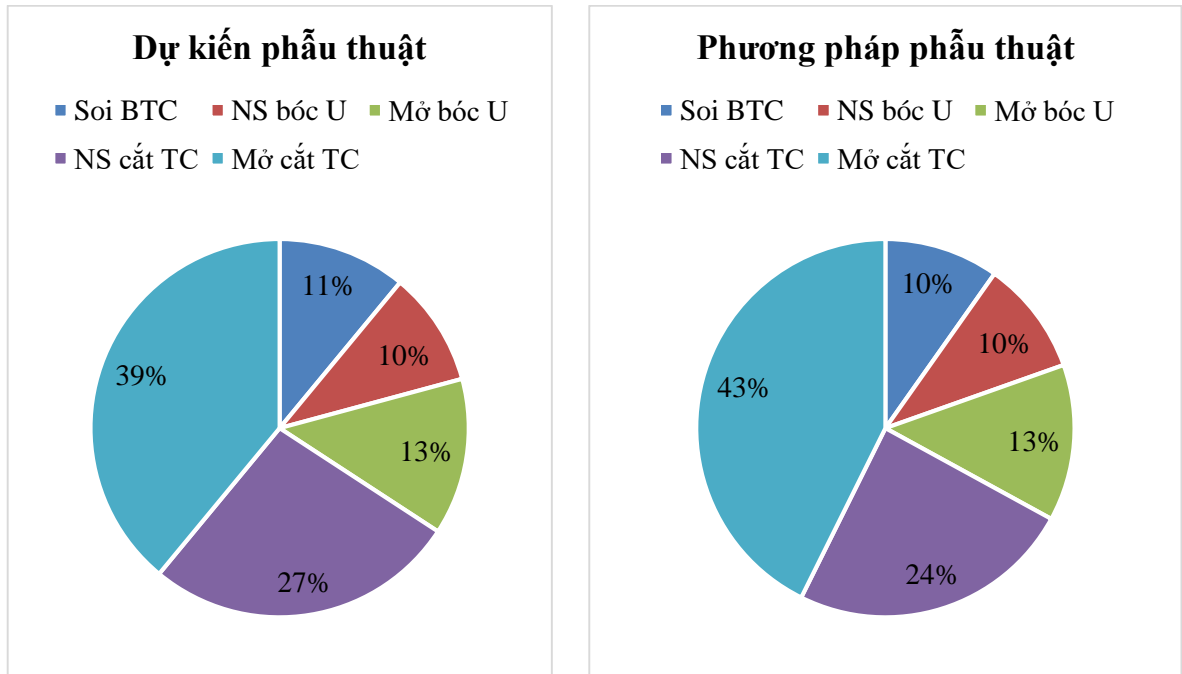
Bảng 3.13. Đặc điểm kích thước khối u của mỗi Type

	Trung bình (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)	p	
Type 0	32.8 ± 16.5	10	72	0.059	0.00
Type 1	46.1 ± 18.2	20.5	105.5		
Type 2	55.6 ± 19.1	20	97.5		
Tổng	47.6 ± 20.2	10	105.5		

Nhận xét: Kích thước trung bình khối u của type 0 là nhỏ hơn so với type 1 và type 2. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2. Nhận xét phương pháp phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên

3.2.1. Các phương pháp điều trị



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ các phương pháp điều trị

Bảng 3.14. Tuổi trung bình của các nhóm phẫu thuật

	Bóc nhân xơ			Cắt tử cung		
	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Type 0	37.2±9	24	50	52.1±5	45	61
Type 1	33±6.5	25	45	47.8±5.3	41	60
Type 2	29.1±6.1	21	38	46.8±5.2	37	65
Tổng	33.1±7.7	21	50	48±5.5	37	65

Nhận xét: Cắt tử cung chiếm tỷ lệ cao trong phẫu thuật điều trị UXTC dưới niêm mạc 67% và không có trường hợp nào cắt tử cung đường âm đạo. Không có sự khác nhau giữa phương pháp dự kiến và phương pháp phẫu thuật được thực hiện ($p > 0.05$). Tuổi trung bình của nhóm bóc nhân xơ là 33.1 ± 7.7 , của nhóm cắt tử cung là 48 ± 5.5 .

3.2.2. Liên quan giữa các type và phương pháp điều trị

Bảng 3.15. Phân loại các phương pháp điều trị theo mỗi type

		Type 0	Type 1	Type 2	Tổng	P
Bóc nhân xơ		9 (47%)	9 (39%)	9 (23%)	27 (33%)	0.125
Cắt tử cung		10 (53%)	14 (61%)	31 (77%)	55 (67%)	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	8 (89%)	0	0	8 (30%)	0.01
	NS ổ bụng	0	4 (44%)	4 (44%)	8 (30%)	
	Mở bụng	1 (11%)	5 (56%)	5 (56%)	11 (40%)	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	7 (70%)	6 (43%)	7 (23%)	20 (36%)	0.006
	Mở bụng	3 (30%)	8 (57%)	24 (77%)	35 (64%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt trong quyết định điều trị bóc nhân xơ hay cắt tử cung giữa các type ($p > 0.05$). Tất cả các trường hợp soi BTC cắt nhân xơ đều thuộc type 0. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật có sự khác nhau giữa các type với $p < 0.05$. Trong bóc nhân xơ, type 0 được thực hiện qua soi BTC trong khi type 1 và type 2 được thực hiện qua đường bụng là chủ yếu. Trong cắt tử cung, type 0 chủ yếu cắt tử cung qua nội soi còn type 2 chủ yếu là mở bụng.

3.2.3. Liên quan giữa tuổi và phương pháp điều trị

Bảng 3.16. Đánh giá mối liên quan giữa tuổi và lựa chọn phương pháp điều trị

		Dưới 40 tuổi	40 - 45 tuổi	Trên 45 tuổi	p
Bóc nhân xơ		18 (95%)	8 (32%)	1 (3%)	0.00
Cắt tử cung		1 (5%)	17 (68%)	37 (97%)	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	3 (15%)	4 (50%)	1 (100%)	
	NS ổ bụng	6 (40%)	2 (25%)	0	
	Mở bụng	9 (45%)	2 (25%)	0	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	0	3 (18%)	17 (46%)	
	Mở bụng	1 (100%)	14 (82%)	20 (54%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt trong quyết định bóc nhân xơ hay cắt tử cung giữa các nhóm tuổi, 95% bệnh nhân dưới 40 tuổi điều trị bảo tồn tử cung, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.4. Liên quan giữa mong muốn có con và phương pháp điều trị

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa mong muốn có con và phương pháp điều trị

		Mong muốn có con	Không mong muốn có con	p
Bóc nhân xơ		15 (88%)	12 (19%)	0.00
Cắt tử cung		2 (12%)	53 (81%)	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	4 (27%)	4 (33%)	
	NS ổ bụng	5 (33%)	3 (25%)	
	Mở bụng	6 (40%)	5 (42%)	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	2 (100%)	18 (34%)	
	Mở bụng	0	35 (66%)	

Nhận xét: Có sự liên quan giữa quyết định bảo tồn hay cắt tử cung với mong muốn có con, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Trường hợp UXTC vẫn mong muốn có con 88% được điều trị bảo tồn, trong khi 81% trường hợp không mong muốn có con được cắt tử cung.

3.2.5. Liên quan giữa mức độ thiếu máu lúc vào viện và lựa chọn phương pháp điều trị

Bảng 3.18. Mỗi liên quan giữa mức độ thiếu máu và phương pháp điều trị

		HGB trung bình (g/l)	p
Bóc nhân xơ		113 ± 22	0.209
Cắt tử cung		101 ± 27	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	120 ± 20	0.057
	NS ổ bụng	122 ± 15	
	Mở bụng	101 ± 23	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	103 ± 28	0.751
	Mở bụng	101 ± 26	

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa mức độ thiếu máu và lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong UXTC dưới niêm mạc ($p > 0.05$).

3.2.6. Liên quan giữa kích thước tử cung và lựa chọn phương pháp điều trị

Bảng 3.19. Mỗi liên quan giữa kích thước tử cung và lựa chọn phương pháp điều trị

		Dưới 8 tuần	8 – 12 tuần	Trên 12 tuần	p
Bóc nhân xơ		7 (50%)	17 (34%)	3 (17%)	0.046
Cắt tử cung		7 (50%)	33 (66%)	15 (83%)	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	7 (100%)	0	1 (33%)	
	NS ổ bụng	0	8 (43%)	0	
	Mở bụng	0	9 (57%)	2 (67%)	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	4 (57%)	16 (49%)	0 (0%)	
	Mở bụng	3 (43%)	17 (51%)	15 (100%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt trong kích thước tử cung trên lâm sàng và lựa chọn phương pháp phẫu thuật UXTC dưới niêm mạc, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.7. Liên quan giữa số lượng khối u và lựa chọn phương pháp điều trị

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa số lượng khối u và phương pháp điều trị

		1 - 2 khối u	Lớn hơn 2 khối u	p
Bóc nhân xơ		20 (33%)	7 (32%)	0.89
Cắt tử cung		40 (67%)	15 (68%)	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	7 (35%)	1 (14%)	0.9
	NS ổ bụng	4 (20%)	4 (57%)	
	Mở bụng	9 (45%)	2 (29%)	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	15 (38%)	5 (33%)	0.77
	Mở bụng	25 (62%)	10 (67%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa số lượng khối u và lựa chọn phương pháp phẫu thuật UXTC dưới niêm mạc với $p > 0.05$.

3.2.8. Liên quan giữa kích thước khối u và lựa chọn phương pháp điều trị

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa kích thước khối u và lựa chọn phương pháp điều trị UXTC

		Kích thước trung bình khối u (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)	p
Bóc nhân xơ		41 ± 3.5	10	72	0.334
Cắt tử cung		50 ± 2.8	20	105	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	25 ± 5.7	10	57	0.01
	NS ổ bụng	43 ± 3.6	29	63	
	Mở bụng	54 ± 4.7	29	72	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	36 ± 2.3	21	60	0.00
	Mở bụng	58 ± 3.8	20	105	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về kích thước khối u của nhóm bóc nhân xơ và nhóm cắt tử cung. Tuy nhiên, có sự liên quan giữa việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật bóc nhân xơ và cắt tử cung với kích thước khối u, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.9. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.21. So sánh thời gian phẫu thuật trung bình của các phương pháp

		Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	Nhỏ nhất (phút)	Lớn nhất (phút)	p
Bóc nhân xơ		62 ± 2	45	85	0.72
Cắt tử cung		70 ± 2	45	90	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	52 ± 3	45	65	0.039
	NS ổ bụng	72 ± 3	60	90	
	Mở bụng	62 ± 1	55	70	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	72 ± 2	60	90	0.52
	Mở bụng	70 ± 2	45	90	

Nhận xét: Thời gian bóc nhân xơ trung bình là 62 ± 2 phút, của cắt tử cung là 70 ± 2 phút. Không có sự khác biệt về thời gian giữa bóc nhân xơ và cắt tử cung, giữa NS cắt TC và mở bụng cắt TC với $p > 0.05$. Có sự khác biệt thời gian phẫu thuật giữa soi BTC, NS bóc nhân xơ và mở bụng bóc nhân xơ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.2.10. Tình trạng sốt sau mổ

Bảng 3.22. So sánh tình trạng sốt sau mổ của các phương pháp điều trị

		Không sốt	Có sốt	P
Bóc nhân xơ		26 (34%)	1 (20%)	0.46
Cắt tử cung		51 (66%)	4 (80%)	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	8 (31%)	0	0.89
	NS ổ bụng	8 (31%)	0	
	Mở bụng	10 (38%)	1 (100%)	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	19 (37%)	1 (25%)	0.53
	Mở bụng	32 (63%)	3 (75%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tình trạng sốt sau mổ giữa các phương pháp phẫu thuật điều trị UXTC dưới niêm mạc với $p > 0.05$.

3.2.11. Thời gian điều trị trung bình của các phương pháp

Bảng 3.23. So sánh thời gian điều trị trung bình của các phương pháp

		Thời gian điều trị	Min	Max	P
Bóc nhân xơ		5.1 ± 2	2	10	0.16
Cắt tử cung		6.3 ± 1.8	4	14	
Bóc nhân xơ	Soi BTC	3.75 ± 2.9	2	10	0.01
	NS ổ bụng	4.75 ± 1.2	3	6	
	Mở bụng	6.36 ± 1.0	5	9	
Cắt tử cung	NS ổ bụng	6 ± 2.1	4	14	0.30
	Mở bụng	6.5 ± 1.5	4	10	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 5.93 ± 2 ngày. Không có sự khác biệt giữa thời gian điều trị của bóc nhân xơ và cắt tử cung giữa nội soi cắt tử cung và mở bụng cắt tử cung ($p > 0.05$). Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa Soi BTC cắt nhân xơ, NS ổ bụng bóc nhân xơ và Mở bụng bóc nhân xơ với $p < 0.05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

UXTC type 0, type 1, type 2 tác động trực tiếp niêm mạc tử cung, làm biến dạng buồng tử cung, khối u gây rối loạn co bóp của cơ tử cung vì vậy gây nên triệu chứng phổ biến trên lâm sàng là rong kinh – rong huyết kéo dài. Tác động trực tiếp lên niêm mạc tử cung cũng gây nên triệu chứng của sản khoa như vô sinh, sảy thai...

Điều trị UXTC type 0, type 1, type 2 có nhiều phương pháp, tuy nhiên phẫu thuật vẫn là phương pháp cơ bản nhất để điều trị cho nhóm bệnh lý này. Qua nghiên cứu trên 82 bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc được phẫu thuật, chúng tôi có những vấn đề cần bàn luận như sau.

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Phân loại type UXTC

Trong 82 bệnh nhân mà chúng tôi đã thu nhận được, có 19 bệnh nhân type 0 chiếm 23%, 23 bệnh nhân type 1 chiếm 28% và 40 bệnh nhân type 2 chiếm 49%. Tỷ lệ UXTC type 2 lớn hơn so với type 0 và type 1, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Nghiên cứu của Puri.K (2014) với 1665 bệnh nhân UXTC có rong kinh - băng kinh được soi BTC chẩn đoán có 259 bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc, trong đó tỷ lệ nhóm UXTC type 0, type 1, type 2 lần lượt là 28%, 49%, 23%.²³

Nghiên cứu của Hồ Nguyên Tiến (2009) với 41 bệnh nhân được chẩn đoán bằng siêu âm bơm nước BTC, tỷ lệ nhóm UXTC type 0, type 1, type 2 lần lượt là 49%, 22%, 19%.²⁸

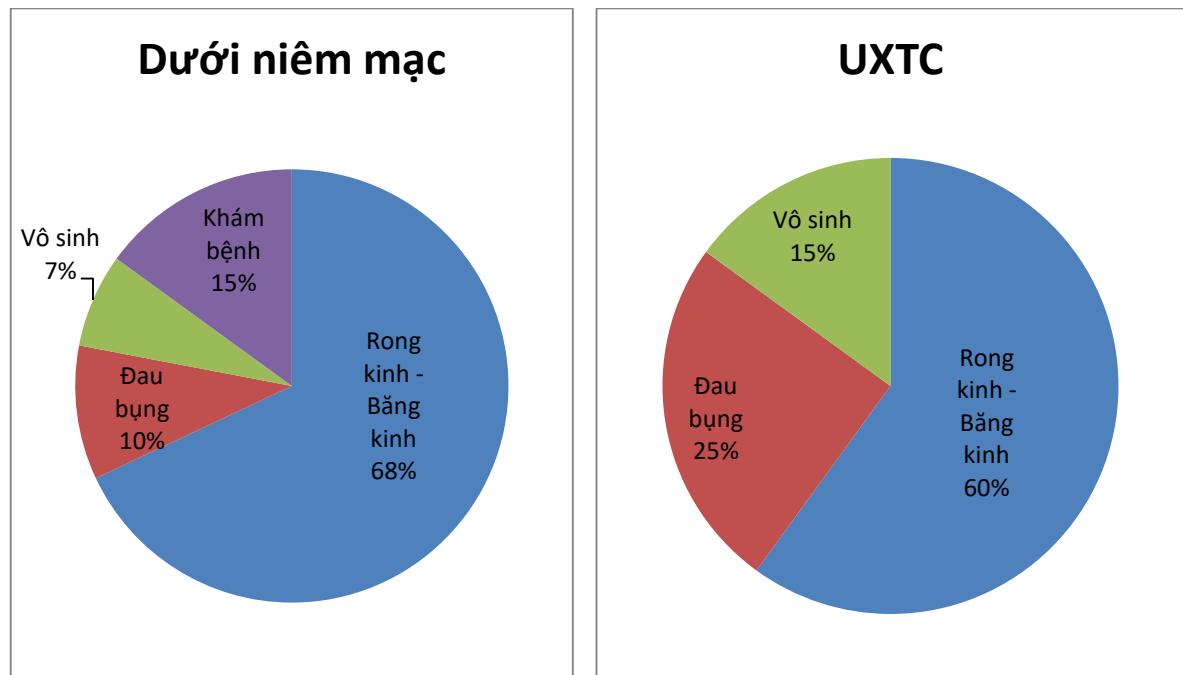
Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là khác so với một số nghiên cứu trước đó. Có sự khác nhau trong tỷ lệ này do chúng tôi lấy tất cả các

bệnh nhân có UXTC dưới niêm mạc kể cả trường hợp không có rối loạn kinh nguyệt đồng thời nghiên cứu của chúng tôi sử dụng công cụ chẩn đoán là siêu âm 2D đường bụng và đường âm đạo. Siêu âm bơm nước BTC và soi BTC chẩn đoán chỉ được sử dụng với những trường hợp kết quả siêu âm đầu dò âm đạo khó xác định và cần chẩn đoán phân biệt với những trường hợp khác như polyp BTC. Sự khác nhau về tỷ lệ UXTC type 0, type 1, type 2 được thể hiện ở bảng 4.1 dưới đây:

Bảng 4.1. Tỷ lệ nhóm UXTC dưới niêm mạc của các nghiên cứu

	Type 0	Type 1	Type 2
Puri K ²³	28%	49%	23%
B.Liang ⁶⁵	25%	58%	17%
K. Jayakrishnan ²⁷	73%	22%	5%
Hồ Nguyễn Tiến ²⁸	49%	22%	19%
Lương Hoàng Thành	23%	28%	49%

4.1.2. Lý do vào viện



Biểu đồ 4.1. Tỷ lệ lý do vào viện

Rong kinh – băng kinh chiếm tỷ lệ lớn (68%) trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Liang.B.⁶⁵ Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc vào viện vì đau bụng và vô sinh chiếm tỷ lệ nhỏ, lần lượt là 10% và 7%.

So sánh với nghiên cứu của Samanta.S (2019) trên 48 bệnh nhân UXTC thì tỷ lệ rong kinh rong huyết vẫn chiếm đa số tuy nhiên đau bụng và vô sinh chiếm tỷ lệ cao hơn lần lượt là 25% và 15%.¹² Như chúng tôi đã đề cập ở trên, do tác động trực tiếp lên niêm mạc tử cung vì vậy nhóm UXTC dưới niêm mạc gây nên triệu chứng rong kinh – băng kinh là phổ biến hơn các nhóm UXTC không dưới niêm mạc khác. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 22% bệnh nhân có kích thước tử cung lớn hơn thai 12 tuần so với 71% của tác giả Samanta, những bệnh nhân đến khám vì kiểm tra sức khỏe mà có vô sinh thì chúng tôi vẫn xếp trong nhóm lý do vào viện là khám bệnh vì vậy dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân đau bụng và vô sinh của nghiên cứu chúng tôi là thấp hơn.

4.1.3. Tuổi đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 43.1 ± 1 , của type 0 là 45.05 ± 2.3 , của type 1 là 42 ± 1.9 và của type 2 là 42.8 ± 1.4 . Độ tuổi giữa các type UXTC không có sự khác biệt ($p > 0.05$). Tỷ lệ nhóm bệnh nhân trên 45 tuổi luôn chiếm tỷ lệ lớn nhất trong các nhóm tuổi, type 0 chiếm 51%, type 1 chiếm 39% và type 2 chiếm 47%. Khác biệt tỷ lệ giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Độ tuổi của nhóm UXTC dưới niêm mạc cũng giống như độ tuổi của bệnh nhân UXTC nói chung, tỷ lệ UXTC tăng dần theo độ tuổi và lớn nhất ở nhóm 50 tuổi.³

4.1.4. Mong muốn có con

21% trong tổng số 82 bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc còn mong muốn có con. Tỷ lệ này của các type 0, type 1, type 2 lần lượt là 26%, 26%, 15%. Không có sự khác biệt trong việc mong muốn có con giữa các type UXTC.

Nghiên cứu của Puri.K (2014) cho thấy tỷ lệ mong con của nhóm bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc là 28%.²³ So sánh với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mong con là thấp hơn. Do bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân phụ khoa, nhóm bệnh nhân vô sinh có thể được điều trị tại khoa khác.

4.1.5. Tỷ lệ vô sinh

Tỷ lệ vô sinh trong nhóm bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu là 11 bệnh nhân, chiếm 13%. Trong đó 4 bệnh nhân vô sinh I chiếm 36% và 7 bệnh nhân vô sinh II chiếm 64%.

Nghiên cứu của tác giả Hồ Nguyên Tiến (2009) trong tổng số 45 bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc có 15 bệnh nhân phối hợp với vô sinh chiếm 33% trong số đó 5 trường hợp vô sinh I chiếm 33% và 10 trường hợp vô sinh II chiếm 67%.²⁸

Như vậy so với nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ vô sinh của tác giả Hồ Nguyên Tiến cao hơn, tuy nhiên tỷ lệ vô sinh của mỗi nhóm thì tương tự nhau. Có sự khác nhau như vậy do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là những trường hợp khám phụ khoa, những trường hợp khám vô sinh hầu hết được khám chẩn đoán và điều trị tại khoa khác, đồng thời tuổi trung bình (43.1 ± 1 so với 40.97 ± 12.9) và tỷ lệ bệnh nhân trên 45 tuổi cũng lớn hơn (46% so với 24.4%) cũng là nguyên nhân làm giảm tỷ lệ mong con.

3.1.6. Tình trạng sảy thai

25 trong tổng số 82 bệnh nhân chiếm 31% có ít nhất 1 lần sảy thai. Có 35 lần sảy thai được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, 83% trường hợp sảy thai trong 3 tháng đầu và 17% trường hợp sảy thai sau 3 tháng.

Nghiên cứu của Jayakrishnan K (2013), tỷ lệ sảy thai của những bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc trong nghiên cứu này là 33% so sánh với tỷ lệ sảy thai của nhóm UXTC không phải type 0, type 1, type 2 thì tỷ lệ sảy thai chỉ chiếm 22.5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.²⁷

Nghiên cứu của Poorolajal.J (2014) về sảy thai nói chung cho kết quả tỷ lệ sảy thai là 15 – 20% trong những số lần mang thai và gần 80% trường hợp sảy thai trong 3 tháng đầu.

Tỷ lệ sảy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn với tỷ lệ sảy thai của Poorolajal.J (2014) và tương tự kết quả được đưa ra của Jayakrishnan.K (2013). Như vậy, nghiên cứu chúng tôi cho thấy UXTC dưới niêm mạc làm tăng nguy cơ sảy thai so với những bệnh nhân không có UXTC và những bệnh nhân có UXTC thuộc nhóm khác. Nguyên nhân là do khối UXTC dưới niêm mạc trực tiếp tác động lên niêm mạc tử cung và biến dạng BTC cho nên khả năng tác động lên quá trình thai nghén tăng lên. Sự khác nhau về tỷ lệ sảy thai giữa nhóm UXTC dưới niêm mạc và nhóm UXTC không dưới niêm mạc của một số tác giả được thể hiện dưới bảng sau:

Bảng 4.2. Tỷ lệ sảy thai của nhóm UXTC dưới niêm mạc

	UXTC dưới niêm mạc	UXTC không dưới niêm mạc
Jayakrishnan ³⁰	33%	22.5%
Farhi ⁶⁶	40%	25%
Cassini ⁶⁷	55.6%	42.9%
Klatsky ⁶⁸	46.7%	21.9%

So sánh tỷ lệ sảy thai của mỗi type UXTC dưới niêm mạc ta thấy. Tỷ lệ sảy thai của nhóm type 1 và type 2 lần lượt là 22% và 30%, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ sảy thai và không sảy thai của 2 nhóm này với $p < 0.05$. Tuy nhiên, không có sự khác biệt trong tỷ lệ sảy thai và không sảy thai của nhóm type 0 với $p > 0.05$. Tỷ lệ sảy thai trong nhóm type 0 là 42%. Như vậy, dựa trên kết quả này cho thấy nhóm UXTC type 0 có nguy cơ gây sảy thai cao hơn các type còn lại. Điều này có thể là do khối u nằm hoàn toàn trong BTC gây nên sự biến dạng cho BTC và niêm mạc tử cung lớn hơn các type khác.

4.1.7. Tình trạng thai lưu

Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 lần thai lưu chiếm 28%. Trong đó phân tích tỷ lệ thai lưu theo mỗi type UXTC cho thấy tỷ lệ này theo mỗi type 0, type 1, type 2 lần lượt là 32%, 26%, 15%. Tỷ lệ thai lưu giảm dần từ type 0 đến type 2. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ có thai lưu và không có thai lưu của type 1, type 2 nhưng không có sự khác biệt trong tỷ lệ thai lưu và không có thai lưu của type 0. Như vậy, trong nghiên cứu châu chúng tôi, type 0 làm tăng nguy cơ thai lưu cao hơn 2 type còn lại khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.05$.

Trong tổng số bệnh nhân 81% trường hợp thai lưu xảy ra trong 3 tháng đầu của thai kỳ và 19% trường hợp xảy ra khi thai lớn hơn 3 tháng.

4.1.8. Tình trạng đẻ non

8/82 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 8% những trường hợp UXTC dưới niêm mạc có sinh non ít nhất 1 lần.

Nghiên cứu của Klatsky (2008) so sánh biến chứng sản khoa của nhóm có UXTC và không có UXTC cho thấy rằng nhóm bệnh nhân có UXTC làm tăng tỷ lệ sinh non 16% so với nhóm không có UXTC là 10%. Trường hợp UXTC dưới niêm mạc là tăng thêm tỷ lệ sinh non lên 7%.⁶⁸ So với nghiên cứu này thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đẻ non thấp hơn.

4.1.9. Tình trạng ra máu bất thường

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 68% trường hợp đến viện là vì ra máu bất thường, bao gồm rong kinh – rong huyết, băng kinh – băng huyết và ra máu sau mãn kinh. Tỷ lệ bệnh nhân ra máu bất thường của mỗi type lần lượt là 74%, 65% và 68% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Như vậy, ra máu là triệu chứng phổ biến nhất của nhóm UXTC.

So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Loan,²¹ có 53.9% bệnh nhân UXTC có triệu chứng ra máu bất thường trước khi vào viện thì tỷ lệ ra máu của nhóm UXTC dưới niêm mạc trong nghiên cứu của chúng

tôi cao hơn. Khác biệt này được giải thích là do đặc điểm của nhóm UXTC dưới niêm mạc là tác động trực tiếp lên niêm mạc tử cung, gây nên biến dạng BTC và thay đổi sự co bóp của cơ tử cung.

Trong số 68% bệnh nhân đến khám vì ra máu, tỷ lệ rong kinh – rong huyết chiếm 78%, băng kinh – băng huyết chiếm 13% và mãn kinh ra máu chiếm 9%. Tỷ lệ này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Samanta.S (2019).¹²

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số ngày ra máu của mỗi bệnh nhân là 13 ngày/chu kỳ, lớn nhất là 30 ngày/chu kỳ và số đợt ra máu trung bình là 3 đợt kéo dài nhất là 12 đợt. Không có sự khác biệt giữa các type trong nhóm UXTC dưới niêm mạc về số ngày ra máu và số đợt ra máu với $p > 0.05$.

4.1.10. Tình trạng đau bụng

Đau bụng là triệu chứng phổ biến thứ 2 sau ra máu bất thường của UXTC, 21 trong tổng số 82 bệnh nhân, chiếm 26%. Tỷ lệ đau bụng type 0 chiếm 21% type 1 chiếm 22% và type 2 chiếm 30%, type UXTC càng tăng thì đau bụng càng tăng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS, nghiên cứu cho thấy 74% bệnh nhân không đau bụng, 17% đau nhẹ và 9% đau vừa không có trường hợp nào đau nặng.

Nghiên cứu của Hoàng Văn Kết (2002)²⁴ và Samanta.S (2019)¹² tỷ lệ bệnh nhân đến viện vì đau bụng lần lượt là 23.5% và 25%, so sánh với nghiên cứu của chúng tôi, có 26% trường hợp đau bụng nhưng chỉ có 8/82 (10%) bệnh nhân nhập viện vì lý do trên. Như chúng tôi đã bàn luận ở trên, do kích thước tử cung trên lâm sàng của nghiên cứu chúng tôi là nhỏ hơn so với nghiên cứu của 2 tác giả Hoàng Văn kết và Samanta.S, khả năng chèn ép các cơ quan khác trong chậu hông là thấp hơn do vậy dẫn đến tỷ lệ đau bụng và mức độ đau cũng thấp hơn so với các nhóm UXTC khác.

4.1.11. Mức độ thiếu máu

Trong nghiên cứu, có 53 trường hợp có thiếu máu chiếm 64%. Nồng độ HGB trung bình của nhóm bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu là 105.6 ± 25 g/l thấp nhất là 44 g/l. Nồng độ trung bình của mỗi type 0, type 1, type 2 lần lượt là 110 ± 23 g/l, 102.5 ± 29 g/l và 105.3 ± 25.6 g/l, không có sự khác biệt giữa HGB giữa các type UXTC dưới niêm mạc. Trong số những bệnh nhân thiếu máu, 9 bệnh nhân chiếm 11% có $HGB \leq 70$ g/l cần truyền máu trước khi phẫu thuật.

Nghiên cứu của Kanchan.P (2014) so sánh giữa nhóm UXTC dưới niêm mạc và nhóm UXTC không dưới niêm mạc cho thấy tỷ lệ thiếu máu nhóm UXTC lớn hơn nhóm không dưới niêm mạc lần lượt là 38.29% và 26.91% khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.²³ So với tỷ lệ này, tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn kể cả tỷ lệ thiếu máu mỗi type 0, type 1, type 2 cũng vậy lần lượt là 43%, 38%, 27% thấp hơn so với 53%, 70%, 67% trong nghiên cứu của chúng tôi. Có sự khác biệt này là do tỷ lệ bệnh nhân đến khám do rong kinh – băng kinh của chúng tôi là cao hơn (62% so với 35%). Như kết quả đã đưa ra, trung bình mỗi bệnh nhân trong nghiên cứu rong kinh 3 đợt, mỗi đợt 13 ngày trước khi nhập viện. Bệnh nhân thường đến trong tình trạng rong kinh kéo dài hoặc có triệu chứng lâm sàng của thiếu máu.

Như vậy, do tỷ lệ rong kinh – rong huyết của nhóm UXTC dưới niêm mạc là cao hơn dẫn đến tỷ lệ thiếu máu trong nhóm bệnh nhân này cũng cao hơn so với các nhóm UXTC khác.

4.1.12. Kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng

Qua nghiên cứu cho thấy, kích thước tử cung trên lâm sàng tương đương thai 8 – 12 tuần chiếm tỷ lệ cao 61%, tiếp theo là nhóm kích thước tương đương thai trên 12 tuần chiếm 22%, nhóm có kích thước bình thường chiếm 17%. Có sự khác biệt giữa kích thước tử cung của mỗi type UXTC dưới niêm mạc, cụ thể kích thước tử cung trên lâm sàng của nhóm UXTC type 0 là nhỏ

hơn so với 2 nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Tỷ lệ xâm lấn cơ tử cung càng cao thì kích thước tử cung trên lâm sàng càng lớn. Cụ thể, 68% UXTC type 0 có kích thước tử cung bình thường 11% có kích thước lớn hơn tử cung thai 12 tuần thì chỉ có 17% UXTC type 2 có kích thước tử cung bình thường và 30% có kích thước lớn hơn tử cung của thai 12 tuần.

So với nghiên cứu của Samanta.S (2019) tỷ lệ nhóm UXTC có kích thước tử cung bình thường, tương đương thai 8 – 12 tuần và lớn hơn thai 12 tuần lần lượt là 0%, 29.2% và 70,8%.¹² Do nghiên cứu của tác giả được tiến hành trên 48 bệnh nhân UXTC nói chung, tỷ lệ UXTC không dưới niêm mạc chiếm tới 64.6%, những khối u xơ này phát triển, đè đẩy cả lớp thanh mạc của tử cung nên kích thước khối u cũng sẽ lớn hơn so với nhóm UXTC.

4.1.13. Số lượng khối u

Trong 82 bệnh nhân, 60 bệnh nhân (73%) có 1 – 2 khối u và 22 bệnh nhân (27%) có lớn hơn 2 khối u trở lên. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc có 1 - 2 khối u và không có sự khác biệt giữa các type UXTC dưới niêm mạc. Tỷ lệ này cũng tương tự với nghiên cứu của Samanta.S (2019) tỷ lệ UXTC có 1 – 2 khối u cũng chiếm tỷ lệ lớn 81.2%.¹²

4.1.14. Kích thước trung bình khối u

Nghiên cứu cho thấy, kích thước trung bình của khối UXTC dưới niêm mạc là 47.6 ± 20.2 mm, kích thước trung bình của mỗi type 0, type 1, type 2 lần lượt là 32.8 ± 16.5 mm, 46.1 ± 18.2 mm, 55.6 ± 19.1 mm. Kích thước khối u nhỏ nhất là 10 mm (bệnh nhân 29 tuổi mong con 2 năm khám vì rong kinh và vô sinh siêu âm bơm nước phát hiện khối u), lớn nhất là 105.5 mm. Khối u type 0 có kích thước nhỏ hơn các type khác, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Điều này được giải thích có thể là do tỷ lệ UXTC type 1 gây rối loạn kinh nguyệt sớm nên được phát hiện sớm hơn vì vậy kích thước nhỏ cũng cần phải can thiệp.

4.2. Nhận xét phương pháp phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên

4.2.1. Các phương pháp điều trị

Trong nghiên cứu này, có 55 bệnh nhân trong số 82 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung, chiếm 67% trong đó 24% bệnh nhân nội soi cắt tử cung và 43% bệnh nhân mổ mở cắt tử cung. 33% bệnh nhân điều trị bảo tồn tử cung, trong đó 10% soi BTC cắt nhân xơ, 10% nội soi ổ bụng bóc nhân xơ và 13% trường hợp mổ bụng bóc nhân xơ.

Nghiên cứu của Wallace.K (2020) với 1113 bệnh nhân phẫu thuật vì UXTC có 483 bệnh nhân (43.4%) bóc nhân xơ và 630 bệnh nhân (56.6%) cắt tử cung.⁶¹

Tỷ lệ cắt tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi là lớn hơn so với nghiên cứu của tác giả Wallace.K (2020) (67% so với 56.6%), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Điều này được giải thích là do tỷ lệ bệnh nhân trên 40 tuổi của chúng tôi là cao hơn so với tác giả Wallace. K (74% so với 71%)

Trong 82 bệnh nhân được phẫu thuật, không có trường hợp nào phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo. Kết quả này khác biệt với số liệu báo cáo trong nghiên cứu của Sesti (2014).⁷³ Nghiên cứu này so sánh kết quả phẫu thuật giữa cắt tử cung đường âm đạo và nội soi cắt tử cung cho thấy phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo có nhiều ưu điểm hơn về thời gian phẫu thuật (70 phút so với 151 phút), giảm lượng máu mất (183 ml với 204 ml), rút ngắn thời gian ra viện (51 giờ so với 77 giờ). Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật còn phụ thuộc vào kích thước khối u, tình trạng, nguyện vọng của bệnh nhân và trình độ kỹ thuật của phẫu thuật viên để đưa ra cách thức phẫu thuật phù hợp. Phẫu thuật viên Việt Nam hiện tại quen thuộc với cắt tử cung qua nội soi hơn qua đường âm đạo do những lợi ích quan sát rõ ràng của nội soi đồng thời có thể do âm đạo của phụ nữ châu Á không rộng như của người

châu Âu nên việc phẫu thuật qua ngã âm đạo khó khăn hơn.

So sánh giữa phương pháp phẫu thuật dự kiến và phương pháp tiến hành cho thấy không có sự khác nhau với $p > 0.05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp thay đổi cách thức phẫu thuật trong mổ từ nội soi cắt tử cung thành mở bụng cắt tử cung vì khối u mặt sau kích thước lớn và 1 trường hợp UXTC type 0 từ soi BTC thành nội soi cắt tử cung vì bệnh nhân 49 tuổi đã đủ con có nguyện vọng xin cắt tử cung.

4.2.2. Liên quan giữa các loại u và phương pháp điều trị

So sánh giữa các phương pháp phẫu thuật và các type UXTC ta thấy, tỷ lệ cắt tử cung tăng dần theo độ xâm lấn cơ tử cung type 0 là 53%, type 1 là 61% và type 2 là 77%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Nghiên cứu của tác giả Hồ Nguyên Tiến (2009) cho thấy tỷ lệ cắt tử cung của các type 0, type 1, type 2 lần lượt là 20%, 23% và 13%. Tỷ lệ này là khác so với nghiên cứu của chúng tôi. Do tỷ lệ bệnh nhân trên 45 tuổi (46% so với 24.4%) trong nghiên cứu của chúng tôi là lớn hơn so với tác giả Hồ Nguyên Tiến.

Trong 27 trường hợp bóc nhân xơ, có 8 trường hợp soi BTC và 100% trường hợp soi BTC là UXTC type 0. Nhóm UXTC type 1 và type 2 có lần lượt 4 trường hợp NS bóc nhân xơ và 5 trường hợp mở bụng bóc nhân xơ. Không có trường hợp UXTC type 1 và type 2 nào được chỉ định soi BTC. Chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt trong lựa chọn phẫu thuật bóc nhân xơ giữa các type với $p < 0.05$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 5/8 bệnh nhân soi BTC cắt nhân xơ trên 40 tuổi chiếm 62% trong khi đó chỉ có 2/19 bệnh nhân chiếm 12% bệnh nhân bóc nhân xơ đường bụng trên 40 tuổi. Tỷ lệ mong con của nhóm bóc nhân xơ đường bụng cũng lớn hơn so với nhóm soi BTC cắt nhân xơ (58% so với

50%). Phẫu thuật soi BTC cắt nhân xơ có tỷ lệ dính BTC, trong khi nhu cầu có con của bệnh nhân còn cao vì vậy mà lựa chọn nội soi bóc u hoặc mở bụng bóc u là lựa chọn hợp lý để giảm thiểu nguy cơ này. Hơn nữa, phẫu thuật soi BTC đòi hỏi trang thiết bị và trình độ cao của phẫu thuật viên, chính điều này cũng hạn chế chỉ định soi BTC cắt nhân xơ.

Trong 55 trường hợp cắt tử cung, chúng tôi thấy rằng từ type 0 đến type 2 tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt tử cung giảm đi và tỷ lệ phẫu thuật mở bụng cắt tử cung tăng lên. Với type 0, 70% NS cắt tử cung và 30% mở bụng cắt TC thì type 2 chỉ có 23% trường hợp NS cắt tử cung và 77% trường hợp mở bụng cắt tử cung sự khác nhau này là do kích thước khối u cũng tăng dần theo type, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

4.2.3. Liên quan giữa tuổi và phương pháp điều trị

Từ số liệu phân tích, 95% bệnh nhân dưới 40 tuổi điều trị bóc nhân xơ tử cung trong khi 68% bệnh nhân 40 – 45 tuổi và 97% bệnh nhân lớn hơn 45 tuổi được phẫu thuật cắt tử cung. Quyết định lựa chọn phẫu thuật bảo tồn hay cắt tử cung phụ thuộc vào độ tuổi của bệnh nhân, với bệnh nhân dưới 40 tuổi lựa chọn đầu tiên là bóc nhân xơ còn với bệnh nhân trên 40 tuổi và đặc biệt là trên 45 tuổi lựa chọn ưu tiên là cắt tử cung. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Do tuổi bệnh nhân càng cao nhu cầu mong muốn có thêm con càng giảm, trong khi tăng nguy cơ của các bệnh lý ác tính vì vậy cắt tử cung là lựa chọn phù hợp hơn cho bệnh nhân.

So sánh mối liên quan giữa độ tuổi và việc lựa chọn cách thức phẫu thuật giữa soi BTC, NS ổ bụng và mở bụng bóc nhân xơ hoặc giữa NS ổ bụng và mở bụng cắt tử cung đều cho thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với $p > 0.05$. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của bệnh nhân chỉ liên quan đến quyết định bảo tồn hay cắt tử cung và không liên quan đến việc lựa chọn đường phẫu thuật.

4.2.4. Liên quan giữa mong muốn có con và phương pháp điều trị

Nghiên cứu cho thấy, 94% bệnh nhân mong muốn có con được chỉ định bóc nhân xơ và 81% bệnh nhân không còn mong muốn có con được chỉ định cắt tử cung. Trong số 17 bệnh trường hợp còn mong muốn có con, có 1 trường hợp bệnh nhân 48 tuổi đã có 1 con, nhân xơ kích thước lớn (7cm) kèm rong kinh nhiều tháng, HGB < 70 g/l nên có chỉ định cắt tử cung.

So sánh giữa lựa chọn phương pháp phẫu thuật và mong muốn có con cho ta thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm với $p > 0.05$. Như vậy cũng tương tự như độ tuổi của bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi mong muốn có con của bệnh nhân quyết định đến lựa chọn bóc nhân xơ hay cắt tử cung nhưng không quyết định đến phương pháp tiến hành phẫu thuật.

4.2.5. Liên quan giữa mức độ thiếu máu và lựa chọn phương pháp điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình HGB của nhóm bóc nhân xơ là 113 ± 22 g/l và của cắt tử cung là 101 ± 26 g/l. Trong nhóm bóc nhân xơ tử cung, HGB trung bình của các phương pháp phẫu thuật: soi BTC là 120 ± 20 g/l, NS ổ bụng là 122 ± 15 g/l, mở bụng là 101 ± 23 g/l, không có sự khác biệt với $p > 0.05$. HGB trung bình của nhóm phẫu thuật cắt tử cung là 103 ± 28 g/l với NS cắt TC và 101 ± 26 g/l với mở bụng cắt TC, không có sự khác biệt với $p > 0.05$. Với nghiên cứu này, mức độ thiếu máu không liên quan đến quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân.

4.2.6. Liên quan giữa kích thước tử cung và lựa chọn phương pháp điều trị

So sánh giữa kích thước tử cung của nhóm bóc nhân xơ và nhóm cắt tử cung cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Trong nhóm có tử cung nhỏ hơn thai 8 tuần 50% trường hợp bệnh nhân được mổ bóc nhân xơ, tỷ lệ này trong nhóm có kích thước bằng thai 8 – 12 tuần là 34% và trong nhóm có kích thước lớn kích thước tử cung thai 12 tuần là 17%. Như vậy kích thước tử cung càng lớn thì tỷ lệ bóc nhân xơ càng thấp, tỷ lệ cắt tử cung càng cao. 83% bệnh nhân có kích thước tử cung lớn hơn thai 12 tuần được mổ cắt tử cung.

Trong 27 bệnh nhân bóc nhân xơ, 100% bệnh nhân có kích thước tử

cung dưới 8 tuần được soi BTC cắt nhân xơ, bệnh nhân có kích thước tương đương thai 8 – 12 tuần có 43% NS bóc nhân xơ, 57% mở bụng bóc nhân xơ, bệnh nhân có kích thước tử cung lớn hơn thai 12 tuần có 67% mở bụng bóc nhân xơ.

Trong 55 bệnh nhân cắt tử cung, bệnh nhân có kích thước tử cung dưới 8 tuần có 57% NS cắt tử cung và 43% mở bụng cắt tử cung bệnh nhân có kích thước tương đương thai 8 – 12 tuần có 49% NS cắt tử cung và 51% mở bụng cắt tử cung, 100% bệnh nhân có kích thước lớn hơn thai 12 tuần được mổ mở cắt tử cung.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước tử cung có sự liên quan đến quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân, kích thước tử cung càng lớn thì tỷ lệ phẫu thuật mở bụng càng cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

4.2.7. Liên quan giữa số lượng khối u và lựa chọn phương pháp điều trị

66% trường hợp có 1- 2 khối u được chỉ định cắt tử cung, trong khi đó 100% bệnh nhân có nhiều hơn 2 khối u trở lên được phẫu thuật cắt tử cung. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa lựa chọn bóc nhân xơ và cắt tử cung, giữa các đường phẫu thuật với số lượng khối u, với $p > 0.05$

4.2.8. Liên quan giữa kích thước khối u và lựa chọn phương pháp điều trị

Kích thước trung bình khối u của những bệnh nhân bóc nhân xơ là 41 ± 3.5 mm, khối u nhỏ nhất là 10 mm, lớn nhất là 72 mm và của những bệnh nhân cắt tử cung là 50 ± 2.8 mm, khối u nhỏ nhất là 20 mm lớn nhất là 105 mm. Kích thước trung bình khối u của nhóm bệnh nhân bóc u xơ là nhỏ hơn so với nhóm cắt tử cung. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Trong nhóm bóc nhân xơ, kích thước u trung bình của nhóm Soi BTC là

25 ± 5.7 mm của nhóm NS ổ bụng là 43 ± 3.6 mm và của nhóm mở bụng bóc nhân xơ là 54 ± 4.7 mm. Kích thước khối u càng lớn thì khả năng mở bụng bóc nhân xơ càng cao. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Trong nhóm cắt tử cung kích thước u trung bình của nhóm NS cắt tử cung là 36 ± 2.3 mm, khối u nhỏ nhất là 21mm, lớn nhất là 60 mm, của nhóm mở bụng cắt TC là 58 ± 3.8 mm, khối u nhỏ nhất là 20mm, lớn nhất là 105 mm. Có sự khác biệt giữa kích thước khối u và lựa chọn đường mổ cắt tử cung kích thước càng lớn thì khả năng mở bụng cắt tử cung càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Như vậy, kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy kích thước khối u không liên quan đến quyết định bảo tồn hay không bảo tồn tử cung, nhưng lại quyết định đến việc lựa chọn đường phẫu thuật cho bệnh nhân. Khối u xơ càng lớn thì khả năng mổ mở càng cao.

4.2.9. Đánh giá một số kết quả sau phẫu thuật

4.2.9.1. Thời gian phẫu thuật

So sánh thời gian phẫu thuật của các phương pháp cho ta thấy, thời gian phẫu thuật trung bình của Soi BTC là 52 ± 3 phút, của NS ổ bụng là 72 ± 3 phút, mở bụng bóc nhân xơ là 62 ± 1 phút, NS cắt tử cung 72 ± 2 phút và mở bụng cắt TC là 70 ± 2 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của soi BTC là ngắn nhất, trong khi đó nhóm các phẫu thuật NS bóc nhân xơ và NS cắt tử cung thời gian kéo dài hơn. Khác biệt thời gian của nhóm phẫu thuật bóc nhân xơ có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

4.2.9.2. Tình trạng sốt sau mổ

Hậu phẫu 82 bệnh nhân sau mổ UXTC dưới niêm mạc có 6 bệnh nhân sốt trên 37.5°C trong đó có 4 trường hợp bệnh nhân cắt tử cung chiếm 75% và 1 trường hợp bệnh nhân bóc u xơ chiếm 25%. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa tỷ lệ sốt của các nhóm phẫu thuật với $p > 0.05$.

4.2.9.3. Thời gian điều trị trung bình của các phương pháp

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm viện trung bình của các nhóm phẫu thuật: Soi BTC là 3.75 ± 2.9 ngày, NS bóc nhân xơ là 4.75 ± 1.2 ngày, mở bụng bóc nhân xơ là 6.36 ± 1.0 ngày, NS cắt tử cung là 6 ± 2.1 ngày và mở bụng cắt tử cung là 6.5 ± 1.5 ngày. Phẫu thuật soi BTC cắt nhân xơ có thời gian nằm viện là ngắn nhất. So sánh thời gian nằm viện của 3 phương pháp phẫu thuật bóc nhân xơ cho ta thấy thời gian nằm viện tăng dần từ soi BTC đến NS ổ bụng và mở bụng bóc nhân xơ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Thời gian nằm viện trung bình của NS cắt tử cung ngắn hơn so với mở bụng cắt tử cung, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Nghiên cứu của Joseph.M (2013) giữa 73 bệnh nhân NS bóc nhân xơ với 169 bệnh nhân mở bụng bóc nhân xơ cho kết quả: thời gian trung bình của phẫu thuật là 70 phút so với 73 phút, tỷ lệ đau sau mổ là 33% so với 48%, thời gian nằm viện là 1 ngày so với 2 ngày.⁷⁰

Nghiên cứu của Osman.B (2014) giữa 40 bệnh nhân NS cắt tử cung và 40 bệnh nhân mở bụng cắt tử cung cho kết quả: thời gian phẫu thuật trung bình là 105 phút so với 75 phút, thời gian nằm viện trung bình là 2.48 ngày so với 4.88 ngày.⁷¹

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với 2 kết quả nghiên cứu của tác giả Joseph.M (2013) và Osman.B (2014) là tương tự nhau. Do trong nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật soi BTC cắt nhân xơ chỉ tiến hành trên nhóm type 0, khối u nằm hoàn toàn trong BTC nên thời gian cắt khối u là ngắn hơn. Phẫu thuật NS là một phẫu thuật khó cần nhiều thời gian để bóc u và khâu phục hồi nhưng ít gây tổn thương đến các mô cơ quan cho nên thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn, trong khi thời gian nằm viện sẽ ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng.

3.2.10. Phương pháp phẫu thuật soi BTC

Trong 82 bệnh nhân UXTC dưới niêm mạc có 8 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật soi BTC cắt nhân xơ, chiếm 10%. Tỷ lệ này so với các nhóm phẫu thuật khác là khá thấp, trong khi kết quả so sánh cho ta thấy thời gian phẫu thuật là ngắn nhất. Trong 8 bệnh nhân nói trên, 50% bệnh nhân sử dụng kẹp hình tim (pince un Coeur) để xoắn khối u và 50% sử dụng dao điện để cắt khối u. Kết quả sau phẫu thuật có 3 trường hợp bệnh nhân chảy máu sau mổ cần bơm bóng chèn vào BTC sau mổ. Tất cả bệnh nhân này đều được rút bóng sau 12h và kiểm tra không chảy máu lại. Không có biến chứng quá tải dịch nội soi trong 8 trường hợp trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật soi BTC chỉ được tiến hành 100% trên những bệnh nhân UXTC type 0, trong đó 5/8 trường hợp trên 40 tuổi và 4/8 trường hợp còn mong muốn có con. So với nhóm bóc u xơ đường bụng thì có 2/19 bệnh nhân trên 40 tuổi và 11/19 bệnh nhân còn mong muốn có con. Do tỷ lệ phẫu thuật hoàn toàn của type 0 là 90%, type 1 là 60 – 80% trong khi tỷ lệ dính BTC sau phẫu thuật đối với dao một cực là 35 – 45%, với dao hai cực là 7.5% cùng với sự hạn chế trong dụng cụ phẫu thuật và trình độ của phẫu thuật viên vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật soi BTC tiến hành chủ yếu trên những bệnh nhân lớn tuổi và đã có đủ con. Hiện nay, phẫu thuật soi buồng tử cung cắt u xơ dưới niêm mạc bằng hệ thống Truclear sử dụng dụng cụ cơ học trong môi trường nước muối đẳng trương, không sử dụng dòng điện đơn cực hay hai cực giúp cho phẫu thuật tiến hành đơn giản và an toàn hơn.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị UXTC type 0, type 1, type 2 từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 07 năm 2020 trên 82 bệnh nhân tại khoa phụ A5 bệnh viện phụ sản Hà Nội, chúng tôi rút ra được những kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân UXTC type 0, type 1, type 2

- Tỷ lệ các type trong nhóm UXTC dưới niêm mạc là khác nhau. Phổ biến nhất là type 2.

- Giống như với UXTC nói chung, tỷ lệ nhóm tuổi phổ biến của nhóm UXTC dưới niêm mạc là từ 45 đến 50 tuổi.

- Ra máu là triệu chứng hay gặp nhất của nhóm UXTC dưới niêm mạc chiếm 68%. Tỷ lệ thiếu máu của nhóm dưới niêm mạc (65%) cao hơn các nhóm UXTC khác (37.4%).

- UXTC dưới niêm mạc gây nhiều biến chứng sản khoa, nhất là type 0 làm tăng tỷ lệ sảy thai và thai lưu.

- Kích thước tử cung và kích thước khối u của type 0 nhỏ hơn type 1 và type 2.

2. Nhận xét phương pháp phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên:

- Cắt tử cung là phẫu thuật phổ biến trong nhóm UXTC dưới niêm mạc (67%).

- Tỷ lệ thực hiện phẫu thuật Soi BTC và NS cắt tử cung của type 0 cao hơn type 1 và type 2.

- Quyết định phẫu thuật bóc nhân xơ hay cắt tử cung phụ thuộc vào độ tuổi bệnh nhân.

- Lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi hay mổ mở phụ thuộc vào kích thước khối u và kích thước tử cung trên lâm sàng.

- Phẫu thuật soi BTC tỷ lệ còn thấp (10%). Trong khi so sánh về thời

gian phẫu thuật, thời gian nằm viện thì bệnh nhân soi BTC đều chiếm ưu thế.

- So sánh giữa phẫu thuật nội soi ổ bụng và phẫu thuật mở bụng không có sự khác nhau về thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ.

KIẾN NGHỊ

UXTC type 0, type 1 và type 2 là nhóm UXTC gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng như ra máu, biến chứng sản khoa. Tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về nhóm u xơ này, cũng như trên thực tế việc phân loại type UXTC còn chưa phổ biến. Thông qua nghiên cứu này chúng tôi mong muốn

- Áp dụng phân loại các nhóm UXTC theo phân loại của FIGO trên lâm sàng.

- Áp dụng phương pháp soi BTC điều trị UXTC type 0, type 1, type 2 nhiều hơn, đồng thời cũng phát triển trang thiết bị phục vụ cho phẫu thuật soi BTC.

TÀI LIỆU TAM KHẢO

1. Day Baird D., Dunson D.B., Hill M.C. và cộng sự. (2003). High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol*, **188**(1), 100–107.
2. Dương Thị Cường và Nguyễn Đức Hình (1999). Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành. nhà xuất bản y học, tr 88-108.
3. Pavone D., Clemenza S., Sorbi F. và cộng sự. (2018). Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, **46**, 3–11.
4. Munro M.G., Critchley H.O.D., Broder M.S. và cộng sự. (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet*, **113**(1), 3–13.
5. Nguyễn Văn Huy (2005). Giáo trình Giải phẫu người. Nhà xuất bản y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 306-310.
6. Breech LL Rook JA. (2003). Leiomyomata uteri and myomectomy. In Te linde's operative gynecology. In Rock JA, Jones III HW, eds (9th ed.). Philadelphia: PA: JB Lippincott Co.
7. Stewart E.A., Cookson C.L., Gandolfo R.A. và cộng sự. (2017). Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **124**(10), 1501–1512.
8. Nguyễn Xuân Hiền (2017). Chẩn đoán và điều trị u cơ trơn tử cung. Nhà xuất bản y học, tr 89.
9. Sciarra J, Dilts PV Jr. (1986). Gynecology and obstetrics. Philadelphia: PA: JB Lippincott.

10. Murase E., Siegelman E.S., Outwater E.K. và cộng sự. (1999). Uterine Leiomyomas: Histopathologic Features, MR Imaging Findings, Differential Diagnosis, and Treatment. *RadioGraphics*, **19**(5), 1179–1197.
11. Vilos, G. A., Allaire, C., Laberge, P. Y., Leyland, N., & Special, C. (2015). The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*, **37**(2), 157-178.
12. Samanta S., Dutta S., Samanta S. và cộng sự. (2019). An Observational Study on Uterine Myoma in Search of Factors Contributing to its Symptoms. *Int J Contemp Med Res IJCMR*, **6**(1).
13. Divakar H. (2008). Asymptomatic uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, **22**(4), 643–654.
14. Stewart E.A. (2015). Uterine Fibroids. *N Engl J Med*, **372**(17), 1646–1655.
15. Fraser I.S., Critchley H.O.D., Munro M.G. và cộng sự. (2007). A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding*. *Fertil Steril*, **87**(3), 466–476.
16. Nguyễn Khắc Liêu (1998). Rong kinh - Rong huyết, Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 246-251.
17. Nguyễn Khắc Liêu (2012). Rong kinh - Rong huyết, bài giảng sản phụ khoa dùng cho sau đại học. Nhà xuất bản y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 202-207.
18. Buttram, V. C., & Reiter, R. C. (1981). Uterine leiomyomata: Etiology, symptomatology, and management. *Fertility and Sterility*, **36**(4), 433-445.

19. Wamsteker, K., Emanuel, M. H., & de Kruif, J. H, (1993). Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: Results regarding the degree of intramural extension. *Obstetrics and Gynecology*, 82(5), 736-740.
20. Wegienka G., Baird D.D., Hertz-Picciotto I. và cộng sự. (2003). Self-Reported Heavy Bleeding Associated With Uterine Leiomyomata:. *Obstet Gynecol*, **101**(3), 431–437.
21. Nguyễn Thị Phương Loan (2010). Nghiên cứu phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2010. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội.
22. Phạm Quang Vinh (2016). Thiếu máu: phân loại và điều trị thiếu máu, *Bệnh học Nội khoa*. Nhà xuất bản y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr 389-397.
23. Puri K., Famuyide A.O., Erwin P.J. và cộng sự. (2014). Submucosal fibroids and the relation to heavy menstrual bleeding and anemia. *Am J Obstet Gynecol*, **210**(1), 38.e1-38.e7.
24. Hoàng Văn Kết (2002). Nhận xét về tình hình điều trị u xơ tử cung tại viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh năm 2002. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường đại học Y Hà Nội.
25. Fletcher H.M., Wharfe G., Williams N.P. và cộng sự. (2013). Renal impairment as a complication of uterine fibroids: A retrospective hospital-based study. *J Obstet Gynaecol*, **33**(4), 394–398.
26. Fletcher H., Wharfe G., Williams N.P. và cộng sự. (2009). Venous thromboembolism as a complication of uterine fibroids: A retrospective descriptive study. *J Obstet Gynaecol*, **29**(8), 732–736.

27. Jayakrishnan K., Menon V., và Nambiar D. (2013). Submucous fibroids and infertility: Effect of hysteroscopic myomectomy and factors influencing outcome. *J Hum Reprod Sci*, **6**(1), 35–39.
28. Hồ Nguyên Tiến và Lê Minh Toàn (2009). Vai trò của siêu âm bơm nước buồng tử cung trước phẫu thuật trong xác định vị trí u xơ tử cung dưới niêm mạc. .
29. Stout M.J., Odibo A.O., Graseck A.S. và cộng sự. (2010). Leiomyomas at Routine Second-Trimester Ultrasound Examination and Adverse Obstetric Outcomes:. *Obstet Gynecol*, **116**(5), 1056–1063.
30. Lee H.J., Norwitz E.R., và Shaw J. (2010). Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy. *Rev Obstet Gynecol*, **3**(1), 20–27.
31. Tamura-Sadamori R., Emoto M., Naganuma Y. và cộng sự. (2007). The Sonohysterographic Difference in Submucosal Uterine Fibroids and Endometrial Polyps Treated by Hysteroscopic Surgery. *J Ultrasound Med*, **26**(7), 941–946.
32. Telner, D. E., & Jakubovicz, D. (2007). Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician*, 53(1), 58-64. (17872610).
33. Khan A., Shehmar M., và Gupta J. (2014). Uterine fibroids: current perspectives. *Int J Womens Health*, 95.
34. Laughlin S.K., Hartmann K.E., và Baird D.D. (2011). Postpartum factors and natural fibroid regression. *Am J Obstet Gynecol*, **204**(6), 496.e1-496.e6.
35. Welling ton, Wagstaff (2003). Tranexamic acid: A review of its use in the management of menorrhagia.

36. Dhamangaonkar P., Anuradha K., và Saxena A. (2015). Levonorgestrel intrauterine system (Mirena): An emerging tool for conservative treatment of abnormal uterine bleeding. *J -Life Health*, **6**(1), 26.
37. Lethaby A., Vollenhoven B., và Sowter M.C. (2001). Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*.
38. Donnez, J., Tatarchuk, T. F., Bouchard, P., Puscasiu, L., Zakharenko, N. F., Ivanova, T., ... Group, P. I. S. (2012). Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med*, 366(5), 409-420.
39. Talaulikar, V. S., & Manyonda, I. T. (2012). Ulipristal acetate: A novel option for the medical management of symptomatic uterine fibroids. *Adv Ther*, 29(8), 655-663.
40. Farris, M., Bastianelli, C., Rosato, E., Brosens, I., & Benagiano, G. (2019). Uterine fibroids: An update on current and emerging medical treatment options. *Ther Clin Risk Manag*, 15, 157-178.
41. Donnez, Jacques, Arriagada, P., Marciniak, M., & Larrey, D. (2018). Liver safety parameters of ulipristal acetate for the treatment of uterine fibroids: A comprehensive review of the clinical development program. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(12), 1225-1232.
42. Hoffman B.L., Schorge J.O., Bradshaw K.D. và cộng sự. (2016), *Williams gynecology*, .
43. Burn P.R., McCall J.M., Chinn R.J. và cộng sự. (2000). Uterine Fibroleiomyoma: MR Imaging Appearances before and after Embolization of Uterine Arteries. *Radiology*, **214**(3), 729–734.
44. Linden, B. (2012). NICE guidance on off-pump coronary artery bypass grafting. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011a) Off Pump Coronary Artery Bypass Grafting, (Interventional Procedures

- Guidance 377]. [Www.nice.org.uk/guidance/IPG377](http://www.nice.org.uk/guidance/IPG377) (accessed 16 December 2011). *British Journal of Cardiac Nursing*, 7(1), 8-9.
45. Laughlin S.K. và Stewart E.A. (2011). Uterine Leiomyomas: Individualizing the Approach to a Heterogeneous Condition. *Obstet Gynecol*, **117**(2, Part 1), 396–403.
46. Hald K., Noreng H.J., Istre O. và cộng sự. (2009). Uterine Artery Embolization versus Laparoscopic Occlusion of Uterine Arteries for Leiomyomas: Long-term Results of a Randomized Comparative Trial. *J Vasc Interv Radiol*, **20**(10), 1303–1310.
47. Lê Quang Thanh (2015). Phác đồ điều trị sản - phụ khoa. Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Từ Dũ, tr 149-153.
48. Donnez J. và Dolmans M.-M. (2016). Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*, **22**(6), 665–686.
49. Ciebiera M., Łoziński T., Wojtyła C. và cộng sự. (2018). Complications in modern hysteroscopic myomectomy. *Ginekol Pol*, **89**(7), 398–404.
50. Donnez J., Donnez O., và Dolmans M.-M. (2014). With the advent of selective progesterone receptor modulators, what is the place of myoma surgery in current practice?. *Fertil Steril*, **102**(3), 640–648.
51. Metwally M., Farquhar C.M., và Li T.C. (2011). Is another meta-analysis on the effects of intramural fibroids on reproductive outcomes needed?. *Reprod Biomed Online*, **23**(1), 2–14.
52. Bosteels J., Weyers S., Kasius J. và cộng sự. (2015). Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*.
53. Piecak K. và Milart P. (2017). Hysteroscopic myomectomy. *Menopausal Rev*, **16**(4), 126–128.

54. Roy, K. K., Metta, S., Kansal, Y., Kumar, S., Singhal, & Vanamail, P. (2017). A Prospective Randomized Study Comparing Unipolar Versus Bipolar Hysteroscopic Myomectomy in infertile Women. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 10(3), 185-193.
55. Bhave Chittawar P., Franik S., Pouwer A.W. và cộng sự. (2014). Minimally invasive surgical techniques versus open myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*.
56. Segars J.H., Parrott E.C., Nagel J.D. và cộng sự. (2014). Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: comprehensive review, conference summary and future recommendations. *Hum Reprod Update*, **20(3)**, 309–333.
57. Flynn M., Jamison M., Datta S. và cộng sự. (2006). Health care resource use for uterine fibroid tumors in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, **195(4)**, 955–964.
58. Donnez O., Jadoul P., Squifflet J. và cộng sự. (2009). A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, **116(4)**, 492–500.
59. Wallace K., Zhang S., Thomas L. và cộng sự. (2020). Comparative effectiveness of hysterectomy versus myomectomy on one-year health-related quality of life in women with uterine fibroids. *Fertil Steril*, **113(3)**, 618–626.
60. Iversonjr R., Chelmow D., Strohbehn K. và cộng sự. (1996). Relative morbidity of abdominal hysterectomy and myomectomy for management of uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol*, **88(3)**, 415–419.

61. Sawin S.W., Pilevsky N.D., Berlin J.A. và cộng sự. (2000). Comparability of perioperative morbidity between abdominal myomectomy and hysterectomy for women with uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol*, **183**(6), 1448–1455.
62. Odejinmi F., Maclaran K., và Agarwal N. (2015). Laparoscopic treatment of uterine fibroids: a comparison of peri-operative outcomes in laparoscopic hysterectomy and myomectomy. *Arch Gynecol Obstet*, **291**(3), 579–584.
63. Acién P. và Quereda F. (1996). Abdominal myomectomy: results of a simple operative technique. *Fertil Steril*, **65**(1), 41–51.
64. Kotani Y., Tobiume T., Fujishima R. và cộng sự. (2018). Recurrence of uterine myoma after myomectomy: Open myomectomy versus laparoscopic myomectomy: Recurrence after laparotomy vs LM. *J Obstet Gynaecol Res*, **44**(2), 298–302.
65. Liang B., Xie Y.-G., Xu X.-P. và cộng sự. (2018). Diagnosis and treatment of submucous myoma of the uterus with interventional ultrasound. *Oncol Lett*.
66. Farhi J., Ashkenazi J., Feldberg D. và cộng sự. (1995). Effect of uterine leiomyomata on the results of in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*, **10**(10), 2576–2578.
67. Casini M.L., Rossi F., Agostini R. và cộng sự. (2006). Effects of the position of fibroids on fertility. *Gynecol Endocrinol*, **22**(2), 106–109.
68. Klatsky P.C., Tran N.D., Caughey A.B. và cộng sự. (2008). Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*, **198**(4), 357–366.

69. Sesti F, Cosi V, Calonzi F, et al. (2014). Randomized comparison of total laparoscopic, laparoscopically assisted vaginal and vaginal hysterectomies for myomatous uteri. Arch Gynecol Obstet.
70. Joseph M. Gobern, James F.Barter, Albert J. Steren (2013). Comparison of Robotic, Laparoscopic and Abdominal Myomectomy in a community hospital
71. Osman Balc (2014). Comparison of total laparoscopic hysterectomy and abdominal hysterectomy.

