

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHÙNG TRỌNG THỦY

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TỈNH TUYÊN QUANG**

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI - 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHÙNG TRỌNG THỦY

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TỈNH TUYÊN QUANG**

Chuyên ngành : Sản phụ khoa

Mã số : CK62721301

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS PHẠM BÁ NHA

HÀ NỘI - 2021

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn này, ngoài sự nỗ lực của bản thân tôi còn được sự hướng dẫn, giúp đỡ tận tình của các thầy cô, đồng nghiệp, Nhà trường, các bệnh viện, đơn vị công tác và những người thân trong gia đình.

Trước hết với tất cả lòng kính trọng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến PGS.TS. Phạm Bá Nha. Thầy đã tận tình động viên, hướng dẫn, giúp đỡ, dạy cho tôi nhiều kiến thức quý báu trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Để hoàn thành khóa học Bác sỹ chuyên khoa II và luận văn này tôi xin chân thành và trân trọng bày tỏ lòng biết ơn đến Ban giám hiệu trường Đại học Y Hà Nội, quý thầy cô Bộ môn Phụ Sản, Phòng Đào tạo Sau đại học đã tận tình giúp đỡ cho tôi trong suốt khóa học.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp và các phòng ban của Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong quá trình hoàn thành luận văn.

Đặc biệt xin bày tỏ lòng biết ơn đến bố, mẹ, vợ những người thân yêu trong gia đình đã hết lòng vì tôi trong quá trình học tập cũng như trong cuộc sống.

Hà Nội, ngày 29 tháng 10 năm 2021

Phùng Trọng Thủy

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Phùng Trọng Thủy**, học viên chuyên khoa II khóa 33, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Sản phụ khoa, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **PGS.TS. Phạm Bá Nha**.
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 nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 29 tháng 10 năm 2021

Người viết cam đoan

Phùng Trọng Thủy

CHỮ VIẾT TẮT

ÂĐ	Âm đạo
BMI	Boyd mass index (Chỉ số khối cơ thể)
BN	Bệnh nhân
BTC	Buồng tử cung
BVĐKTQ	Bệnh viện đa khoa Tuyên Quang
BVPSTU	Bệnh viện Phụ Sản trung ương
CI	Confidence Intewal (Khoảng tin cậy)
CTC	Cổ tử cung
CTCBP	Cắt tử cung bán phần
CTCĐÂĐ	Cắt tử cung đường âm đạo
CTCĐB	Cắt tử cung đường bụng
CTCHT	Cắt tử cung hoàn toàn
CTCNS	Cắt tử cung nội soi
Hb	Hemoglobin
K	Ung thư
NS	Nội soi
NT	Nhiễm trùng
OR	Odds Ratio (Tỷ suất chênh)
PP	Phương pháp
PT	Phẫu thuật
PTNS	Phẫu thuật nội soi
PTV	Phẫu thuật viên
TC	Tử cung
UX cơ TC	U xơ cơ tử cung
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Giải phẫu tử cung và các cơ quan liên quan	3
1.1.1. Giải phẫu tử cung.....	3
1.1.2. Âm đạo.....	9
1.1.3. Đáy chậu	9
1.2. U xơ tử cung.....	9
1.2.1. Định nghĩa.....	9
1.2.2. Dịch tế học	9
1.2.3. Phân loại u xơ tử cung	9
1.2.4. Vị trí, số lượng, kích thước của khối u xơ.....	10
1.2.5. Chẩn đoán u xơ cơ tử cung	12
1.2.6. Tiến triển và biến chứng	14
1.2.7. Điều trị UX cơ TC	17
1.3. Các phương pháp phẫu thuật điều trị UX cơ TC	21
1.3.1. Phẫu thuật bóc tách u xơ tử cung.....	21
1.3.2. Phẫu thuật cắt tử cung.....	24
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. Đối tượng	33
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	33
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	33
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	34
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	34
2.2.2. Thời gian nghiên cứu	34
2.2.3. Địa điểm nghiên cứu.....	34
2.2.4. Cỡ mẫu tính theo công thức.....	35
2.2.5. Cách tiến hành nghiên cứu	35
2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	40

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	41
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	41
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	41
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	41
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo địa dư.....	42
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc	42
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo trình độ học vấn.....	43
3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo số con hiện tại.....	43
3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo thời gian phát hiện u xơ.....	44
3.1.8. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử sản khoa.....	44
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	45
3.2.1. Triệu chứng lâm sàng	45
3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng.....	48
3.3. Đặc điểm phẫu thuật UX cơ TC.....	50
3.3.1. Hoàn cảnh và mức độ phẫu thuật	50
3.3.2. Các phương pháp phẫu thuật UX cơ TC	51
3.3.3. Xử trí phần phụ trong mổ	51
3.3.4. Các phương pháp vô cảm	56
3.3.5. Thời gian phẫu thuật	56
3.3.6. Truyền máu trong mổ	57
3.3.7. Thời gian trung tiện sau mổ	57
3.4. Kết quả phẫu thuật	58
3.4.1. Dùng kháng sinh sau mổ.....	58
3.4.2. Thời gian nằm viện.....	58
3.4.3. Tai biến, biến chứng	59
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	60
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến phương pháp phẫu thuật và phương pháp xử trí bảo tồn TC.....	60
4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	60
4.1.2. Nghề nghiệp, trình độ học vấn, địa dư của đối tượng nghiên cứu ..	61
4.1.3. Tiền sử sản khoa	62

4.1.4. Tiền sử phụ khoa.....	63
4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	65
4.2.1. Triệu chứng lâm sàng	65
4.2.2. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng	66
4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu	67
4.3.1. Số lượng u xơ tử cung theo siêu âm	67
4.3.2. Kích thước và tính chất u xơ tử cung	67
4.3.3. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ.....	68
4.4. Nhận xét về kết quả xử trí UX cơ TC bằng phẫu thuật	69
4.4.1. Thời gian phẫu thuật.....	71
4.4.2. Thái độ xử trí phân phụ theo tuổi	72
4.4.3. Tỷ lệ tai biến trong và sau phẫu thuật.....	73
4.4.4. Tỷ lệ phải chuyển phương pháp mổ	75
4.4.5. Phương pháp giảm đau trong mổ, sau mổ	76
4.4.6. Thời gian trung tiện sau mổ.....	77
4.4.7. Tình trạng phục hồi vận động sau mổ	77
4.4.8. Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ	78
4.4.9. Số ngày nằm viện sau mổ	78
KẾT LUẬN	80
KHUYẾN NGHỊ.....	81
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi	41
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	41
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo địa dư	42
Bảng 3.4.	Phân bố bệnh nhân theo dân tộc.....	42
Bảng 3.5.	Phân bố bệnh nhân theo trình độ học vấn	43
Bảng 3.6.	Phân bố bệnh nhân theo số con hiện tại	43
Bảng 3.7.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian phát hiện u xơ	44
Bảng 3.8.	Phân bố bệnh nhân theo tiền sử sản khoa.....	44
Bảng 3.9.	Triệu chứng lâm sàng	45
Bảng 3.10.	Phân bố bệnh nhân theo tình trạng phần phụ	46
Bảng 3.11.	Phân bố bệnh nhân theo tình trạng cổ tử cung	46
Bảng 3.12.	Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể	47
Bảng 3.13.	Phân bố bệnh nhân theo kích thước, độ di động tử cung	47
Bảng 3.14.	Phân bố bệnh nhân theo điều trị nội khoa trước mổ	48
Bảng 3.15.	Phân bố bệnh nhân theo Hb trước mổ	48
Bảng 3.16.	Phân bố bệnh nhân theo số lượng nhân xơ theo siêu âm	49
Bảng 3.17.	Vị trí nhân xơ tử cung trong siêu âm.....	49
Bảng 3.18.	Kích thước u xơ trên siêu âm	50
Bảng 3.19.	Tính chất u xơ trên siêu âm	50
Bảng 3.20.	Tính chất phẫu thuật	50
Bảng 3.21.	Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật	51
Bảng 3.22.	Xử trí phần phụ trong mổ	51
Bảng 3.23.	Các yếu tố liên quan giữa lứa tuổi, số con và phương pháp xử trí bảo tồn TC trong PT UX cơ TC	52
Bảng 3.24.	Các yếu tố (tiền sử phẫu thuật tiểu khung, thiếu máu, số lượng u xơ) với phương pháp phẫu thuật	54
Bảng 3.25.	Phương pháp vô cảm	56
Bảng 3.26.	Thời gian phẫu thuật.....	56
Bảng 3.27.	Truyền máu trong mổ	57

Bảng 3.28.	Thời gian trung tiện sau mổ.....	57
Bảng 3.29.	Dùng kháng sinh sau mổ	58
Bảng 3.30.	Số ngày nằm viện sau mổ.....	58
Bảng 3.31.	Các tai biến trong và sau mổ	59
Bảng 4.1.	Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của tác giả nước ngoài	60
Bảng 4.2.	So sánh tỷ lệ bóc u xơ bảo tồn tử cung với các tác giả khác.....	69
Bảng 4.3.	So sánh tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật UX cơ TC trong cắt TCHT với các tác giả khác	70
Bảng 4.4.	So sánh tai biến và biến chứng của phẫu thuật UX cơ TC.....	74
Bảng 4.5.	Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của các tác giả khác	79

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu tử cung và phần phụ nhìn mặt sau	3
Hình 1.2. Tử cung và các bộ phận liên quan trong chậu hông nữ	6
Hình 1.3. Mạch máu tử cung	8
Hình 1.4. Phân loại UX cơ TC theo FIGO, 2018	11

ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (leiomyoma - UXCTC), trước đây thường được gọi là U xơ tử cung, là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung. Đây là loại khối u sinh dục hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo Dương Thị Cương¹, Nguyễn Đức Hình¹ tỷ lệ UX cơ TC chiếm 18 - 20% trong tổng số phụ nữ trên 35 tuổi và UX cơ TC chiếm 20% trong các bệnh phụ khoa, theo Trần Thị Phương Mai UX cơ TC chiếm 20-30%² ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Bệnh xảy ra ở người da đen nhiều gấp 3 - 4 lần so với người da trắng. Người ta thường phát hiện UX cơ TC quanh tuổi 40, có 3% số trường hợp u xơ ở tuổi 20.

Biểu hiện lâm sàng của UX cơ TC rất đa dạng phần lớn là không có triệu chứng. Nhiều khi UX cơ TC được phát hiện tình cờ qua khám phụ khoa hoặc siêu âm³. UX cơ TC có thể gây ra đau bụng, rối loạn kinh nguyệt, rong kinh hoặc băng kinh... Tình trạng này kéo dài có thể dẫn đến thiếu máu và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh.

Ngoài ra UX cơ TC còn ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ. Theo Levast F. thì tần số sảy thai sớm ở phụ nữ có UX cơ TC thay đổi từ 4-8%⁴ do thai chậm phát triển trong tử cung. Có nhiều phương pháp điều trị UX cơ TC: Điều trị nội khoa, quang tuyến nút mạch, phẫu thuật... trong đó phẫu thuật cắt bỏ tử cung là phương pháp điều trị UX cơ TC triệt để nhất.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt tử cung khác nhau như phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo, cắt tử cung qua đường bụng, cắt tử cung nội soi... Phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo được thực hiện sớm nhất bởi Conrad Langenbeck năm 1813, đến năm 1843 phẫu thuật cắt tử cung bán phần qua đường bụng được thực hiện bởi Charler Clay, năm 1929 EH Richardson báo cáo phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường bụng. Vào

tháng 1 năm 1989 Herry Reich đã thực hiện trường hợp cắt tử cung qua nội soi (Laparoscopic Hysterectomy) đầu tiên trên thế giới⁵

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: tình trạng của người bệnh, điều kiện trang thiết bị của cơ sở y tế, trình độ phẫu thuật viên ..., mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng.

Việc chẩn đoán chính xác và đánh giá tình trạng người bệnh là vấn đề đặc biệt quan trọng để đưa ra phương pháp phẫu thuật phù hợp, đem lại hiệu quả cao và an toàn nhất cho người bệnh.

Tuyên Quang là một tỉnh miền núi phía bắc với dân số trên 700 nghìn dân, với tình hình kinh tế, chính trị ổn định người dân luôn quan tâm chăm sóc sức khỏe, làm đẹp và mong muốn được hưởng dịch vụ kỹ thuật cao trong ngành y tế. Tại Bệnh viện đa khoa Tuyên Quang ngoài các phẫu thuật mang tính cổ điển như: Phẫu thuật cắt tử cung bán phần, cắt tử cung hoàn toàn, phẫu thuật bóc u xơ qua đường mở bụng. Hiện tại Bệnh viện đã triển khai nhiều phương pháp phẫu thuật mới như: Phẫu thuật nội soi cắt tử cung, phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo, phẫu thuật cắt u xơ dưới niêm mạc,... Tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề cần nghiên cứu trong việc lựa chọn các phương pháp phẫu thuật với UX cơ TC phù hợp để đảm bảo an toàn đồng thời đáp ứng được yêu cầu thẩm mỹ, khả năng hồi phục sức khỏe sau mổ của người bệnh. Xuất phát từ yêu cầu trên chúng tôi tiến hành đề tài "**Nghiên cứu điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang**" với hai mục tiêu sau:

- 1 Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân được phẫu thuật UX cơ TC tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2019 - 2020*
- 2 Nhận xét kết quả xử trí UX cơ TC bằng phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu tử cung và các cơ quan liên quan

1.1.1. Giải phẫu tử cung

1.1.1.1. Kích thước, vị trí tử cung trong tiểu khung

Tử cung nằm trong tiểu khung, dưới phúc mạc, trên hoành chậu hông, sau bàng quang và trước trực tràng.

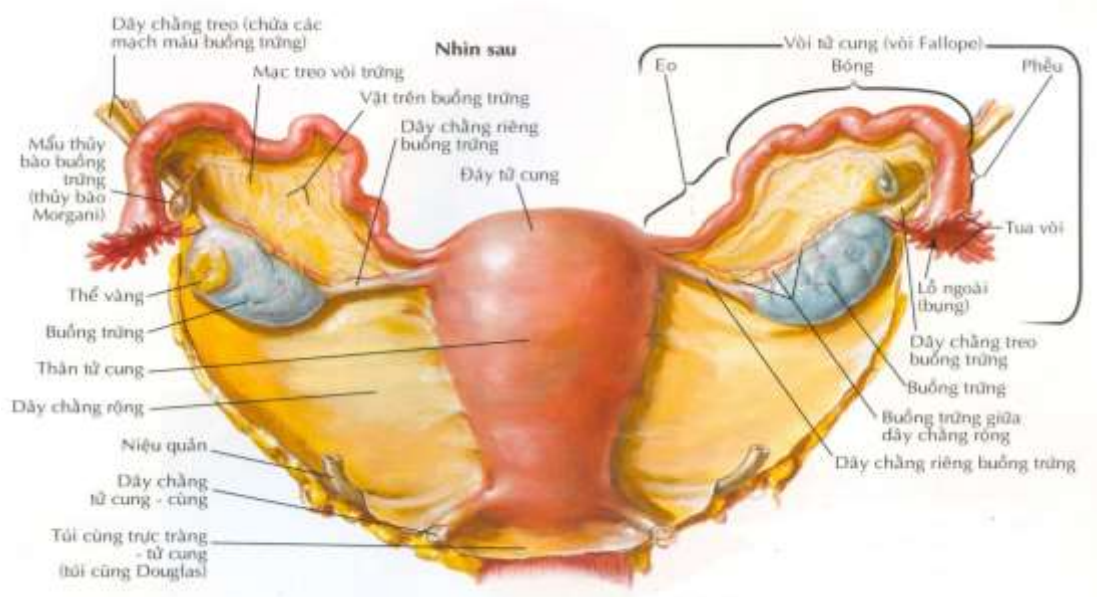
Kích thước trung bình: cao 6-7 cm; rộng 4- 4,5 cm; dày 2 cm.

Tử cung nặng trung bình 40-50 g ở người chưa sinh đẻ và khoảng 50-70 g ở người sinh đẻ rồi.

Tư thế bình thường của tử cung thường là gấp trước và ngả trước:

Gấp trước: Trục của thân tử cung hợp với trục của cổ tử cung thành góc 120 độ, mở ra trước.

Ngả trước: Trục của thân tử cung hợp với trục của âm đạo thành một góc 90 độ, mở ra phía trước ⁶.



Hình 1.1. Giải phẫu tử cung và phần phụ nhìn mặt sau⁷

1.1.1.2. Phương tiện giữ tử cung và mối liên quan

Tử cung được giữ tại chỗ nhờ

- **Đường bám của âm đạo vào CTC.**

- Tư thế của TC, Các dây chằng giữ TC.

*** Âm đạo bám vào cổ tử cung**

Âm đạo được giữ chắc bởi cơ nâng hậu môn, cơ âm đạo - trực tràng và nút thớ trung tâm, nền âm đạo tạo nên chỗ dựa của TC.

*** Tư thế của tử cung**

Gập trước và ngả trước, đè lên mặt sau trên của bàng quang tạo với âm đạo một góc, có tác dụng làm TC không tụt xuống.

*** Các dây chằng**

- Dây chằng rộng

Dây chằng rộng chia làm 2 phần: Phần trên là cánh, phần dưới là nền (đáy). Dây chằng rộng là nếp phúc mạc gồm 2 lá tạo nên bởi phúc mạc bọc mặt trước và sau tử cung, kéo dài ra 2 bên, chạy từ bờ bên TC, vò TC tới thành bên chậu hông gồm 2 mặt và 4 bờ.

Mặt trước dưới: Liên quan đến bàng quang, có một nếp phúc mạc chạy từ góc bên tử cung tới thành bên chậu hông, do dây chằng tròn đội lên tạo thành.

Mặt sau trên: Liên quan với các quai ruột non, đại tràng sigma, có dây chằng thất lưng - buồng trứng đội lên, mạc treo buồng trứng dính vào.

Bờ trong: Dính vào bờ bên của tử cung, có phúc mạc phủ mặt trước và sau tử cung, giữa hai lá có động mạch tử cung.

Bờ ngoài: Dính vào thành bên chậu hông, do 2 lá của dây chằng rộng ở phía trước và sau với phúc mạc thành.

Bờ trên tự do phủ lấy vòi TC, giữa 2 lá dọc bờ dưới của vòi tử cung, có nhánh vòi của động mạch tử cung và động mạch buồng trứng tiếp nối với nhau.

Bờ dưới gọi là đáy, trong đáy dây chằng rộng có động mạch tử cung bắt chéo trước niệu quản, chỗ bắt chéo cách bờ trên CTC 1,5 cm.

- Dây chằng tròn

Dây chằng tròn: Dài 10-15cm, chạy từ góc bên tử cung ra trước đội phúc mạc lá trước dây chằng rộng lên cho đến bên chậu hông, chui vào trong lỗ bẹn sâu, chạy trong ống bẹn và thoát ra ở lỗ bẹn nông, đồng thời tỏa ra các nhánh nhỏ tận hết ở mô liên kết gò mu và môi lớn.

- Dây chằng tử cung - cùng

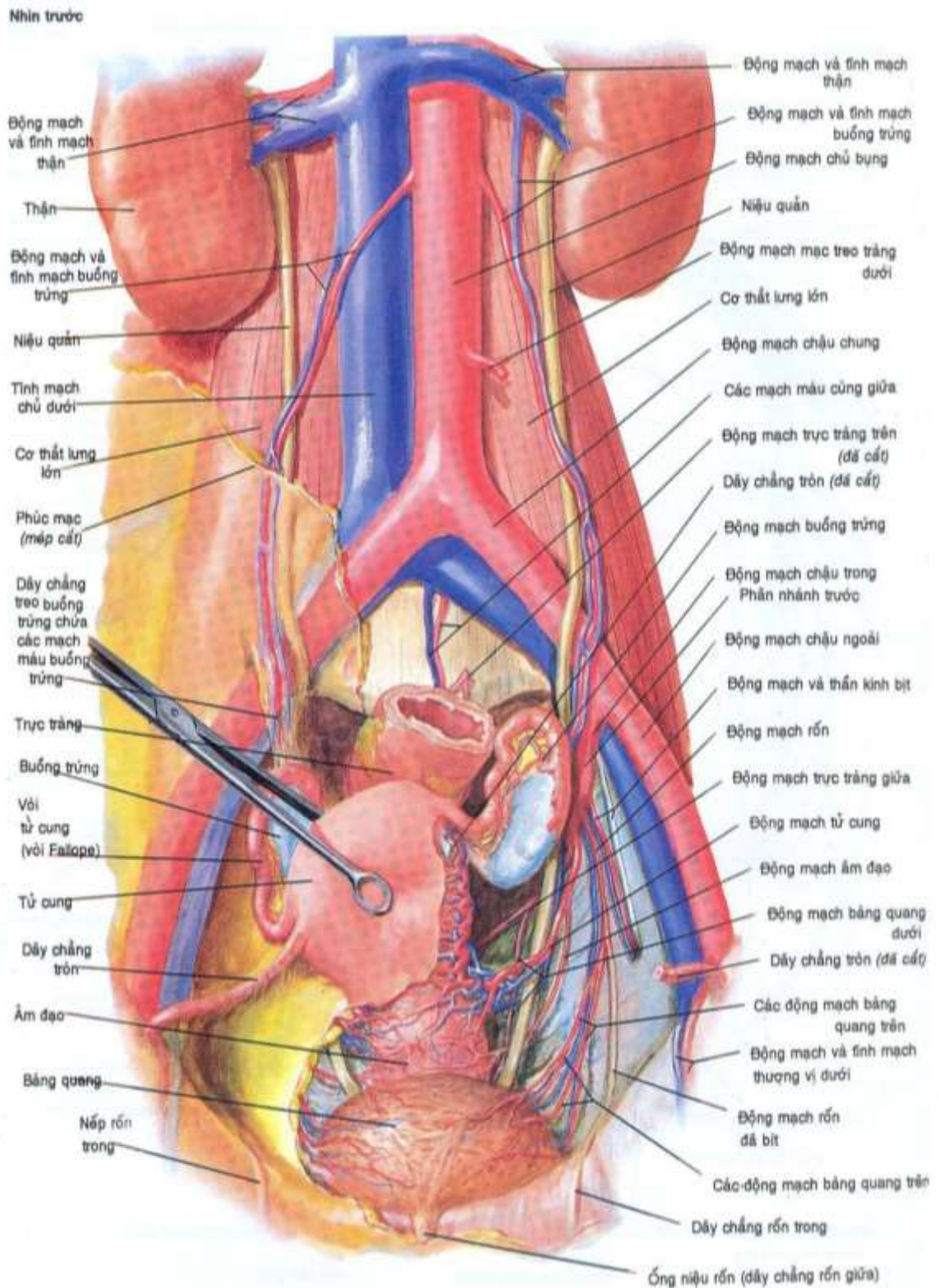
Dây chằng tử cung - cùng là dải cơ trơn, mô liên kết đi từ mặt sau cổ tử cung, chạy ra sau lên trên, đi 2 bên trực tràng đến bám vào mặt trước xương cùng.

- Dây chằng ngang cổ tử cung (MacKenrot):

Dây chằng ngang cổ tử cung là dải mô liên kết đi từ bờ bên tử cung, chạy sang bên dưới nền dây chằng rộng, trên hoành chậu hông tới thành bên chậu hông.

- Dây chằng mu - bàng quang - sinh dục

Dây chằng mu - bàng quang - sinh dục là các thớ từ bờ sau xương mu đến bàng quang, đến CTC và các thớ từ bàng quang đến CTC.



Hình 1.2. Tử cung và các bộ phận liên quan trong chậu hông nữ⁷

1.1.1.3. Mạch máu

* **Động mạch tử cung**

Đường đi và liên quan của động mạch TC: động mạch TC được tách ra từ động mạch hạ vị, dài 10 - 15cm, chạy ngang từ thành bên chậu hông đến TC. Về liên quan động mạch TC được chia làm 3 đoạn:

- Đoạn thành bên chậu hông: động mạch nằm áp sát mặt trong cân cơ bịt trong có phúc mạc phủ lên và tạo nên giới hạn dưới hố buồng trứng.

- Đoạn trong nền dây chằng rộng: Động mạch chạy ngang từ ngoài vào trong nền dây chằng rộng, ở đây động mạch bắt chéo trước niệu quản. Chỗ bắt chéo cách eo TC 1,5cm.

- Đoạn cạnh tử cung: Khi chạy tới sát bờ bên CTC thì động mạch chạy ngược lên trên theo bờ bên TC nằm giữa 2 lá dây chằng rộng, đoạn này động mạch chạy xoắn như lò xo.

- Nhánh tận: Khi tới sừng tử cung động mạch chia 4 nhánh tận

- + Nhánh cho đáy tử cung: Cấp máu cho đáy tử cung

- + Nhánh vòi tử cung trong: Chạy giữa 2 lá mạc treo vòi rồi nối với nhánh vòi tử cung ra ngoài của động mạch buồng trứng, cấp máu cho vòi TC và mạc treo vòi.

- + Nhánh buồng trứng trong: Chạy theo dây chằng tử cung - buồng trứng tiếp nối với nhánh buồng trứng ngoài của động mạch buồng trứng cấp máu cho buồng trứng.

- + Nhánh nối trong: Nối với nhánh nối ngoài của động mạch buồng trứng.

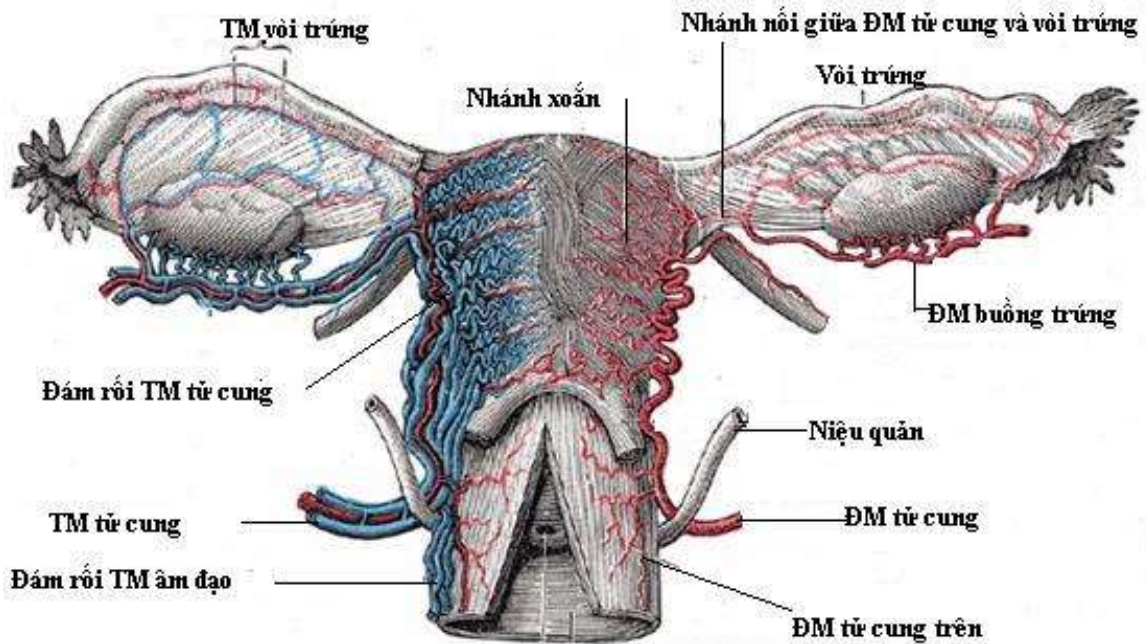
- Ngành bên:

- + Nhánh cho niệu quản tách ở nền dây chằng rộng.

- + Nhánh cho bàng quang âm đạo.

- + Nhánh cho cổ tử cung có 4 - 5 nhánh chạy xuống dưới, mỗi nhánh chia đôi chạy vòng mặt trước và mặt sau CTC.

- + Nhánh thân tử cung: Có rất nhiều nhánh chạy xiên qua lớp cơ TC.



Hình 1.3. Mạch máu tử cung⁸

*** Tĩnh mạch**

Tĩnh mạch gồm có 2 đường:

- Đường nông chạy kèm theo động mạch TC, bắt chéo trước niệu quản rồi đổ về tĩnh mạch hạ vị.
- Đường sâu chạy bắt chéo sau niệu quản và đổ về tĩnh mạch hạ vị.

*** Bạch mạch**

Các bạch mạch ở CTC và thân TC thông nối nhau đổ vào cùng một thân chung chạy dọc bên ngoài động mạch TC và cuối cùng đổ vào các hạch bạch huyết của động mạch chậu trong, động mạch chậu chung hoặc động mạch chủ bụng.

1.1.1.4. Thần kinh

Tử cung được chi phối bởi đám rối thần kinh tử cung - âm đạo. Đám rối này tách ra từ đám rối thần kinh hạ vị dưới, đi trong dây chằng tử cung - cùng đến tử cung ở phần eo TC.

1.1.2. Âm đạo

Là khoang ảo nối từ TC với bộ phận sinh dục ngoài. Thành âm đạo vây xung quanh CTC tạo nên túi bịt, gồm 4 phần trước, hai bên và sau. Trong đó túi bịt sau sâu nhất và liên quan đến túi cùng Douglas. Phía trước âm đạo liên quan với bàng quang và niệu đạo, phía sau âm đạo liên quan với bóng trực tràng.

1.1.3. Đáy chậu

Đáy chậu gồm tất cả các phần mềm cân, cơ, dây chằng, bịt lỗ dưới của khung chậu.

Đáy chậu có hình trám, giới hạn phía trước là xương mu, hai bên là hai ụ ngồi, phía sau là đỉnh xương cụt.

1.2. U xơ tử cung

1.2.1. Định nghĩa

U xơ tử cung (còn gọi là u cơ nhẵn tử cung, u cơ trơn tử cung, nhân xơ cổ tử cung, ở nghiên cứu này dùng từ UX cơ TC) là khối u lành tính của cơ tử cung.

Tỉ lệ mới mắc UXTC là 217 – 3745/100000 mỗi năm và tỉ lệ hiện mắc 4.5 - 68.6%.⁹

1.2.2. Dịch tễ học

U xơ tử cung thường gặp ở phụ nữ 35 tuổi trở lên, chiếm 20% ². Đối với phụ nữ da màu (nhất là phụ nữ da đen), tỷ lệ này tăng từ 3-4 lần. Nhìn chung u xơ tử cung thường gặp ở lứa tuổi 30 - 50 tuổi, còn phụ nữ ở tuổi 20 gặp khoảng 3% ¹⁰Tại Việt Nam, tỷ lệ UX cơ TC từ 18 - 20%¹, tuy nhiên tỷ lệ này thực tế có thể còn cao hơn.

1.2.3. Phân loại u xơ tử cung

- Dựa vào tương quan vị trí giữa đường kính ngang lớn nhất của khối u xơ tử cung và tử cung chia làm 3 loại.

*** *U xơ tử cung dưới thanh mạc***

Phát triển từ cơ tử cung 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 tử cung kẽ***

Nằm giữa lớp cơ tử cung, thường nhiều nhân và làm cho tử cung to lên một cách toàn bộ, gây rối loạn kinh nguyệt rõ rệt, hay gây sảy thai, dễ non.

*** *U xơ tử cung dưới niêm mạc***

Là những u xơ có nguồn gốc từ lớp cơ nhưng phát triển dần vào buồng tử cung, đội lớp niêm mạc lên, có khi to chiếm toàn bộ buồng tử cung. U xơ dưới niêm mạc đôi khi có cuống, được gọi là polip xơ, nó có thể bị đẩy từ buồng tử cung ra âm đạo.

➤ Tùy theo vị trí của u xơ nằm ở phần nào của tử cung người ta chia ra:

U xơ TC ở thân tử cung, UX cơ TC ở eo tử cung, UX cơ TC ở cổ tử cung.

U xơ dễ làm biến dạng buồng tử cung gây rối loạn kinh nguyệt, chèn ép vào bàng quang, trực tràng, gây khó khăn cho thai nghén và quá trình sinh đẻ.

1.2.4. Vị trí, số lượng, kích thước của khối u xơ

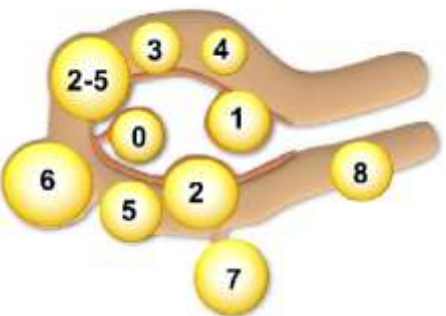
- Vị trí u xơ tử cung thay đổi tùy theo các phần khác nhau của tử cung. Vị trí thường gặp nhất là ở thân tử cung (96%), ở eo tử cung (3%) còn u xơ ở cổ tử cung rất hiếm gặp khoảng (1%).

- Về số lượng: Exacustos và cộng sự trong nghiên cứu của mình nhận thấy TC có một u xơ đơn độc là 88% và nhiều u xơ là 12% các trường hợp.

- Về kích thước của khối u: Đường kính khối u thay đổi từ bé như hạt đậu cho đến rất to hàng chục cm. Theo Samanta.S (2019) thể tích phổ biến của UXTC là từ 95.1 cm³ đến 125 cm³.¹¹

- Số lượng của UXTC có thể một hay nhiều. 82.1 % bệnh nhân được chẩn đoán UXTC có 1-2 nhân xơ.¹¹

Theo vị trí hiện nay, hệ thống phân loại UX cơ TC của hiệp hội Sản phụ khoa Quốc tế FIGO 2018 bản sửa đổi được sử dụng nhiều nhất.

UX cơ TC	0	Có cuống, trong buồng TC
	1	> 50% trong buồng TC
	2	<= 50% trong buồng TC
O – Other 	3	Dưới niêm nhưng 100% trong cơ TC
	4	Hoàn toàn nằm trong cơ TC
	5	Dưới thanh mạc, ≥50% trong cơ TC
	6	Dưới thanh mạc, < 50% trong cơ TC
	7	Dưới thanh mạc, có cuống
	8	Chỗ khác (cổ TC, các cơ quan quanh TC)
	Nếu u xơ nằm trọn trong cơ và lồi ra dưới niêm và dưới thanh mạc, có thể có 2 số chỉ vị trí khối u, 2–5, cách nhau bằng 1 gạch nối. Theo quy ước, số đầu chỉ khối u gần niêm mạc, số sau chỉ khối u gần thanh mạc.	
	UX cơ TC (L2-5)	Dưới niêm và dưới thanh mạc (< 50% nằm trong lòng TC và < 50% lồi ra dưới thanh mạc, hướng vào ổ bụng).

Hình 1.4. Phân loại UX cơ TC theo FIGO, 2018 ¹²

UX cơ TC thuộc nhóm L0, L1, L2 thường gây triệu chứng xuất huyết tử cung bất thường, có thể là nguyên nhân gây vô sinh và sảy thai. Nhóm này cần điều trị bằng phương pháp nội soi buồng tử cung¹³.

UX cơ TC L3 cũng có thể gây triệu chứng xuất huyết tử cung hoặc không, nhóm này thường ưu tiên điều trị bằng thuốc để làm giảm kích thước khối u trước khi mang thai¹¹.

UX cơ TC nhóm L4-L8 thường không gây xuất huyết tử cung bất thường. U xơ nhóm này cần điều trị khi kích thước khối U to gây chèn ép làm ứ nước thận hoặc táo bón. Có thể cân nhắc điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật bóc u xơ đối với phụ nữ con nguyện vọng sinh đẻ¹³

1.2.5. Chẩn đoán u xơ cơ tử cung

**** Lâm sàng***

Hầu hết UX cơ TC không gây triệu chứng, thậm chí khối u to vẫn không phát hiện được đặc biệt ở những bệnh nhân béo phì. Chỉ có khoảng 35-50% bệnh nhân có triệu chứng. Khi u xơ nhỏ thì triệu chứng rất nghèo nàn và phát hiện được do thăm khám phụ khoa với nhiều lý do khác nhau như chậm có thai, khám vô sinh, u xơ được phát hiện trong chương trình sàng lọc sớm ung thư phụ khoa, hoặc qua siêu âm phát hiện được^{14,15}, hoặc đi khám vì rối loạn kinh nguyệt. Nhìn chung các triệu chứng của UX cơ TC phụ thuộc vào vị trí, kích thước và số lượng của khối UX cơ TC.

- Toàn thân

- Nếu ra máu kéo dài có thể có biểu hiện của tình trạng thiếu máu: Người mệt mỏi, xanh xao.

- Triệu chứng cơ năng

- Ra huyết: là triệu chứng chính, khoảng 60% bệnh nhân u xơ tử cung có biểu hiện cơ năng như rong kinh, rong huyết, hoặc ra máu giữa kì kinh.

- Rong kinh đơn thuần hiếm gặp, chỉ chiếm 10% số trường hợp, mà thường là rong kinh, rong huyết làm cho người bệnh có cảm giác ra máu liên tục.

- Ra dịch trong lỗng như nước, đặc biệt trước hành kinh, thường gặp ở u dưới niêm mạc hoặc u có cuống. Khi có hoại tử hoặc nhiễm khuẩn khí hư hôi, có máu.

- Đau bụng trong UX cơ TC: do u phát triển chiếm cả vùng tử cung hoặc u xơ phát triển vào dây chằng rộng hoặc ngoài phúc mạc dẫn tới chèn ép hệ thần kinh vùng tiểu khung.

- Một số triệu chứng khác có thể thấy như đái rắt, bí đái, táo bón, phù chi dưới hoặc bệnh nhân có thể tự sờ thấy khối u ở vùng hạ vị là những triệu chứng liên quan đến mức độ phát triển khối u.

- Triệu chứng thực thể

+ Khám bụng.

Nếu khối u nhỏ thăm khám ngoài sẽ không thấy bất thường ổ bụng. Nhưng nếu khối u to, sờ nắn sẽ thấy một khối u vùng hạ vị, mật độ chắc.

+ Đặt mỏ vịt:

Có thể đánh giá tổn thương cổ tử cung, khí hư hoặc máu ở âm đạo hay từ buồng tử cung chảy ra.

+ Thăm khám âm đạo kết hợp nắn bụng:

Hạ vị có một khối to, mật độ chắc, bề mặt lồi lõm không đều do có nhiều nhân xơ, ấn không đau, di động cùng tử cung. Tuy nhiên mức độ di động tùy thuộc vào u có dính hay không.

+ Đo buồng tử cung: tuy ít có giá trị nhưng cho thấy buồng tử cung to hơn bình thường.

**** Cận lâm sàng***

Siêu âm

Siêu âm là phương pháp tốt nhất để xác định vị trí, kích thước, số lượng khối u. Có thể thăm dò khối u bằng siêu âm qua ổ bụng hay siêu âm đầu dò âm đạo.

Chụp buồng tử cung

Chụp buồng tử cung không phải là một phương pháp cận lâm sàng thường qui trong chẩn đoán UX cơ TC nhưng chụp buồng tử cung được chỉ định khi chẩn đoán lâm sàng còn chưa rõ như trường hợp u dưới niêm mạc không sờ thấy khi thăm âm đạo, khó phát hiện được qua siêu âm.

Soi buồng tử cung

Soi buồng tử cung cho phép quan sát được toàn bộ niêm mạc tử cung qua đó có thể sinh thiết chính xác các vị trí tổn thương, có thể nhìn rõ được u xơ tử cung dưới niêm mạc.

Các thăm dò bổ xung khác

U xơ tử cung là khối u lành tính nhưng nó có thể kết hợp với các tổn thương khác (ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung). Do vậy khi khám phụ khoa phải đặt mỏ vịt để kiểm tra tử cung một cách toàn diện. Nhìn trực tiếp cổ tử cung, làm phiên đồ âm đạo cổ tử cung, soi cổ tử cung và sinh thiết cổ tử cung khi có nghi ngờ, nạo niêm mạc TC làm mô bệnh học để tìm các tổn thương phối hợp như quá sản niêm mạc tử cung, ung thư niêm mạc tử cung...

- Trong những trường hợp khó chẩn đoán như UX cơ TC có cuống đôi khi phải chụp CT tiêu khung, MRI để phân biệt được UX cơ TC hay khối u buồng trứng hoặc các khối u khác trong ổ bụng (u bàng quang, u mạc treo, u trực tràng...).

1.2.6. Tiến triển và biến chứng

**** Tiến triển của u xơ tử cung***

Những u xơ tử cung nhỏ có thể tiêu đi sau thời kỳ mãn kinh mặc dù không điều trị gì. Người ta cho rằng do không còn estrogen nữa nên các mạch máu nhỏ tan đi, các sợi cơ đã được tăng sinh sẽ tiêu dần rồi được thay thế bởi những sợi collagen, tạo thành một khối trong suốt gọi là thoái hoá kính, đôi khi có lắng đọng canxi, khối u nhỏ dần và biến mất.

Mặt khác u xơ cũng có thể to lên, phát triển vào ổ bụng hoặc chèn ép vào trực tràng, làm thay đổi vị trí cổ tử cung, chèn vào bàng quang, có thể chèn ép vào tĩnh mạch và niệu quản. U xơ có thể bị kẹt trong tiểu khung, đè ép vào các động mạch và tĩnh mạch chậu...

*** *Biến chứng của UX cơ TC***

Thiếu máu

Là biến chứng hay gặp nhất ở u xơ cơ tử cung. Theo Vũ Nhật Thăng¹⁵, tỷ lệ này là 60%. Biến chứng thiếu máu hay gặp trong u xơ tử cung dưới niêm mạc. Có thể bệnh nhân có nhiều rối loạn cùng một lúc, ra huyết nhiều dẫn đến thiếu máu nhược sắc mức độ nặng, nhẹ được xác định qua huyết đồ, hemoglobin...

Biến chứng cơ học

- Khối u to có thể chèn ép vào niệu quản dẫn đến hậu quả là ứ nước bể thận, chèn ép bàng quang dẫn đến đái rất, đái khó, bí đái, chèn ép trực tràng gây táo bón và chèn ép tĩnh mạch gây phù chi dưới.

- Xoắn khối u xơ dưới phúc mạc (có cuống), biểu hiện đau hạ vị dữ dội, kèm dấu hiệu kích thích phúc mạc như nôn, bí trung đại tiện, toàn thân suy sụp, mạch nhanh, choáng, bụng chướng đau.

Biến chứng nhiễm khuẩn

- Khi khối u xơ dưới niêm mạc có cuống (polip buồng tử cung) thò ra ngoài cổ tử cung bị nhiễm khuẩn hoại tử. Bệnh nhân có những cơn đau bụng, sốt, bạch cầu tăng, toàn thân mệt mỏi. Khám qua mỏ vịt thấy một khối nâu mềm, hoại tử có cảm giác như một K cổ tử cung.

- Hoại tử vô khuẩn trong lớp cơ tử cung, hoặc u dưới thanh mạc. Nhiễm khuẩn nối tiếp sau một thời gian diễn biến của hoại tử vô khuẩn sau đẻ.

*** *Biến đổi thoái hoá của u xơ cơ tử cung***

Các biến đổi lành tính

- UX cơ TC nhỏ và teo đi sau mãn kinh
- Hoại tử vô khuẩn: Do thiếu máu cấp tính vì tắc nhánh động mạch tận nuôi dưỡng u xơ.

- U xơ có thể thoái hoá như: Thoái hoá phù, thoái hoá mỡ, thoái hoá kính hoặc vôi hoá hoại tử.

Biến đổi ác tính

+ Ung thư hoá (sarcoma):

Tỷ lệ này rất thấp dưới 0,1%, chẩn đoán thường khó, về lâm sàng khối u trở nên mềm, ra huyết bất thường kéo dài, tình trạng toàn thân suy sụp nặng.

**** Biến chứng sản khoa***

- *Liên quan đến thai nghén:*

+ Nguy cơ sảy thai trong 3 tháng đầu.

+ Thai chậm phát triển trong tử cung trong trường hợp u xơ quá to gây hạn chế lượng máu đến rau.

+ UX cơ TC làm thai chết trong tử cung

+ UX cơ TC gây đẻ non.

+ UX cơ TC gây đẻ khó:

- Ngồi bất thường vì UX cơ TC làm cản trở sự bình chỉnh của thai nhi

- U xơ biến thành u tiền đạo trong chuyển dạ

- U xơ gây rối loạn cơ co tử cung

+ Chảy máu trong thời kỳ sổ rau: Nguyên nhân chảy máu thường do sót rau hoặc dờ tử cung.

- UX cơ TC và vô sinh: UX cơ TC là một yếu tố gây vô sinh. Theo nghiên cứu của Walker ¹⁶ thì tỷ lệ vô sinh do UX cơ TC là 27%. Những phân tích trong y văn cho phép khẳng định điều này: UX cơ TC gây tắc vòi tử cung, làm xoắn vặn, biến dạng buồng tử cung làm cho tinh trùng phải di chuyển trên một đoạn đường xa hơn để gặp noãn. Khối UX cơ TC cũng làm thay đổi sự tưới máu của nội mạc tử cung dẫn đến khó có thai.

1.2.7. Điều trị UX cơ TC

Điều trị u xơ cơ tử cung phụ thuộc vào tuổi, tình trạng thai nghén, sự mong muốn có thai trong tương lai, sức khỏe, triệu chứng, kích thước, vị trí khối u. Nếu u xơ nhỏ, chưa có biến chứng có thể theo dõi, kiểm tra hàng năm. Nếu u xơ ngày càng lớn dần, gây các biến chứng đau vùng chậu, rong kinh, rong huyết, băng kinh, chèn ép bàng quang, khi có thai gây sảy thai liên tiếp, vô sinh cần phải điều trị ^{17,18,19}.

1.2.7.1. Theo dõi đơn thuần

Chỉ định cho những trường hợp các u chưa có triệu chứng cơ năng, có đường kính dưới 8 cm hoặc bệnh nhân chưa muốn mổ hoặc cần trì hoãn thời gian phẫu thuật.

1.2.7.2. Điều trị nội khoa

Người ta cho rằng UX cơ TC có nguồn gốc của sự cường estrogen, do đó có thể dùng các thuốc kháng estrogen để điều trị

- GnRH đồng vận: có thể làm giảm kích thước khối u xơ còn khoảng 30% sau khi tiêm 3 lần (cách nhau 28 ngày) ²⁰.

- Các loại Progestins như lynestrenol, MPA... có thể làm giảm thể tích khối u nhưng rất ít, tuy nhiên có thể làm giảm cường kinh và rong kinh nên tăng nhẹ hemoglobin.

- Morales và cộng sự đã báo cáo sử dụng 25mg Mifepriston 1 ngày trong 3 tháng làm giảm 50% kích thước u xơ. Okeke TC cũng báo cáo sử dụng mifepriston làm giảm 50% thể tích u xơ¹⁹.

- Woodhead, N và cộng sự đã báo cáo sử dụng Ulipristal acetat trên 144 bệnh nhân bị UX cơ TC từ tháng 1/2013 đến tháng 8/2015 làm giảm đáng kể triệu chứng băng kinh, thiếu máu và giảm kích thước UX cơ TC ²¹.

- Ulipristal acetate (UPA) là lựa chọn đầu tay trong điều trị nội khoa UXTC. Làm giảm triệu chứng cường kinh, đau nặng vùng hạ vị do có tác

dụng làm giảm lượng máu kinh. UPA có thể chỉ định trước phẫu thuật để giảm kích thước UX, cải thiện tình trạng thiếu máu của BN. UPA được sử dụng nhằm²²:

- + Cải thiện khả năng có thai ở phụ nữ hiếm muộn.
- + Cải thiện triệu chứng gây ra bởi UXTC cho phụ nữ gần tuổi mãn kinh
- + Tránh phẫu thuật cho BN mang UXTC có triệu chứng, do một số UXTC sẽ làm giảm kích thước khi điều trị bằng UPA. Từ đó cải thiện khả năng đậu thai.
- + Tránh phẫu thuật cho bệnh nhân không muốn phẫu thuật.
- + Kiểm soát triệu chứng ở người phụ nữ không đủ điều kiện phẫu thuật.
- + Ngăn ngừa tái phát UXTC ở phụ nữ đã được phẫu thuật bóc u xơ.
- + Chống chỉ định: BN có thai, xuất huyết âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân và bệnh lý ác tính.

- Có thể sử dụng thuốc viên nội tiết kết hợp tránh thai đối với bệnh nhân u xơ tử cung không có triệu chứng nặng, kích thước không to nhiều, tuy nhiên tác dụng chậm. Androgen (Danazol) ngày nay không dùng vì tác dụng phụ gây nam hóa. Các thuốc tương tự như LH- RH (Decapeptyl, Zoladex), không nên dùng quá 6 tháng vì những tác dụng phụ như: khô âm đạo, cơn bốc hỏa, nguy cơ loãng xương.

- Tranexamic acid:

Tranexamic acid được chứng minh làm giảm lượng máu kinh kể cả khi có UXTC.

Chỉ định:

- Có bằng chứng ủng hộ sử dụng tranexamic acid trên bệnh nhân cường kinh và kiểm soát chảy máu trong phẫu thuật.²³

- Điều trị kết hợp thuốc ngừa thai và tranexamic acid không được khuyến cáo.

- Tranexamic acid không được khuyến cáo trên bệnh nhân có bệnh lý đông máu bẩm sinh hoặc có tiền căn huyết khối.

Điều trị nội khoa là điều trị triệu chứng rong kinh, rong huyết: Dành cho

Những trường hợp U xơ tử cung nhỏ hay trung bình, không có triệu chứng hoại tử, chưa có biến chứng²⁴.

- Y học dân tộc điều trị u xơ tử cung:

Cho đến nay, đã có nhiều công trình nghiên cứu khoa học trong nước cũng như nước ngoài đi sâu nghiên cứu một số loại thảo dược có tác dụng điều trị u xơ tử cung, một trong số loại thảo dược đó là Trinh nữ hoàng cung. Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương Nguyễn Đức Vy²⁵ và cộng sự cũng đã nghiên cứu thử nghiệm điều trị UX cơ TC cho 42 bệnh nhân bằng thuốc viên chế từ cao khô Trinh nữ hoàng cung và bước đầu thu được kết quả đáng khả quan, 64,28% bệnh nhân có kích thước khối u nhỏ đi sau 2 đợt điều trị.

1.2.7.3. Làm tắc động mạch tử cung:(nút mạch)

Đây là một phương pháp mới điều trị u xơ tử cung vì nó làm giảm lượng máu đến khối u, gây hoại tử và làm khối u bé đi. Đây là thủ thuật Xquang can thiệp qua da tiến hành dưới tác dụng của thuốc giảm đau và phong bế thần kinh hạ vị, giúp bệnh nhân có thể ra viện trong ngày.

Năm 1979 trường hợp đầu tiên được nút mạch thành công do chảy máu sau đẻ. Năm 1994, Rivina và cộng sự đã mô tả một số trường hợp tắc động mạch tử cung trong điều trị UX cơ TC²⁶.

Theo Millerjanet và cộng sự (2003), phương pháp làm tắc mạch làm giảm đáng kể triệu chứng cường kinh ở phụ nữ 79 - 93% trường hợp²⁷. Những nghiên cứu khác chỉ ra rằng triệu chứng đa kinh giảm đi sau 3 tháng làm tắc mạch khối u và giảm rõ rệt sau 1 năm²⁸. Theo Ahmad và cộng sự, phương pháp làm tắc mạch không ảnh hưởng đến chức năng sinh lý bình thường của buồng trứng và là phương pháp an toàn trong điều trị UX cơ TC ở bệnh nhân trẻ tuổi²⁹.

1.2.7.4. Nội soi thất động mạch tử cung

Nội soi thất động mạch tử cung là một phương pháp mới hứa hẹn điều trị u xơ tử cung có triệu chứng với ít đau sau mổ so với phương pháp nút mạch.

1.2.7.5. Điều trị ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa vẫn là hướng điều trị chính cho những bệnh nhân u xơ tử cung. Đây là phương pháp điều trị tích cực, đem lại kết quả tốt nhất. Việc điều trị nội khoa hiện nay hầu hết đóng vai trò điều trị hỗ trợ trước phẫu thuật ¹²

Điều trị phẫu thuật bao gồm hai kiểu phẫu thuật lớn có thể áp dụng:

* **Điều trị bảo tồn:** cho phép giữ tử cung, bảo tồn chức năng sinh sản, nhưng có nguy cơ bị chảy máu sau mổ cũng như khả năng tái phát u xơ sau này.

Phẫu thuật qua đường bụng, cần thiết có thể mổ tử cung để kiểm tra u xơ trong buồng tử cung.

Nếu u xơ trong buồng tử cung, nhỏ, có cuống có thể cắt u xơ qua soi buồng tử cung ¹⁷.

* **Chỉ định điều trị cắt tử cung trong u xơ khi có:**

+ Rối loạn kinh nguyệt nặng nề. Hầu hết là có cường kinh, rong kinh (được định nghĩa là mất trên 80 ml/tháng).

+ U xơ tử cung có biến chứng cấp tính hay mạn tính ở tiểu khung như: đau bụng, bí tiểu, thường xuyên bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

+ U xơ không có triệu chứng nhưng dễ dàng sờ thấy ở trên bụng.

+ Khuyến cáo cắt tử cung nếu tử cung có u xơ to hơn tử cung có thai 12 tuần dù là không có triệu chứng¹⁰.

* **Tiêu chuẩn cắt tử cung vì u xơ theo hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG): chỉ cần có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:**

- U xơ tử cung không có triệu chứng nhưng có kích thước to đến mức có thể sờ thấy khi khám trên bụng hay người bệnh tự sờ thấy.

- Chảy máu âm đạo quá nhiều, biểu hiện:

- + Ra máu âm đạo ồ ạt, máu loãng lẫn máu cục, kéo dài trên 3 ngày.
- + Thiếu máu do mất máu cấp hay mãn tính.
- Khối u gây biến chứng ở tiểu khung:
- + Cấp tính hay mãn tính.
- + Đau bụng vùng dưới hay đau lưng kéo dài.
- + Đái rắt do khối u đè ép vào bàng quang mà không do nhiễm trùng tiết niệu⁹.

***Điều trị UXTC bằng phẫu thuật theo hướng dẫn của Bộ y tế³⁰**

Chỉ định:

- UXTC có biến chứng
- Đa nhân xơ tử cung, không còn mô lành, không thể bóc được.
- Trong khi bóc UXTC mà không kiểm soát được tình trạng chảy máu.
- Phụ nữ lớn tuổi và đủ con.
- Có bệnh lý kèm theo như bệnh tuyến cơ tử cung hoặc bệnh lý CTC.

Nếu cuộc mổ khó khăn có thể cắt TC bán phần và hai ống dẫn trứng.

- Nên cắt 2 buồng trứng nếu BN trên 50 tuổi. Tuy nhiên cần sự đồng thuận của BN.

Phẫu thuật UX cơ TC có thể

- Bóc u xơ: Có thể mổ mở đường bụng hoặc mổ nội soi hoặc soi buồng TC.
- Cắt tử cung bán phần: Có thể mổ mở đường bụng, mổ nội soi.
- Cắt tử cung hoàn toàn: Có thể mổ mở 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 của bệnh nhân và tổn thương phần phụ kèm theo.

1.3. Các phương pháp phẫu thuật điều trị UX cơ TC

1.3.1. Phẫu thuật bóc tách u xơ tử cung

Năm 1840, Amsat ở Pháp đã làm phẫu thuật bóc tách u xơ đầu tiên, tiếp đó là Washington Lee Attle cũng phẫu thuật bóc tách u xơ ở Mỹ. Vào năm

1844, Victo Boney, Isacdone Rubon, Charless Clay ở Manchester cũng ủng hộ và thực hiện phẫu thuật này.

Phẫu thuật bóc u xơ cho phép bảo tồn được tử cung, giữ được chức năng sinh sản đồng thời loại bỏ được tổn thương bệnh lý và điều trị được những triệu chứng do u xơ gây ra cho người bệnh. Vì những lý do trên mà phẫu thuật bóc tách u xơ được chỉ định cho những bệnh nhân còn trẻ tuổi, chưa có con hoặc mới chỉ có một con. Đồng thời việc chỉ định bóc u xơ có thực hiện được hay không còn phụ thuộc vào kích thước, vị trí và số lượng của u xơ.

Tại Việt Nam, theo báo cáo của Nguyễn Bá Mỹ Nhi ³¹ và cộng sự (2001) đã thực hiện bóc u xơ tử cung bằng nội soi trên 81 bệnh nhân với tổng số 88 u xơ. Kết quả là các khối u được bóc triệt để không có bệnh nhân nào phải mổ lại vì tai biến chảy máu ngoại trừ 12 trường hợp sót kéo dài sau mổ (14,8%) sau đó tất cả đều ổn định. Gần 70% bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường 24 giờ sau mổ. Đa số các bệnh nhân xuất viện 72 giờ sau mổ, chỉ có 2,5% bệnh nhân nằm lại viện hơn 3 ngày.

Cắt bỏ u xơ tử cung qua soi buồng tử cung được thực hiện với u xơ tử cung dưới niêm mạc, u nằm hoàn toàn trong buồng tử cung, đường kính u xơ dưới 4 cm.

Cùng với những ưu điểm, phương pháp bóc u xơ tử cung cũng có những biến chứng như làm giảm khả năng thụ thai dẫn đến vô sinh vì dính sau mổ. Tùy từng phương pháp bóc tách mà tỷ lệ dính buồng tử cung sau mổ khác nhau. Phẫu thuật soi buồng tử cung bóc u xơ dưới niêm mạc cũng gây dính buồng tử cung và là nguyên nhân của vô sinh và sảy thai liên tiếp.

Phẫu thuật bóc u xơ cũng có thể gây vỡ tử cung trong thai kỳ với tỷ lệ là 3%, nguy cơ này giảm đi khi sẹo mổ không mở vào buồng tử cung.

Theo Monnier ³² tỷ lệ này là 27% và sau phẫu thuật bóc tách nhiều u xơ tỷ lệ này là 59%. Theo Chuang L. tỷ lệ tái phát sau bóc nhân xơ 5 năm khoảng là

50% và nguy cơ mô lại giao động trong khoảng 11% - 26%³³. Tác giả cũng cho rằng UX cơ TC là một nguyên nhân gây vô sinh, phẫu thuật cắt bỏ u xơ dưới niêm mạc qua soi buồng tử cung là cần thiết và tỷ lệ có thai sau cắt bỏ u xơ dưới niêm mạc khoảng 60%, với u xơ kẽ tỷ lệ có thai cũng được cải thiện sau cắt bỏ u xơ.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng³⁴ trên 225 bệnh nhân mắc UXTC tại BVPSTW năm 2014 cho thấy nhóm chưa có con thì ưu tiên chọn phương pháp mổ bóc u xơ, tỷ lệ bóc u xơ ở những tử cung có kích thước tương đương thai ≤ 2 tháng cao hơn tỷ lệ cắt tử cung. Tỷ lệ bóc u xơ bằng phương pháp mổ mở trong trường hợp u xơ dưới niêm mạc, trong cơ và phối hợp là cao hơn hẳn so với tỷ lệ bóc u xơ bằng nội soi.

Theo nghiên cứu Đặng Thị Minh Nguyệt³⁵ trên 691 bệnh nhân mổ bóc UXTC tại BVPSTW trong 2 năm 2013- 2014 cho thấy bệnh nhân nội soi chuyển mổ mở chiếm 6,5%, bệnh nhân cắt tử cung chiếm 1,4 %, số bệnh nhân tai biến, biến chứng chiếm tỷ lệ thấp 1,4%.

- Chỉ định:

+ Có UXTC nhưng người bệnh muốn giữ tử cung để bảo tồn khả năng sinh sản hoặc để đảm bảo chất lượng cuộc sống.

+ UXTC có biến chứng (BN trẻ xuất huyết tử cung nặng gây thiếu máu, có UXTC làm biến dạng buồng tử cung, UXTC gây đau vùng chậu)³⁶

+ UXTC gây hiếm muộn hoặc sảy thai liên tiếp.

1.3.1.2 Phẫu thuật NS buồng tử cung bóc u xơ

- Chỉ định: Hiệp hội phẫu thuật NS Hoa Kỳ 2012 khuyến nghị phẫu thuật NS buồng tử cung là lựa chọn đầu tay cho các trường hợp UXTC dưới niêm mạc L0, L1, L2 có biến chứng gây xuất huyết nặng, vô sinh, sảy thai liên tiếp về kích thước khối u $< 5\text{cm}$.

- Tai biến có thể gặp
- + Chảy máu
- + Tổn thương tử cung: Nguy cơ chít hẹp CTC, thủng tử cung thường xảy ra trong thì nong CTC, thủng tử cung xảy ra trong thì cắt đốt gây tổn thương ruột, bàng quang và các mạch máu lân cận.
- + Dính buồng tử cung: Là biến chứng hay gặp trong phẫu thuật NS buồng tử cung cắt đốt UXTC L0, L1, L2.
- + Nếu cuộc mổ khó khăn kéo dài cần bơm nhiều dịch vào buồng tử cung có thể gây tăng tái hấp thu dịch dẫn đến quá tải tuần hoàn, phù phổi cấp, phù não cấp.

1.1.1.2. Mổ mở bóc UXTC

- Chỉ định:
 - + Nhiều nhân xơ, to trong cơ tử cung ở vị trí L2-L7.
 - + UXTC có biến chứng nặng không điều trị được bằng nội khoa.
 - + BN muốn bảo tồn tử cung hoặc đang mong con.
- Tai biến trong phẫu thuật: Thường là mất máu nhiều nên cần dự trữ máu cùng nhóm.
- Tai biến sau phẫu thuật
 - + Chảy máu tại vết khâu sau bóc u xơ nếu không khâu phục hồi cơ tử cung kỹ.
 - + Nhiễm trùng khi có tụ máu ở vết khâu phục hồi cơ tử cung
 - + Vỡ tử cung trong lần mang thai sau.
 - + Dò bàng quang - âm đạo - trực tràng, tổn thương niệu quản

1.3.2. Phẫu thuật cắt tử cung

Phẫu thuật cắt tử cung có nhiều kỹ thuật khác nhau, được chỉ định khi u xơ tử cung có biến chứng mà điều trị nội khoa thất bại, không thể bóc tách được, hay không có nhu cầu có con nữa.

Có hai loại phẫu thuật chính: Cắt tử cung không hoàn toàn và hoàn toàn ¹⁰

1.3.2.1. Cắt tử cung không hoàn toàn (cắt tử cung bán phần)

Là phẫu thuật cắt bỏ thân tử cung, để lại cổ tử cung. Phẫu thuật có thể kèm theo cắt một phần phụ (vòi tử cung, buồng trứng) hoặc cắt cả hai phần phụ tùy từng trường hợp.

Phẫu thuật CTCBP được J.L. Fauvre thực hiện lần đầu tiên vào năm 1879, H.A. Kelly đã áp dụng vào năm 1900 trên tử cung có u xơ. Có nhiều phương pháp CTCBP khác nhau như: Phương pháp CTCBP của Pozzi và Terrier, phương pháp phẫu thuật của L. Bazy, được áp dụng trong các trường hợp khác nhau về vị trí, kích thước khối u, tình trạng tử cung và phần phụ.

Phẫu thuật cắt tử cung bán phần được chỉ định khi tình trạng cổ tử cung không có tổn thương, vị trí của u xơ cho phép và tuổi của bệnh nhân còn trẻ.

Phẫu thuật này có ưu điểm là đơn giản, dễ làm và giữ được cổ tử cung cho bệnh nhân. Tuy nhiên vẫn có nguy cơ tái phát u xơ và ung thư cổ tử cung, do đó sau phẫu thuật vẫn phải thường xuyên theo dõi bằng tế bào học phát hiện sớm các bất thường ở CTC³⁷.

Hiện nay phẫu thuật cắt tử cung bán phần không chỉ được thực hiện qua phẫu thuật mở bụng mà còn được thực hiện qua phẫu thuật nội soi.

1.3.2.2. Cắt tử cung hoàn toàn (CTCHT)

Phẫu thuật CTCHT là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng để lại phúc mạc đoạn dưới đủ để phủ kín vùng hố chậu. Tuy nhiên, cũng có trường hợp CTCHT để lại một hoặc hai phần phụ tùy theo bệnh lý và cân cân nhắc thận trọng với những phụ nữ đang độ tuổi sinh đẻ.

CTCHT có thể thực hiện bằng các đường: mổ mở, nội soi, âm đạo.

• Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường bụng

Đây là phương pháp thông dụng. Ngoài phương pháp cổ điển, hiện nay có rất nhiều phương pháp khác đáp ứng với từng trường hợp cụ thể như:

Phương pháp cắt tử cung hoàn toàn của Kelly - Segnond, được áp dụng khi phần phụ một bên dính nhiều, phải cắt từ bên không dính hoặc dính ít trước để dễ dàng bóc tách bên bị dính. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn của Doyen là cắt tử cung hoàn toàn từ dưới lên trên bắt đầu bằng thì cắt âm đạo, được áp dụng trong các trường hợp hai phần phụ bị dính nhiều, khó khăn khi bóc tách từ trên xuống. Phẫu thuật CTCHT tiếp theo sau CTCBP được áp dụng trong trường hợp u xơ làm cho tử cung quá to mà không bóc u xơ được làm giảm khối lượng tử cung.

- Ưu điểm

- + Không cần đầu tư lớn về trang thiết bị cũng như đào tạo phẫu thuật viên.
- + Thuận lợi về phẫu trường, dễ dàng thực hiện các phương pháp phẫu thuật khác nhau, do vậy áp dụng tốt trong trường hợp dính thành bụng, tiểu khung và các vị trí, số lượng, kích thước khác nhau của khối u.

- Nhược điểm

- + Chảy máu
- + Nhiễm trùng
- + Tổn thương các cơ quan nội tạng xung quanh trong khi phẫu thuật như: niệu quản, bàng quang, trực tràng...

• Phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo

Phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo được thực hiện năm 1813 bởi Langenbeck người Đức. Năm 1822, Saute tiến hành thành công cắt tử cung đường âm đạo cho một bệnh nhân bị ung thư tử cung. Sau đó phương pháp cắt tử cung qua đường âm đạo đã có nhiều cải tiến tạo nên phương pháp cắt tử cung qua đường âm đạo hiện tại đã mang lại những kết quả tốt.

Ở Việt Nam, kỹ thuật cắt tử cung qua đường âm đạo cho những bệnh nhân bị u xơ tử cung cũng được áp dụng từ những năm cuối thập niên 90 ở

những bệnh viện lớn. Hiện nay kỹ thuật này đã được áp dụng rộng rãi không chỉ u xơ tử cung mà cả các bệnh lý khác của tử cung.

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo với sự hỗ trợ của nội soi ổ bụng làm cho chỉ định của phẫu thuật đường âm đạo rộng rãi hơn, có thể áp dụng trong các trường hợp tử cung di động hạn chế, viêm dính tiểu khung, lạc nội mạc tử cung mà trước đây khó thực hiện.

• *Ưu điểm*

- Tính thẩm mỹ cao
- Thời gian nằm viện, thời gian hồi phục thấp hơn so với phương pháp cắt bỏ tử cung bằng đường bụng. Theo Nguyễn Đình Tời ³⁸, số ngày nằm viện của bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo cũng thấp hơn phẫu thuật cắt tử cung đường bụng 3,25 ngày.

• *Nhược điểm*

- Phẫu thuật khó khăn trong trường hợp u xơ tử cung to, u xơ tử cung ở eo và u xơ trong dây chằng rộng, các trường hợp viêm dính tiểu khung và các bệnh nhân chưa sinh đẻ đường dưới.
- Việc đào tạo phẫu thuật viên khó khăn, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

• *Các điều kiện liên quan tới chỉ định*

- Kích thước tử cung không quá lớn (tương đương với tuổi thai 10 tuần hoặc đo buồng tử cung không quá 10cm).
- Tử cung di động dễ
- Không có viêm dính tiểu khung
- Âm đạo rộng, mềm, đã đẻ

• *Biến chứng trong và sau phẫu thuật*

- Chảy máu trong khi phẫu thuật: chảy máu do kẹp cặp, tuột chỉ, buộc lỏng chỉ hoặc có thể chảy máu ở diện bóc tách thành âm đạo trước và sau.

- Tổn thương niệu quản, bàng quang
- Tổn thương tiêu hóa: trực tràng, ruột
- Nhiễm trùng: Có thể khu trú ở vùng rạch, cũng có thể lan rộng gây viêm tiểu khung và viêm phúc mạc toàn bộ.
- Tắc ruột: Thường xảy ra sau biến chứng nhiễm trùng tiểu khung, tạo ra các vùng dính ruột gây tắc ruột.

• Đường nội soi

• Chỉ định

Chỉ định cắt tử cung qua nội soi tương tự như phẫu thuật cắt tử cung qua đường bụng. Tùy thuộc vào kinh nghiệm của các phẫu thuật viên mà có thể thực hiện phẫu thuật với các khối u có kích thước, vị trí, tình trạng ổ bụng khác nhau.

Theo Reich ³⁹, phẫu thuật UX cơ TC được chỉ định thông thường nhất với những khối u to bằng tử cung có thai ≤ 12 tuần và trọng lượng tử cung từ 280g - 320g, có những trường hợp trọng lượng tử cung lớn nhất 1000g - 1100g. Theo Switala, chỉ định cho những trường hợp tử cung lớn nhất 500g.

Ở Mỹ, hơn 600.000 ca cắt tử cung được thực hiện mỗi năm⁴⁰ và tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt tử cung chiếm hơn 70% tổng số phẫu thuật cắt tử cung⁴¹, 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).⁴¹

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 xơ⁴². 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.^{43, 44} 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.⁴⁵

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%.⁴⁶ 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%.⁴⁷

Theo Nguyễn Văn Giáp⁴⁸ nghiên cứu 122 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại BVPSTU thì trọng lượng tử cung nhỏ nhất là 40g, lớn nhất là 520g, trọng lượng trung bình $256,8 \pm 75,4g$. Theo Nguyễn Thị Thu Hường⁴⁹ nghiên cứu 156 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại BVPSTU năm 2008 thì trọng lượng tử cung nhỏ nhất là 50g, lớn nhất là 560g, trọng lượng trung bình $303,6 \pm 95,76g$.

• **Chống chỉ định**

* *Các nguyên nhân toàn thân:*

- Các bệnh rối loạn hô hấp: Hen phế quản, lao phổi
- Các bệnh van tim, cao huyết áp...
- Thiếu máu nặng
- Bệnh chuyển hóa: Tiểu đường, Basedow...
- Rối loạn đông máu

** Các nguyên nhân khác*

- Tử cung quá to (tùy theo khả năng của từng phẫu thuật viên)
- Mổ cũ dính nhiều. Tùy theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên khác nhau có thể phẫu thuật được các trường hợp có mức độ dính khác nhau.

• Ưu điểm

- Tránh được đau nhiều
- Thời gian nằm viện ngắn
- Tính thẩm mỹ cao
- Tỷ lệ nhiễm khuẩn thành bụng, dính ruột thấp
- Thời gian hồi phục nhanh.

Theo Harkki người bệnh sau mổ CTCNS có thời gian nằm viện trung bình là 3,3 ngày và thời gian hồi phục trở lại bình thường là 17,9 ngày, chỉ bằng một nửa so với cắt tử cung qua đường bụng.

• Tai biến

Mặc dù có rất nhiều ưu điểm song PTNS cũng có nhiều biến chứng. Ngoài các biến chứng như trong phẫu thuật mở bụng PTNS còn có các biến chứng đặc thù.

** Các biến chứng của bơm hơi ổ bụng:*

- Tắc mạch khí
- Tràn khí dưới da, ngoài phúc mạc...

** Tai biến do chọc kim bơm hơi ổ bụng:* Tổn thương các mạch máu lớn, mạch mạc treo ruột, thủng ruột, tổn thương bàng quang.

** Tai biến trong và sau phẫu thuật:*

- Tổn thương hệ tiết niệu
- Tổn thương hệ tiêu hóa ...

Theo Reich tai biến của PTNS cũng như các phẫu thuật cắt tử cung khác do gây mê, chảy máu, tổn thương các tạng...

Ở Việt Nam, từ năm 1993, Bệnh viện Từ Dũ đã bắt đầu triển khai PTNS trong các trường hợp như: Chửa ngoài tử cung, u nang buồng trứng, phẫu thuật điều trị vô sinh, bóc u xơ tử cung và cắt TCHT.

Năm 2001 Nguyễn Bá Mỹ Nhi đã nghiên cứu áp dụng cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ, nghiên cứu trên 680 trường hợp đầu tiên triển khai, có 650 trường hợp phẫu thuật thành công và 30 trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian trung bình phẫu thuật là 60 - 80 phút ⁵⁰.

PTNS đã được áp dụng tại BVPSTU từ năm 1995. Năm 2010 Nguyễn Quốc Tuấn ⁵¹ nghiên cứu hồi cứu mô tả gồm 111 trường hợp cắt tử cung qua nội soi. Kết quả: tuổi trung bình $46,88 \pm 6,62$, có 5 bệnh nhân dưới tuổi 39. Có 1 bệnh nhân chưa có con chiếm 1,3%. 105 trường hợp mổ nội soi thành công, 6 trường hợp chuyển mổ mở vì khó khăn. Đa số bệnh nhân có kích thước tử cung nhỏ hơn có thai 12 tuần (88,3%). U xơ có kích thước trung bình $6,3 \text{ cm} \pm 2$, đường kính lớn nhất chỉ 12cm và trọng lượng lớn nhất là 500gr. Thời gian phẫu thuật trung bình $55 \pm 17,7$ phút. Kết luận: cắt tử cung qua nội soi là phương pháp an toàn, hiệu quả, giá trị thẩm mỹ cao ⁵².

Năm 2012 nghiên cứu của Trần Thanh Hương tại Bệnh viện quân đội 108 với 90 trường hợp được cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi, thời gian mổ trung bình là $79,3 \pm 18,5$ phút, thời gian nằm viện trung bình $4,5 \pm 0,7$ ngày, có 6 trường hợp tai biến trong và sau mổ ⁵³.

Nhiễm trùng là biến chứng hay gặp trong các loại phẫu thuật. Có thể nhiễm trùng thành bụng, móm cắt âm đạo hay nhiễm trùng ổ bụng.

Ahmad A ²⁹ phân tích 827 trường hợp cắt TCHT đường bụng, tỷ lệ nhiễm trùng là 22% trong đó 6% là nhiễm trùng thành bụng và móm cắt âm đạo, có tới 16% nhiễm trùng đường niệu và viêm tĩnh mạch huyết khối. Theo Kovac ⁵⁴ tỷ lệ tử vong gặp 0,1-0,2% trong các trường hợp mổ. Thường do ngừng tim, ngừng thở, tắc mạch vành, chảy máu, nhiễm khuẩn.

- Nút mạch:

- + Thuyên tắc động mạch tử cung (Nút mạch tử cung - UAE) có thể cân nhắc thay cho phẫu thuật ở phụ nữ UX cơ TC có biến chứng nhưng không còn muốn duy trì khả năng sinh sản. Tuy nhiên hiệu quả của phương pháp này không cao.

- + UAE (Uterine artery embolism) chống chỉ định ở UX cơ TC có cuống, dưới niêm mạc, kích thước u quá lớn, có tiền căn thắt động mạch hạ vị và chưa có con. Sau UAE có 14,4% cần phải can thiệp thêm như mổ cắt tử cung, bóc nhân xơ.

- Điều trị bằng năng lượng sóng siêu âm : FUS-MRI.

- + Cho đến nay hiệu quả của siêu âm tần số cao (HIFU) dưới hướng dẫn của MRI trong điều trị UX CƠ TC còn thấp, tuy nhiên có cải thiện một vài triệu chứng lâm sàng và tác dụng phụ.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật vì UX cơ TC (cắt TC và bóc nhân xơ) từ 01/01/2019 đến 31/12/2020 có hồ sơ tại phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là UX cơ TC được phẫu thuật bóc UX cơ TC hoặc cắt TC.
- Có kết quả mô bệnh học là UX cơ TC mà không phối hợp với K cổ TC, hay K niêm mạc TC, K buồng trứng...
- Hồ sơ ghi đầy đủ thông tin đáp ứng với tiêu chuẩn nghiên cứu.

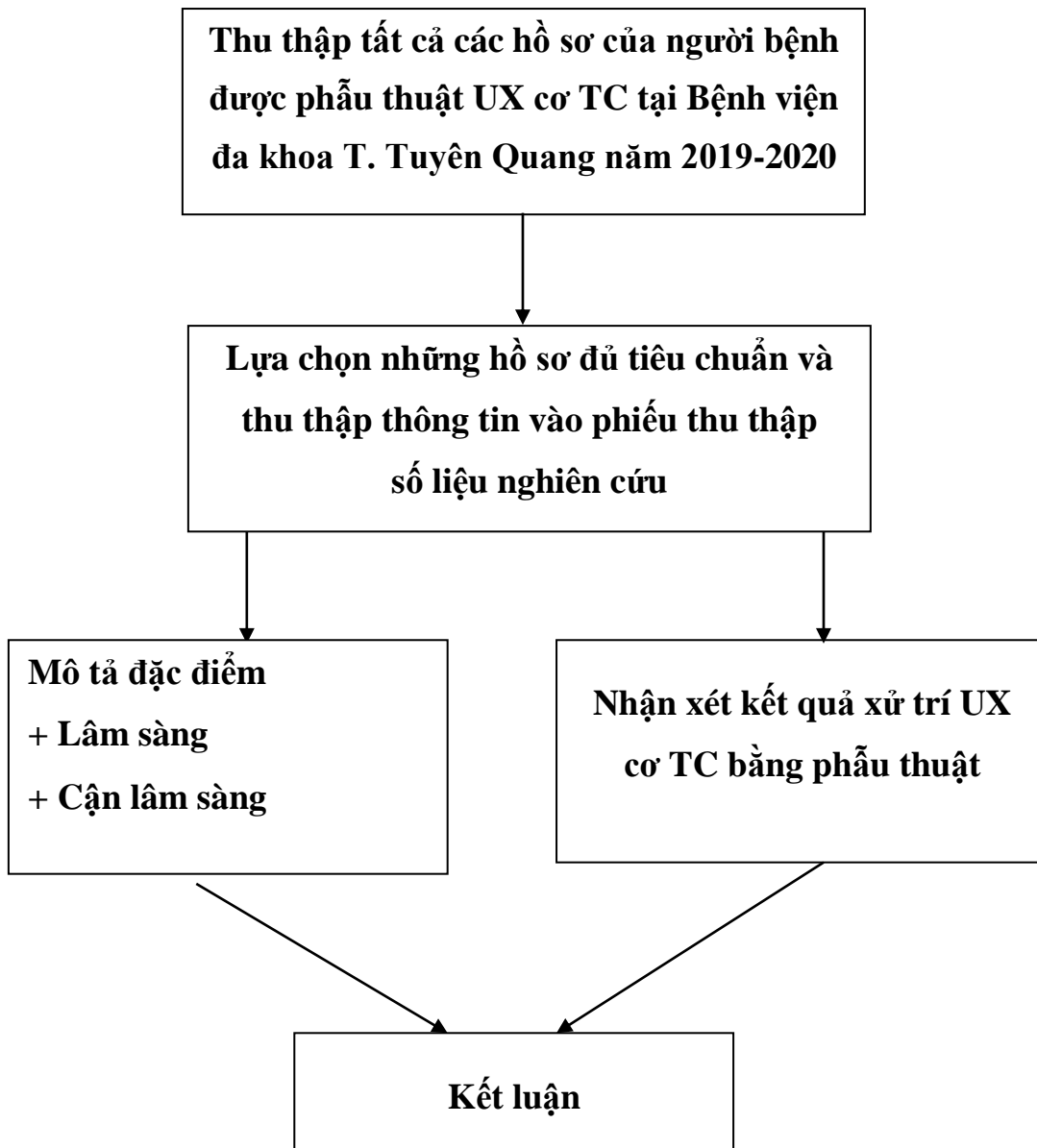
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư CTC, Ung thư TC, Ung thư buồng trứng...
- Bóc UX cơ TC trong mổ lấy thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, cắt ngang



2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/01/2019 đến hết tháng 31/12/2020.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

2.2.4. Cỡ mẫu tính theo công thức

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu trước đó tỷ lệ UX cơ TC là 18%¹ trong số phụ nữ trên 35 tuổi, nên chúng tôi chọn

$$p = 0,18^1$$

$$q = 1 - p = 0,82$$

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,96 ứng với độ tin cậy là 95%

($\alpha = 0,05$).

Với $\Delta = 0,06$

Thay vào công thức trên ta được cỡ mẫu tối thiểu là 158 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi đã thu thập được 161 bệnh nhân.

2.2.5. Cách tiến hành nghiên cứu

2.2.5.1. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Xây dựng mẫu phiếu thu thập thông tin phù hợp với các mục tiêu nghiên cứu.

- Số liệu thu được từ những bệnh án đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu và các sổ sách được lưu trữ tại kho hồ sơ của phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

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

* Những đặc điểm chung của người bệnh

➤ Tuổi: Tính theo năm dương lịch, chia thành các nhóm

- | | |
|---------|---------|
| - <30 | - 30-34 |
| - 35-39 | - 40-44 |
| - 45-49 | - ≥ 50 |

- Nghề nghiệp: công nhân, nông dân, cán bộ, nghề khác
- Địa dư: Thành thị, nông thôn
- Dân tộc: Kinh, Tày, Dao, Mông, dân tộc khác
- Trình độ học vấn

* *Tiền sử sản khoa:*

- Số con hiện tại : Chưa có con, 1 con, ≥ 2 con

* *Tiền sử phụ khoa:*

- Kinh nguyệt: Mãn kinh, chưa mãn kinh
- Bình thường
- Viêm phần phụ (Đau viêm dính đã điều trị)
- Khối u buồng trứng kèm theo

* *Tiền sử PT tiểu khung:*

- PT do sản khoa
- PT do phụ khoa
- PT do ngoại khoa

* *Bệnh nội khoa kèm theo:* Hen, Tăng huyết áp, suy tim, bệnh chuyển hóa...(Ở nghiên cứu này đối tượng bệnh nhân PT u xơ tử cung mắc các bệnh nội khoa đã được bác sỹ gây mê khám xác định đủ điều kiện phẫu thuật).

* *BMI:* Chỉ số BMI được tính = cân nặng / (chiều cao)²

- Cân nặng: Tính bằng kg
- Chiều cao: Tính bằng centimet

Theo WHO (1998)

- + Gầy khi $BMI < 18,5$
- + Trung bình khi $18,5 \leq BMI \leq 24,9$
- + Thừa cân khi $25 \leq BMI \leq 29,9$
- + Béo phì khi $BMI \geq 30$

** Lâm sàng:*

➤ Toàn thân: Tình trạng thiếu máu:

- + Bình thường: $Hb \geq 11 \text{ g/dl}$
- + Thiếu máu nhẹ: $Hb 9 - 10,9 \text{ g/dl}$
- + Trung bình: $Hb 7,1 - 8,9 \text{ g/dl}$
- + Nặng: $Hb \leq 7 \text{ g/dl}$

➤ Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân khi vào viện:

- Đau bụng hạ vị: là Đau bụng vùng hạ vị hoặc hố chậu đau kiểu tức bụng, nặng bụng, xuất hiện khi bệnh nhân đứng hoặc khi mệt mỏi, giảm đi khi nằm, đau tăng lên trước khi có kinh hoặc khi hành kinh.
- Đặc điểm về rối loạn kinh nguyệt:
 - + Kinh nguyệt không đều.
 - + Rong kinh: Là hiện tượng ra huyết từ tử cung có chu kỳ, kéo dài trên 7 ngày.
 - + Cường kinh: Kinh nguyệt nhiều so với bình thường hay kèm theo rong kinh.
 - + Băng kinh: Máu kinh ra nhiều trên 200ml trên ngày, ảnh hưởng đến toàn trạng, mạch nhanh, huyết áp tụt.
 - + Rong huyết: Là hiện tượng ra huyết không có tính chất chu kỳ, kéo dài trên 7 ngày...
 - + Khác.
- Ra dịch âm đạo: Bình thường âm đạo có một chất dịch trắng như sữa, hơi đặc số lượng ít không chảy ra ngoài âm đạo, không ảnh hưởng tới sinh hoạt của phụ nữ. Ra dịch âm đạo còn gọi là khí hư làm cho người phụ nữ thấy khó chịu: lòng trắng trứng, trắng như váng sữa, khí hư đục có mùi hôi, có thể lẫn máu...

➤ Tình trạng CTC: Bình thường, viêm, lộ tuyến, polyp

- CTC bình thường: Quan sát qua đặt mỏ vịt: CTC có màu hồng nhạt hoặc màu hồng tươi, bề mặt nhẵn trơn bóng, láng mịn
- Viêm CTC: khi khám, soi thấy CTC viêm, phù nề, đỏ chàm dễ chảy máu, tiết nhiều khí hư
- Lộ tuyến CTC: là sự hiện diện của biểu mô tuyến ở mặt ngoài CTC
- Polip CTC: là 1 khối mô có cuống mọc lên từ ống CTC (có thể từ thân hoặc đoạn eo thò ra)

* *Vị trí nhân xơ theo siêu âm:*

➤ Thân, eo, cổ tử cung, dây chằng rộng, thể phối hợp, thể xơ lan tỏa.

* *Số lượng UX cơ TC theo siêu âm:*

+ 1 u xơ

+ 2 u xơ

+ ≥ 3 u xơ

* *Kích thước tử cung trên lâm sàng Tương đương tuổi thai :*

+ TC thai < 8 tuần

+ TC thai 8 - 12 tuần

+ TC thai > 12 tuần

* *Di động tử cung: khám lâm sàng kết hợp nắn bụng và thăm âm đạo*

+ Dễ: khối U di động cùng với TC

+ Hạn chế: khối U di động ít hoặc không di động cùng với TC

* *Đặc điểm siêu âm:* Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang sử dụng máy siêu âm Samsung H60, Siemens siêu âm đường bụng và đường âm đạo.

➤ Tính chất UX cơ TC trên siêu âm:

. Đơn độc

. Lan tỏa

. Phối hợp

➤ Số lượng UX cơ TC trên siêu âm

** Đặc điểm trong mổ:*

+ Vị trí u xơ: Thành trước, thành sau, đáy tử cung, eo tử cung, dưới thanh mạc có cuống hoặc không có cuống, trong dây chằng rộng, thể phối hợp.

+ Số lượng UX cơ TC: 1 u, 2 u, ≥ 3 u

+ Cách thức phẫu thuật:

* Phẫu thuật mở bụng: Phẫu thuật bóc nhân xơ, Phẫu thuật cắt TCBP, Phẫu thuật cắt TCHT

* Phẫu thuật nội soi: Phẫu thuật bóc nhân xơ, Phẫu thuật cắt TCBP, Phẫu thuật cắt TCHT

+ Thái độ xử trí phần phụ: Bảo tồn, cắt 1 phần phụ, cắt 2 phần phụ

* Thời gian phẫu thuật:.

* Phương pháp vô cảm:

+ Tê tuỷ sống

+ Gây mê nội khí quản

* Thời gian nằm viện sau mổ

* Kháng sinh sử dụng

* Đánh giá cuộc phẫu thuật thành công hay thất bại: Thất bại được tính khi phải thay đổi phương pháp phẫu thuật so với dự kiến ban đầu hoặc có tai biến.

** Tai biến trong và sau mổ:*

+ Chảy máu: Thành bụng, ổ bụng

+ Tổn thương hệ tiết niệu

+ Tổn thương hệ tiêu hóa

+ Nhiễm trùng

2.2.5.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Mã hóa số liệu

- Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học.

Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình, so sánh giữa các nhóm bằng test t (để tính giá trị trung bình). Các tỷ lệ được so sánh bằng test χ^2 . Khi $p < 0,05$ thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, chỉ sử dụng số liệu trên phiếu thu thập số liệu và không can thiệp trực tiếp vào đối tượng. Tất cả thông tin của người bệnh được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu. Danh sách bệnh nhân sẽ không công bố tên đầy đủ của đối tượng nghiên cứu để đảm bảo bí mật theo quy định của pháp luật.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	n	%
<40 tuổi	26	16,1
40 - 44 tuổi	46	28,6
45 - 49 tuổi	45	28,0
≥ 50 tuổi	44	27,3
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $47,8 \pm 3,8$ tuổi, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 59 tuổi.

Nhóm tuổi từ 40-44, 45-49 và > 50 đều gặp với tỷ lệ khoảng trên 27%.

Chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm tuổi < 40 tuổi với tỷ lệ 16.1%.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Nông dân	88	54,7
Công nhân	29	18,0
Cán bộ, viên chức	10	6,2
Nội trợ	17	10,6
Khác	17	10,6
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân chiếm tỷ lệ là 54,7%, tiếp theo là công nhân chiếm 18,0%.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo địa dư

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo địa dư

Nơi ở	n	%
Thành thị	50	31,1
Nông thôn	39	24,2
Miền núi	72	44,7
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân ở miền núi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%), sau đó là thành thị chiếm 31,1% và thấp nhất là nông thôn chiếm 24,2%.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc

Dân tộc	n	%
Kinh	96	59,6
Khác	65	40,4
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Dân tộc kinh chiếm 59,6%, các dân tộc khác chiếm tỷ lệ 40,4%

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo trình độ học vấn

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo trình độ học vấn

Học vấn	n	%
Cấp 1	26	16,1
Cấp 2	20	12,4
Cấp 3	46	28,6
Trung cấp	21	13,0
Đại học - Sau đại học	48	29,8
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

- Có tới 16,1% bệnh nhân có trình độ học vấn từ cấp 1 trở xuống
- Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ từ cấp 3 trở lên chiếm tới hơn 70%.

3.1.6. Phân bố bệnh nhân theo số con hiện tại

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo số con hiện tại

Số con hiện tại	n	%
0 con	20	12,4
1 con	23	14,3
≥ 2 con	118	73,3
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân có ≥ 2 con chiếm tới 73,3%

Tỷ lệ BN chưa có con và có 1 con chiếm 26,7 % trong đó được phẫu thuật bóc nhân xơ bảo tồn TC 48,8% và cắt TC chiếm 51,2%

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo thời gian phát hiện u xơ

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo thời gian phát hiện u xơ

Thời gian phát hiện u xơ	n	%
Không phát hiện	11	6,8
<1 năm	64	39,8
> 1 năm	86	53,4
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Có tới hơn 50% bệnh nhân có thời gian phát hiện u xơ trên 1 năm

3.1.8. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử sản khoa

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa	n	%
Rối loạn kinh nguyệt	97	60,2
Có nạo hút	60	37,3
Mãn kinh	37	23,0
Phẫu thuật ổ bụng	31	19,3
Có sảy thai	24	14,9
Mổ CNTC nội soi	5	3,1
Mổ UNBT	3	1,9
Mổ CNTC mở	2	1,2
Mổ bóc nhân xơ	2	1,2

Nhận xét:

Tiền sử sản khoa hay gặp nhất là rối loạn kinh nguyệt, có nạo hút, mãn kinh, phẫu thuật ổ bụng, có sảy thai lần lượt là 60,2%; 37,3%; 23,0%; 19,3% và 14,9%.

Các tiền sử như có mổ CNTC nội soi, mổ UNBT, mổ CNTC mở và mổ bóc nhân xơ với tỷ lệ dưới 10%.

Có 37 BN chiếm 23% mãn kinh được hút buồng TC làm GPB loại trừ K niêm mạc tử cung sau đó được PT cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ do U xơ to gây đau bụng nhiều, rối loạn tiểu tiện và đi ngoài táo bón.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**3.2.1. Triệu chứng lâm sàng****Bảng 3.9. Triệu chứng lâm sàng**

Dấu hiệu	n	%
Đau bụng hạ vị	151	93,8
Rối loạn tiêu hóa	48	29,8
Tự sờ thấy u hạ vị	6	3,7
Phát hiện bệnh tình cờ	10	6,2
Ra máu âm đạo	80	49,7
Rối loạn tiểu tiện	62	38,5
Ra khí hư âm đạo	10	6,2
Không có triệu chứng lâm sàng	1	0,6

Nhận xét:

Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng tức hạ vị, ra máu âm đạo, rối loạn tiểu tiện với tỉ lệ lần lượt là 93,8%, 49,7 và 38,5%.

Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng phần phụ

Tình trạng 2 phần phụ	n	%
Bình thường	80	49,7
Viêm dính	80	49,7
Khối u/Khác	1	0,6
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Có tới 49,7% bệnh nhân có viêm dính phần phụ

Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng cổ tử cung

Tình trạng cổ tử cung	n	%
Viêm, Viêm lộ tuyến, Lộ tuyến	122	75,8
Bình thường	11	6,8
Khác	28	17,4
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương tại CTC chiếm 75,8%

Có 6,8% bệnh nhân không có tổn thương CTC

Bảng 3.12. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể

BMI (kg/m²)	n	%
< 18	5	3,1
18 – 23	71	44,1
> 23	85	52,8
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Có tới 85 Bn chiếm 52,8% thừa cân và béo phì

Bảng 3.13. Phân bố bệnh nhân theo kích thước, độ di động tử cung

Chỉ số	n	%
Kích thước tử cung		
< 8 tuần	11	6,8
8-12 tuần	89	55,3
>12 tuần	61	37,9
Tình trạng di động tử cung		
Bình thường	8	5,0
Hạn chế	151	93,8
Không di động	2	1,2

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân có kích thước tử cung tương đương 8-12 tuần là cao nhất chiếm 55,3%. Bệnh nhân có kích thước tử cung < 8 tuần là 6,8% và > 12 tuần là 37,9%.

Đa số bệnh nhân có tử cung di động hạn chế (93,8%)

Bảng 3.14. Phân bố bệnh nhân theo điều trị nội khoa trước mổ

Điều trị nội khoa trước mổ	n	%
Có	22	13,7
Không	139	86,3
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân (86,3%) bệnh nhân không có điều trị nội khoa trước phẫu thuật.

3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3.15. Phân bố bệnh nhân theo Hb trước mổ

Hb (g/L)	n	%
< 70	8	5,0
70 – 89	19	11,8
90 – 109	30	18,6
≥ 110	104	64,6
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân có Hb < 70 g/L chiếm 5,0%, 70-89 g/L chiếm 11,8% và 90-109 chiếm 18,6%.

Bảng 3.16. Phân bố bệnh nhân theo số lượng nhân xơ theo siêu âm

Số lượng nhân xơ	n	%
1 u	71	44,1
2 u	34	21,1
≥ 3 u	56	34,8
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân có 1, 2 và 3 nhân xơ lần lượt là 44,1%, 21,1% và 34,8%.

Bảng 3.17. Vị trí nhân xơ tử cung trong siêu âm

Vị trí xơ tử cung	n	%
Mặt trước tử cung	91	56,5
Mặt sau tử cung	56	34,8
Đáy tử cung	37	23,0
Dưới thanh mạc	31	19,3
Đoạn eo tử cung	29	18,0
Trong dây chằng rộng	4	2,5

Nhận xét:

Vị trí u xơ hay gặp nhất lần lượt là mặt trước tử cung (56,5%), mặt sau tử cung (34,8%), đáy tử cung (23,0%), dưới thanh mạc (19,3%), đoạn eo tử cung (18,0%) và ít gặp nhất là trong dây chằng rộng chiếm 2,5%.

Bảng 3.18. Kích thước u xơ trên siêu âm

Kích thước	n	%
< 5 cm	42	26,1
5-10 cm	98	60,9
>10 cm	21	13,0
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Kích thước u xơ trên siêu âm hay gặp nhất là 5-10 cm chiếm 60,9%. Tỷ lệ u xơ > 10 cm chiếm 13,0%.

Bảng 3.19. Tính chất u xơ trên siêu âm

Tính chất	n	%
Đơn độc	48	29,8
Lan tỏa	103	64,0
Phối hợp	10	6,2
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

103 bệnh nhân có u xơ lan tỏa chiếm 64,0%, tiếp theo là u đơn độc có 48 BN chiếm 29,8%.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật UX cơ TC

3.3.1. Hoàn cảnh và mức độ phẫu thuật

Bảng 3.20. Tính chất phẫu thuật

Tính chất	n	%
Cấp cứu	31	19,3
Cấp cứu có trì hoãn	34	21,1
Mổ phiên	96	59,6
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

59,6% bệnh nhân được mổ phiên, còn lại là 19,3% mổ cấp cứu và 21,1% mổ cấp cứu có trì hoãn.

3.3.2. Các phương pháp phẫu thuật UX cơ TC

Bảng 3.21. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		n	Tổng
Nội soi	Bóc UX cơ TC	6	10 (6,2%)
	Cắt TC bán phần	0	
	Cắt TC hoàn toàn	4	
Mở mổ	Bóc UX cơ TC	38	151 (93,8%)
	Cắt TC bán phần	55	
	Cắt TC hoàn toàn	58	
Tổng số	Bóc UX cơ TC	44 (27,3%)	161 (100,0%)
	Cắt TC bán phần	55 (34,2%)	
	Cắt TC hoàn toàn	62 (38,5%)	

Nhận xét:

Có 10 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm 6,2% và 151 bệnh nhân được phẫu thuật mở mổ chiếm 93,8%. Trong đó phẫu thuật bóc u xơ bảo tồn TC tử cung chiếm 27,3%; cắt tử cung bán phần (34,2%) và cắt tử cung hoàn toàn là (38,5%).

3.3.3. Xử trí phần phụ trong mổ

Bảng 3.22. Xử trí phần phụ trong mổ

Xử trí phần phụ trong mổ	n	%
Đề lại hai phần phụ	84	52,2
Cắt một phần phụ	20	12,4
Cắt hai phần phụ	57	35,4
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Thái độ xử trí gồm 52,2% để lại hai phần phụ, 35,4% cắt hai phần phụ và 12,4% cắt một phần phụ.

Bảng 3.23. Các yếu tố liên quan giữa lứa tuổi, số con và phương pháp xử trí bảo tồn TC trong PT UX cơ TC

Các yếu tố		Bóc U xơ 44 BN		Cắt TC 117 BN		OR 95%CI p
		n	%	n	%	
Tuổi	<44 tuổi 72 BN	36	50,0	36	50,0	10,1 4,2-23,9 <0,001
	≥45 tuổi 89 BN	8	8,9	81	91,1	
Số con	≤1 con 43 BN	21	48,8	22	51,2	3,9 1,8-8,3 <0,001
	≥2 con 118 BN	23	19,5	95	80,5	
Thiếu máu	Thiếu máu 57 BN	29	50,9	28	49,1	6,1 2,9-13,0 <0,001
	Ko thiếu máu 104 BN	15	14,4	89	85,6	
Số lượng u xơ	1 u 71 BN	20	28,1	51	71,8	1,1 0,5-2,2 >0,05
	>1u 90 BN	24	26,7	66	73,3	
Kích thước TC	< 8 tuần 11 BN	8	72,7	3	27,3	9,0 2,3-36,1 <0,01
	> 8 tuần 150 BN	34	22,7	116	77,3	

Nhận xét:

- Các yếu tố có liên quan với khả năng lựa chọn bóc u xơ tử cung bao gồm tuổi < 44 tuổi, số con ≤ 1 , có thiếu máu và kích thước TC < 8 tuần ($p < 0,01-0,001$).

- Bệnh nhân có tuổi < 44 thì khả năng lựa chọn bóc u xơ cao gấp 10,1 so với bệnh nhân ≥ 45 tuổi với 95%CI là 4,2-23,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Bệnh nhân có số con ≤ 1 thì khả năng lựa chọn bóc u xơ cao gấp 3,9 so với bệnh nhân có số con ≥ 2 với 95%CI là 1,8-8,3. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Bệnh nhân có tình trạng thiếu máu thì khả năng lựa chọn bóc u xơ cao gấp 6,1 so với bệnh nhân không thiếu máu với 95%CI là 2,9-13,0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Bệnh nhân có kích thước TC < 8 tuần thì khả năng lựa chọn bóc u xơ cao gấp 9,0 so với bệnh nhân có kích thước TC > 8 tuần với 95%CI là 2,3-36,1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Bệnh nhân có số lượng u xơ TC là 1 u thì khả năng lựa chọn bóc u xơ cao gấp 1,1 so với bệnh nhân có số lượng u xơ TC là ≥ 1 u với 95%CI là 0,5-2,2. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.24. Các yếu tố (tiền sử phẫu thuật tiểu khung, thiếu máu, số lượng u xơ) với phương pháp phẫu thuật

Các yếu tố		Mổ nội soi 10 BN		Mổ mở 151 BN		OR 95%CI p
		n	%	n	%	
Tuổi	<44 tuổi 72 BN	8	11,1	68	88,9	5,1 1,1-24,9 <0,05
	≥45 tuổi 89 BN	2	2,2	87	97,8	
Số con	≤1 con 43 BN	9	20,9	34	79,1	30,9 3,8-253,1 <0,001
	≥2 con 118 BN	1	0,8	117	99,8	
Thiếu máu	Thiếu máu 57 BN	5	8,8	52	91,2	1,9 0,5-6,8 >0,05
	Không thiếu máu 104 BN	5	4,8	99	95,2	
Số lượng u	1 u 71 BN	6	8,5	65	91,5	1,9 0,5-7,3 >0,05
	>1u 90 BN	4	4,4	86	95,6	
Kích thước TC	< 8 tuần 11 BN	7	63,6	4	36,4	68,3 12,7-336,1 <0,001
	>8tuần 150 BN	3	2,0	147	98,0	

Nhận xét:

- Các yếu tố có liên quan với khả năng lựa chọn mổ nội soi bao gồm tuổi < 44 tuổi, số con và kích thước TC < 8 tuần ($p < 0,01-0,001$).

- Bệnh nhân có tuổi < 44 thì khả năng lựa chọn mổ nội soi cao gấp 5,1 so với bệnh nhân ≥ 45 tuổi với 95%CI là 1,1-24,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Bệnh nhân có số con ≤ 1 thì khả năng lựa chọn mổ nội soi cao gấp 30,9 so với bệnh nhân có số con ≥ 2 với 95%CI là 3,8-253,1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Bệnh nhân có kích thước TC < 8 tuần thì khả năng lựa chọn mổ nội soi cao gấp 68,3 so với bệnh nhân có kích thước TC > 8 tuần với 95%CI là 12,7-336,1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

- Bệnh nhân có số lượng u xơ TC là 1 u thì khả năng lựa chọn mổ nội soi cao gấp 1,9 so với bệnh nhân có số lượng u xơ TC là ≥ 1 u với 95%CI là 0,5-7,3. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.3.4. Các phương pháp vô cảm

Bảng 3.25. Phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	n	%
Tê túy sống	34	21,1
Nội khí quản	127	78,9
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Có 78,9% vô cảm bằng nội khí quản và 21,1% gây tê túy sống

3.3.5. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.26. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	n	%
< 60 phút	9	5,6
60 - 90 phút	109	67,7
90 -120 phút	43	26,7
Tổng	161	100,0
Thời gian phẫu thuật mổ mở	93,2 ±26,1	
Thời gian phẫu thuật nội soi	97,3 ± 42,5 phút	

Nhận xét:

Thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở là 93,2 ±26,1 phút, tối thiểu là 50 phút tối đa là 210 phút.

Thời gian trung bình của mổ nội soi là 97,3 ± 42,5 phút, tối thiểu là 30 phút tối đa là 300 phút.

3.3.6. Truyền máu trong mổ

Bảng 3.27. Truyền máu trong mổ

Truyền máu trong mổ	n	%
Có truyền	20	12,4
Không truyền	141	87,6
Tổng	161	100,0
Lượng máu truyền trung bình	879,2 ±402,1 ml	

Nhận xét:

Có 12,4% bệnh nhân phải truyền máu trong mổ và số lượng máu truyền trung bình là 879,2 ±402,1 ml.

3.3.7. Thời gian trung tiện sau mổ

Bảng 3.28. Thời gian trung tiện sau mổ

Thời gian trung tiện sau mổ	n	%
<24 giờ	0	0,0
24-48 giờ	112	69,6
>48 giờ	49	30,4
Tổng	161	100,0

Nhận xét:

Thời gian trung tiện sau mổ 24-48 giờ là 69,6%, không có bệnh nhân nào trung tiện sau mổ trước 24 giờ.

3.4. Kết quả phẫu thuật

3.4.1. Dùng kháng sinh sau mổ

Bảng 3.29. Dùng kháng sinh sau mổ

Dùng kháng sinh sau mổ	Giá trị
Thời gian sử dụng trung bình	$5,07 \pm 0,94$ ngày
Ngắn nhất	4
Dài nhất	14

Nhận xét:

Thời gian sử dụng kháng sinh là $5,07 \pm 0,94$ ngày trong đó ngắn nhất là 3 ngày dài nhất là 14 ngày.

3.4.2. Thời gian nằm viện

Bảng 3.30. Số ngày nằm viện sau mổ

Số ngày nằm viện sau mổ	n	%
<7 ngày	50	31,1
7-14 ngày	111	68,9
Tổng	161	100,0
Ngày điều trị trung bình	$6,8 \pm 2,7$	

Nhận xét:

Số ngày nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 2,7$ trong đó chủ yếu là 7-14 ngày chiếm 68,9%.

3.4.3. Tai biến, biến chứng

Bảng 3.31. Các tai biến trong và sau mổ

Các tai biến sau mổ	n	%
Nhiễm trùng mổ cắt	4	2,5
Tổn thương tạng	1	0,6
Tổng	5	3,1

Nhận xét:

Chỉ có 4 bệnh nhân nhiễm trùng mổ cắt chiếm 2,5% và 1 bệnh nhân tổn thương tạng (rò bàng quang – âm đạo) chiếm 0,6%.

Chương 4

BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 01/01/2019 đến 31/12/2020 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang, chúng tôi thu thập được 161 bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật vì UX cơ TC (cắt TC và bóc nhân xơ) và phân tích được một số kết quả dưới đây:

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến phương pháp phẫu thuật và phương pháp xử trí bảo tồn TC:

4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $47,8 \pm 3,8$ tuổi; thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 59 tuổi. Nhóm tuổi từ 40-44, 45-49 và >50 đều gặp với tỷ lệ khoảng trên 27%. Nhóm tuổi từ 45 đến 55 tuổi chỉ chiếm 55,3% thấp hơn so với Nguyễn Đức Tú ở Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương với tỷ lệ là 74,53%⁵⁵, tương đương với Nguyễn Văn Đồng tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa với tỉ lệ bệnh nhân trong độ tuổi từ 45 đến 55 tuổi là 60,7%⁵⁶; Nguyễn Bá Mỹ Nhi tại Bệnh viện Từ Dũ là 61%⁵⁷ và Nguyễn Văn Giáp tại BVPSTU là 61,5%⁵⁸.

Bảng 4.1. Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của tác giả nước ngoài

Tác giả	Năm	Độ tuổi trung bình
Jesse và cộng sự ⁵⁹	2011	$42,6 \pm 2,9$ tuổi
Shin JW và cộng sự ⁶⁰	2011	$44,51 \pm 6,35$ tuổi
Camran và cộng sự ⁶¹	2016	$44,5 \pm 8,13$ tuổi
Rooma Sinha và cộng sự ⁶²	2019	$44,5 \pm 5,4$ tuổi
Nguyễn Đức Tú ⁵⁵	2019	$46,95 \pm 3,87$ tuổi
Phùng Trọng Thủy	2021	$47,8 \pm 3,8$ tuổi

So với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn so với các tác giả nước ngoài nhưng lại tương đương với các tác giả trong nước. Có thể do điều kiện tiếp cận y tế của bệnh nhân có phần khó khăn hơn nên có thể các bệnh nhân trì hoãn phẫu thuật³⁷.

Theo bảng 3.1 không có bệnh nhân nào cắt TC dưới 37 tuổi

Theo bảng 3.23 và 3.24: Trong quyết định chọn đường phẫu thuật mổ nội soi, mổ mở, có sự khác biệt có ý nghĩa về liên quan giữa các nhóm tuổi với phương pháp phẫu thuật ($p < 0,01$). Điều này cho thấy tuổi người bệnh là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp điều trị.

Phẫu thuật nội soi được thực hiện ở tất cả các nhóm tuổi, tỷ lệ bệnh nhân UXTC được PTNS ở các nhóm tuổi so với bệnh nhân mổ mở có độ chênh lệch vẫn còn lớn. Xu hướng phát triển hiện nay người bệnh có xu hướng lựa chọn PTNS.

4.1.2. Nghề nghiệp, trình độ học vấn, địa dư của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2 cho thấy phần lớn bệnh nhân là nông dân chiếm 54,7%. Tiếp theo là công nhân chiếm tỷ lệ 18,0%. Các đối tượng khác như cán bộ viên chức, nội trợ... chiếm tỷ lệ dưới 10%. Kết quả này khác biệt với các tác giả khác như Nguyễn Đức Tú⁵⁵, Trần Thanh Hương⁵³ khi tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện phụ sản trung ương và bệnh viện quân đội 108 với tỷ lệ cán bộ chiếm cao nhất 43,3% và 36,1%. Sự khác biệt là do đa số bệnh nhân đang sinh sống hoặc làm việc tại Tuyên Quang với tỷ lệ bệnh nhân ở miền núi chiếm 44,7% và vùng nông thôn chiếm 24,2%, vì vậy đã có sự khác biệt với các nghiên cứu khác. Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy đồng bào dân tộc Kinh chiếm 59,6%, còn lại là các dân tộc khác (bảng 3.4). Vì vậy trình độ học vấn có tới 16,1% bệnh nhân học đến cấp I (bảng 3.5). Đây cũng

là điểm khác biệt về đối tượng nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác.

4.1.3. Tiền sử sản khoa

Kết quả bảng 3.7 cho thấy các bệnh nhân có số con hiện tại từ 2 trở lên chiếm tỷ lệ 73,3%; còn lại là đẻ 1 lần hoặc chưa có con. Đặc điểm này tương tự với Nguyễn Đức Tú⁵⁵ khi bệnh nhân có tiền sử đẻ 2 lần chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,21%; Nguyễn Văn Giáp, số bệnh nhân đẻ trên 2 lần chiếm tỉ lệ 88,6%⁴⁸ Kết quả bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ người bệnh đẻ 1-2 con chiếm tỷ lệ thấp khoảng 30% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thanh Hương là 79,3%⁵³. Sự khác biệt này do đặc điểm của quần thể nghiên cứu vì đồng bào trong địa bàn tỉnh vẫn có quan niệm mong muốn được sinh nhiều con. Ngoài ra, số lượng bệnh nhân chưa có con hoặc có 1 con chiếm tỉ lệ thấp trong hầu hết các nghiên cứu có thể do nghiên cứu tập trung vào đối tượng phụ nữ bị u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung nên hầu hết các sản phụ đã có đủ con.

Số lần sinh con đường âm đạo ảnh hưởng đến sự giãn nở của âm đạo và tăng sinh môn. Trong bảng 3.24, số bệnh nhân cắt tử cung đường âm đạo ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang chưa thực hiện được ca nào. Ở đối tượng chưa có con chủ yếu là phẫu thuật nội soi và mổ mở. Như vậy yếu tố đã đẻ hay chưa đẻ đường âm đạo ảnh hưởng quan trọng đến việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Theo bảng 3.23 ở nhóm bệnh nhân được bóc u xơ bảo tồn tử cung số BN có ≤ 1 con chiếm 48,8%, kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Cao Thị Thúy Anh 34,4%⁷⁷. Trong số bệnh nhân cắt tử cung chỉ có 8 bệnh nhân chưa có con chiếm 5,2%, số bệnh nhân chưa có con phải cắt tử cung ở nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân cao tuổi không có chồng, hoặc u xơ tử cung quá to không có khả năng bảo tồn.

Trong mối liên quan giữa tình trạng sinh sản và phương pháp bỏ UXTC, khả năng bóc u xơ ở những bệnh nhân đã có ≤ 1 con cao gấp 3,9 lần so với bệnh nhân chưa có ≥ 2 con. Qua kết quả của nghiên cứu này thấy được vai trò của yếu tố sinh sản trong việc lựa chọn phương pháp bỏ u xơ tử cung đồng thời thể hiện sự đáp ứng cao của phẫu thuật với nhu cầu chất lượng cuộc sống của người bệnh.

4.1.4. Tiền sử phụ khoa

*** Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt**

Có 97 người bệnh biểu hiện rối loạn kinh nguyệt, chiếm tỷ lệ 60,2%. Rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng gặp nhiều nhất, phù hợp với các nghiên cứu khác như Nguyễn Đức Tú⁵⁵ là 64,15%; Nguyễn Quốc Tuấn⁵² là 46,8%; và Nguyễn Văn Giáp⁴⁸ là 43,5%. Điều này là phù hợp với triệu chứng cơ năng hay gặp nhất của người bệnh bị UX cơ TC trong y văn là rối loạn kinh nguyệt.

*** Thời gian phát hiện khối u và điều trị nội khoa trước khi vào viện**

Phần lớn các sản phụ nhập viện muộn sau khi đã phát hiện UX cơ TC trước phẫu thuật 93,2%, trong số đó có 53,4% bệnh nhân phát hiện trên 1 năm và 39,8% phát hiện bệnh dưới 1 năm, có 6,8% không phát hiện được trước khi nhập viện. Kết quả này tương tự với các tác giả như Nguyễn Đức Tú⁵⁵ với tỷ lệ phát hiện UX cơ TC là 93,4%; trong đó số bệnh nhân phát hiện trên 1 năm chiếm tỉ lệ 55,66%; tỉ lệ bệnh nhân không phát hiện u xơ tại thời điểm nhập viện là 6,60%.

Tỷ lệ bệnh nhân không phát hiện u xơ tại thời điểm nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Văn Đồng khi nghiên cứu trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tử cung với 27,6% bệnh nhân không được phát hiện u trước khi nhập viện và khoảng $\frac{1}{2}$ bệnh nhân đã được điều trị nội khoa trước đó⁵⁶. Còn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan tại BVPSTU có tới 77,1% người bệnh không phát hiện có khối u xơ trước phẫu thuật⁷³.

Lý giải tỷ lệ số người bệnh được phát hiện UX cơ TC trước khi vào viện cao hơn các nghiên cứu khác vì người bệnh đã được theo dõi u xơ tử cung nhiều tháng. Hơn nữa, do điều kiện địa lý kinh tế, văn hóa, xã hội còn gặp nhiều khó khăn rất nhiều bệnh nhân, người đồng bào dân tộc ít người mặc dù đã được chẩn đoán là UX cơ TC nhưng vẫn không đi mổ vì các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, ít ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt của người bệnh, người bệnh cam chịu. Trong một số trường hợp người dân có tư tưởng điều trị bằng thuốc Nam, thuốc Đông y.

Chỉ khi khối u to lên hoặc u xơ tử cung gây đau vùng tiểu khung, thống kinh, Băng kinh làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống thì người bệnh mới nhập viện phẫu thuật.

Hiện nay, do điều kiện kinh tế - xã hội ngày càng phát triển và dân trí ngày càng cao nên ý thức khám chữa bệnh tăng lên đáng kể nên tỷ lệ phát hiện UX cơ TC trước mổ đã tăng lên. Tuy vậy, nhận thức về bệnh của người dân còn chưa tốt nên cần tăng cường tuyên truyền để nâng cao nhận thức của người bệnh về tầm quan trọng của việc điều trị bệnh, ngay cả khi không có những biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng.

*** Tiền sử phẫu thuật ổ bụng**

Có khoảng 10% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng bao gồm mổ chữa ngoài tử cung, u nang buồng trứng, ... Kết quả này tương tự so với Nguyễn Đức Tú⁵⁵ là 11,3%, Nguyễn Văn Giáp⁴⁸ là 6,6% và Nguyễn Văn Lựu⁶⁴ là 5,6%. Đặc biệt trong nghiên cứu này có 3,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi CNTC. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật bằng nội soi cũng được tăng lên vì chỉ định phẫu thuật u xơ tử cung bằng phương pháp nội soi đã rộng rãi, đặc biệt là đối với những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai vì có thể gặp khó khăn trong việc bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung do viêm dính quá trình phẫu thuật tiến hành sẽ khó khăn hơn và tăng nguy cơ tai biến.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Phần lớn phụ nữ bị u xơ tử cung thường không có triệu chứng. Các triệu chứng sẽ dần dần xuất hiện theo thời gian. Số lượng, kích thước và vị trí của u xơ là những yếu tố quyết định các biểu hiện lâm sàng ở các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng. Các triệu chứng thường gặp bao gồm rong kinh, đau bụng kinh, đau bụng không theo chu kỳ, triệu chứng về rối loạn tiểu tiện, rối loạn tiêu hóa và mệt mỏi^{65,66}. Theo bảng 3.10 thì triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng tức hạ vị, ra máu âm đạo, rối loạn tiểu tiện với tỉ lệ lần lượt là 93,8%, 49,7 và 38,5%.

Triệu chứng đau bụng do u xơ tử cung cũng là một triệu chứng thường gặp⁶⁷. Khi u có đường kính vượt quá 10 cm có thể dẫn đến các triệu chứng tác động trực tiếp hoặc gián tiếp khác chẳng hạn như u lồi vào ổ bụng bụng gây chèn ép các cơ quan lân cận như bàng quang, đại tràng, trực tràng, làm tăng áp lực vùng chậu dẫn tới tình trạng tiểu gấp, tăng số lần đi tiểu, hoặc tiểu không tự chủ và táo bón^{68,69}. Do vậy, trong nghiên cứu này có tới 38,5% bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện. Có thể do trình độ nhận thức, tình trạng kinh tế còn thấp nên bệnh nhân chỉ đến bệnh viện khi tình trạng bệnh đã nặng. Vì vậy theo bảng 3.8 thì có hơn 53,4% bệnh nhân có thời gian phát hiện u xơ trên 1 năm. Đặc biệt bệnh nhân thường phải tới bệnh viện khi có dấu hiệu ra máu âm đạo nhiều. Triệu chứng này xảy ra ở khoảng một phần ba số bệnh nhân và có thể dẫn đến thiếu máu, đe dọa tính mạng⁷⁰. Một nghiên cứu hồi cứu cho thấy u xơ tử cung là nguyên nhân gây chảy máu ở 48% phụ nữ nhập viện với biểu hiện ra máu âm đạo nhiều và nồng độ hemoglobin cực thấp⁷¹. Các triệu chứng như tự sờ thấy u, ra khí hư âm đạo gặp ở 3,7% và 6,2% các bệnh nhân.

Do vậy, triệu chứng cơ năng rong kinh rong huyết khiến người bệnh cảm thấy khó chịu và lo lắng thúc đẩy bệnh nhân đi khám và phát hiện bệnh.

4.2.2. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng

Bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kích thước tử cung tương đương 8-12 tuần là cao nhất chiếm 55,3%, bệnh nhân có kích thước tử cung < 8 tuần là 6,8% và > 12 tuần là 37,9%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu khác như Nguyễn Đức Tú⁵⁵ với tỷ lệ là 47,2%; Nguyễn Quốc Tuấn là 60,4%⁵¹; và Nguyễn Văn Lữ là 55,5%⁶⁴.

Theo bảng 3.23 Bệnh nhân ở nhóm có kích thước tử cung tương đương TC tuổi thai ≥ 8 tuần có 22,7% được bóc u xơ bảo tồn tử cung và 77,3% cắt tử cung, số bệnh nhân được bóc u xơ bảo tồn cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Xuân Hưởng⁷⁶ 17,9% . Khả năng bóc u xơ ở nhóm BN có TC tương đương TC có thai < 8 tuần gấp 9 lần so với nhóm BN có TC tương đương TC có thai ≥ 8 tuần. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Có thể thấy rằng tử cung có kích thước vừa và nhỏ sẽ thuận lợi hơn trong quá trình phẫu thuật nhất là phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo. Trường hợp tử cung có kích thước lớn sẽ làm thu hẹp phẫu trường, gây khó khăn cho việc quan sát và thao tác của phẫu thuật viên dẫn đến kéo dài thời gian mổ, lượng máu mất nhiều hơn và tỷ lệ tai biến nhiều hơn. Nên cần cân nhắc chỉ định phẫu thuật nội soi thì kích thước tử cung và độ di động tử cung trên thăm khám lâm sàng là rất quan trọng⁵⁷. Theo Sinha thì khi cắt tử cung hoàn toàn ở những bệnh nhân có kích thước lớn sẽ có các khó khăn do khối choáng chỗ và tăng tỷ lệ tai biến⁷².

Mặc dù các tác giả đều cho thấy kích thước tử cung đóng vai trò quan trọng nhất định đối với việc lựa chọn phương pháp loại bỏ tử cung hoàn toàn. Hiện nay, với mục đích nâng cao chất lượng điều trị nên tại bệnh viện tỉnh đã tăng tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật nội soi trong đó có cả các bệnh nhân có u xơ tử cung kích thước lớn.

4.2.3 Tình trạng cổ tử cung:

Theo bảng 3.11, không có sự khác biệt về mối liên quan giữa tình trạng cổ tử cung với quyết định bóc u xơ bảo tồn hay cắt tử cung với $p > 0,05$. Theo nghiên cứu này số bệnh nhân có tổn thương CTC chủ yếu là cắt TC 75,8% (thương tổn ở nghiên cứu này chỉ là tổn thương viêm, viêm lộ tuyến, Lộ tuyến), số bệnh nhân này đều ở độ tuổi < 45 . Tất cả người bệnh có tổn thương cổ tử cung trong nghiên cứu này đều đã được làm phẫu thuật âm đạo và cho kết quả âm tính. Theo Nguyễn Thị Thu Hường tổn thương cổ tử cung là một trong các yếu tố liên quan đến chỉ định cắt tử cung bán phần hay cắt tử cung hoàn toàn, cũng theo tác giả này vẫn còn 23% số người bệnh có tổn thương cổ tử cung có chỉ định cắt tử cung bán phần, đa số gặp ở người trẻ tuổi. Như vậy vấn đề tư vấn và theo dõi cho những trường hợp sau CTCBP để sàng lọc ung thư là rất cần thiết³³.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.3.1. Số lượng u xơ tử cung theo siêu âm

Bảng 3.18 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có 1, 2 và 3 nhân xơ lần lượt là 44,1%, 21,1% và 34,8%. Điều này cũng khác biệt so với một số nghiên cứu phẫu thuật u xơ tử cung bằng nội soi chủ yếu là có 1-2 nhân xơ như Nguyễn Đức Tú⁵⁵ với tỷ lệ 1 đến 2 u xơ là 46,23% và 41,51%; 12,26% có từ 3 u trở lên. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng cho tỷ lệ bệnh nhân có 1 u xơ là cao nhất 83,3% vì đây là các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi⁵⁶.

Tác giả Nguyễn Văn Giáp⁴⁸ và Nguyễn Thị Phương Loan⁶³ nghiên cứu tại BVPSTU năm 2006 và 2016, nhóm tử cung có 1 u xơ của 2 tác giả lần lượt là 69,8% và 54,4%.

4.3.2. Kích thước và tính chất u xơ tử cung

Trong nghiên cứu này thì tỷ lệ u xơ 5-10 cm chiếm tỷ lệ lớn nhất là 60,9%. Tỷ lệ u xơ > 10 cm chiếm 13,0%. Kết quả này tương tự với Nguyễn Văn Tú³⁹ với tỷ lệ u xơ trên 6 cm là 62,3% nhưng cao hơn Nguyễn Văn Đồng⁴⁰

tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa với phần lớn u xơ có kích thước ≤ 5 cm (70,8%). Bảng 3.15 cho thấy có tới 93,8% bệnh nhân có di động hạn chế và bảng 3.21 cho thấy phần lớn các bệnh nhân có u xơ lan tỏa chiếm 64,0%. Điều này cũng cho thấy đa số bệnh nhân tới viện vào mổ trong giai đoạn muộn, và đây là một nguyên nhân làm tăng khó khăn trong quá trình phẫu thuật, thường là sẽ chọn phẫu thuật mổ mở.

Xu hướng hiện nay là tiến tới sử dụng nội soi với các u kích thước lớn nên tại các Bệnh viện tuyến Trung Ương như Bệnh viện Phụ sản Trung ương, với đội ngũ phẫu thuật viên trình độ cao và trang thiết bị hiện đại đã giúp xử trí nội soi thành công cho cả những trường hợp u có kích thước tương đối lớn, giảm lượng máu mất, thời gian hồi phục cũng như biến chứng cho bệnh nhân. Theo tác giả Taniguchi F. thì kích thước u xơ chiếm ưu thế trong nhóm cắt tử cung nội soi là 9,5cm và lên tới 10,7cm ở nhóm kết hợp 2 phương pháp cắt u xơ nội soi và cắt tử cung nội soi ⁷⁴.

Như vậy, đối với các bệnh viện tuyến dưới có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt tử cung nội soi với những u có kích thước nhỏ và vừa. Còn lại là mổ mở sẽ thuận lợi hơn cho phẫu thuật viên trong việc thao tác, xử trí và giảm tai biến vì phẫu trường rộng rãi và phẫu thuật này đã được triển khai từ rất lâu.

4.3.3. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ

Bảng 3.17 cho thấy có tới 35,4% bệnh nhân có thiếu máu ($Hb < 110$ g/L). Đặc biệt trong đó có 5,0% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu rất nặng ($Hb < 70$ g/L). Tình trạng và tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu này cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác như Nguyễn Đức Tú⁵⁵ với 70,8% bệnh nhân không thiếu máu và số lượng bệnh nhân còn lại cũng chỉ có Nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp có thiếu máu nặng chiếm 0,9%. Nguyễn Quốc Tuấn khi nghiên cứu về tình trạng thiếu máu của những người bệnh mắc u xơ tử cung

được phẫu thuật nội soi tại BVPSTU cũng cho thấy có 73% trường hợp không thiếu máu; 25,5% bệnh nhân thiếu máu nhẹ và không có trường hợp nào là thiếu máu ở mức độ nặng⁵².

Những bệnh nhân thiếu máu nặng chắc chắn ảnh hưởng đến tình trạng huyết động, gây tăng nguy cơ chảy máu trong mổ và tăng gánh nặng cho gây mê hồi sức. Chính vì vậy, tại bảng 3.27 cho thấy có tới 12,4% bệnh nhân phải truyền máu và số lượng máu truyền trung bình là $879,2 \pm 402,1$ ml.

4.4. Nhận xét về kết quả xử trí UX cơ TC bằng phẫu thuật

Trong năm 2019- 2020 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang có 161 bệnh nhân được chẩn đoán UX cơ TC điều trị PT có bệnh án phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu

Bảng 3.23 cho thấy có 10 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm 6,2% và 151 bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở chiếm 93,8%, không có ca nào được cắt tử cung qua đường âm đạo. Trong đó phẫu thuật chủ bóc u xơ bảo tồn tử cung chiếm 27,3%; cắt tử cung bán phần chiếm 34,4% và cắt tử cung hoàn toàn chiếm 38,5%. Trong nghiên cứu (bảng 3.22) còn cho thấy có 59,6% bệnh nhân được mổ phiến, còn lại là 19,3% mổ cấp cứu và 21,1% mổ cấp cứu có trì hoãn.

Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ bóc u xơ bảo tồn tử cung với các tác giả khác:

Tác giả	Năm	n	Tỷ lệ
Nguyễn Thị Phương Loan ⁷³	2004	911	9,9%
Cao Thị Thúy Anh ⁷⁷	2010	985	24,8%
Trịnh Xuân Hương ⁷⁶	2014	827	23,1%
Phùng Trọng Thủy	2021	161	27,3%

Bảng trên cho thấy tỉ lệ bóc u xơ bảo tồn TC tăng dần theo thời gian. Tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương thì tỉ lệ bóc u xơ bảo tồn TC năm 2004 là

9,9% đã tăng lên 24,8% năm 2010, tại bệnh viện Phụ Sản Hà nội năm 2014 là 23,1%; đã tăng lên 27,3% năm 2021 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang. Số bệnh nhân có UX cơ TC được bóc u bảo tồn TC ngày càng tăng đã góp phần làm tăng chất lượng cuộc sống của người phụ nữ và làm giảm đáng kể những khó khăn trong sinh sản do u xơ gây ra. Với người phụ nữ còn nguyện vọng sinh con thì việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật bóc u xơ bảo tồn TC để duy trì sinh sản là chỉ định mổ đúng đắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 trường hợp bóc u xơ vì chưa có con chiếm 22,72% trong tổng số bảo tồn. Hiện nay, do nhận thức của người dân về bệnh tật ngày càng cao, người bệnh đến khám và phát hiện u sớm, trình độ của các phẫu thuật viên Bệnh viện đa khoa Tuyên Quang ngày càng được nâng cao nên tỉ lệ bóc u xơ bảo tồn TC tăng lên.

Bảng 4.3. So sánh tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật UX cơ TC trong cắt TCHT với các tác giả khác:

Tác giả	Năm	Mổ mở	Nội soi	Âm đạo
Nguyễn Thị Phương Loan ⁷³	2004	94,7%	1,4%	3,9%
Cao Thị Thúy Anh ⁷⁷	2010	62%	29,4%	8,6%
Trịnh Xuân Hương ⁷⁶	2014	87,1%	9,6%	3,3%
Phùng Trọng Thủy	2021	93,8%	6,2%	0%

Theo Nguyễn thị Phương Loan năm 2004 tỷ lệ cắt TCHT đường nội soi là 1,4% và đường âm đạo là 3,9%. Theo tác giả Cao Thị Thúy Anh năm 2010 tỷ lệ cắt TCHT qua đường nội soi là 29,4% và đường âm đạo là 8,6%.đến năm 2021 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang tỷ lệ cắt TCHT qua đường nội soi là 6,2% , PT mổ mở là 93,8% và không có ca nào được thực hiện qua đường âm đạo.

Cắt TCHT là phương pháp điều trị UXTC triệt để nhất. Trước đây cắt TCHT thực hiện chủ yếu qua đường bụng, tỷ lệ cắt tử cung qua đường nội soi và đường âm đạo còn rất hạn chế. Đây là phương pháp có rất nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ, ít sử dụng kháng sinh, thời gian nằm viện ngắn, thời gian hồi phục sức khỏe nhanh, tính thẩm mỹ cao... Nhưng nó đòi hỏi phẫu thuật viên phải được đào tạo chuyên sâu và phải có nhiều kinh nghiệm nếu không thì nguy cơ xảy ra tai biến là rất cao^{14,57}.

Hiện nay với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật 2 phương pháp này đặc biệt là phẫu thuật nội soi đang ngày càng chiếm ưu thế phù hợp với xu thế phát triển chung của thế giới là ngày càng phát triển những phẫu thuật ít xâm lấn đáp ứng nhu cầu chất lượng cuộc sống ngày càng cao của người bệnh.

Có thể thấy tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang với tỷ lệ mổ mở 93,8% vẫn còn cao, tỷ lệ mổ nội soi chiếm 6,2% và không có ca nào cắt tử cung đường âm đạo. Lý giải cho điều này là do hiện nay tình trạng trang thiết bị vật tư y tế vẫn còn nghèo nàn chưa đáp ứng đầy đủ để thực hiện được các ca phẫu thuật và trình độ chuyên môn vẫn còn hạn chế.

4.4.1. Thời gian phẫu thuật

Theo bảng 3.26, thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở là $93,2 \pm 26,1$ phút, tối thiểu là 50 phút tối đa là 210 phút. Số người bệnh có thời gian phẫu thuật < 60 phút chỉ chiếm 5,6%. Kết quả này thấp hơn so với Trương Quang Vinh⁷⁵ ($110,2 \pm 29,2$) và nhưng lớn hơn Trịnh Xuân Hưởng⁶⁰ và Cao Thị Thúy Anh⁷⁷.

Thời gian trung bình của mổ nội soi là $97,3 \pm 42,5$ phút, tối thiểu là 30 phút tối đa là 300 phút. Kết quả này tương tự với Trịnh Xuân Hưởng⁶⁰ và cao hơn Nguyễn Văn Giáp ($62,9 \pm 24,5$)⁴⁸ và Cao Thị Thúy Anh ($61,4 \pm 26,1$)⁷⁷.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp mổ nội soi có thời gian mổ dài hơn so với mổ mở ($p < 0,05$). Mặc dù thời gian phẫu thuật kéo dài, nhưng kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân hồi phục nhanh nên kỹ thuật này đã được áp dụng ngày càng nhiều trong thời gian gần đây tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

Trong cùng một phương pháp phẫu thuật thời gian càng kéo dài thuốc gây mê phải sử dụng nhiều, nguy cơ can thiệp và chi phí y tế tăng lên. Chúng ta cần nâng cao tay nghề của phẫu thuật viên vì chỉ khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, thành thục các thao tác mới có thể rút ngắn thời gian cuộc mổ.

Theo nghiên cứu của Fernandez thời gian phẫu thuật trung bình giảm dần qua các năm, lý do được đưa ra có liên quan tới các yếu tố: kỹ năng của phẫu thuật viên, kích thước tử cung, vị trí UX cơ TC, mức độ dính ổ bụng, tiền sử mổ lấy thai, tình trạng lạc nội mạc tử cung và trang thiết bị phẫu thuật⁷⁸.

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật ở phương pháp phẫu thuật nội soi giữa các nghiên cứu là do nhiều yếu tố như trình độ của phẫu thuật viên, trang thiết bị, tình trạng bệnh nhân, phần phụ, ổ bụng, đặc điểm của khối u xơ tử cung, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

4.4.2. Thái độ xử trí phần phụ theo tuổi

Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật UX cơ TC được giữ 2 phần phụ chủ yếu ở đối tượng < 45 tuổi chiếm 88,0%. Kết quả này tương đương với Cao Thị Thúy Anh⁷⁷ là 88,9%, nhưng thấp hơn Trịnh Xuân Hương⁷⁶. Theo chúng tôi ở độ tuổi này nên cố gắng bảo tồn 2 phần phụ cho bệnh nhân vì cắt phần phụ ở bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ đặc biệt những người chưa có con là một điều rất thiệt thòi cho họ, ngoài việc ảnh hưởng đến khả năng sinh đẻ thì tình trạng sức khỏe của họ cũng bị ảnh hưởng do thiếu hụt nội tiết.

Theo chúng tôi nhóm tuổi từ 55 trở lên cắt hai phần phụ là 100,0% vì đã mãn kinh nên việc để lại phần phụ có thể dẫn tới nhiều nguy cơ hơn cho những phụ nữ ở nhóm tuổi này. Trong phẫu thuật cắt TC số bệnh nhân cắt 2 phần phụ ở độ tuổi > 45 chiếm 75,3%, đây là nhóm bệnh nhân mặc dù ở độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh, những vẫn mong muốn giữ lại 2 phần phụ để duy trì nội tiết, giảm ảnh hưởng đến tim mạch, xương khớp.... Điều này có thể giải thích vì buồng trứng vừa có chức năng ngoại tiết và nội tiết, nên việc để lại hai phần phụ có thể bảo tồn tối đa sinh lý nhất cho bệnh nhân. Do đó, cần có thái độ cân nhắc thật kỹ lưỡng khi đưa ra quyết định cắt 2 phần phụ ở những bệnh nhân này. Nếu bắt buộc phải cắt 2 phần phụ thì cần phải tư vấn cho bệnh nhân sử dụng hormon thay thế đặc biệt ở nhóm bệnh nhân tuổi < 45 để đề phòng những bệnh lý do thiếu hụt nội tiết gây ra.

4.4.3. Tỷ lệ tai biến trong và sau phẫu thuật

Trong tổng số 161 bệnh nhân nghiên cứu thì có 4 bệnh nhân nhiễm trùng mủm cắt sau mổ cắt tử cung hoàn toàn và 1 bệnh nhân tổn thương tạng bị rò bàng quang – âm đạo do bỏng dao điện trong phẫu thuật mổ mở cắt tử cung hoàn toàn phát hiện sau 2 tuần, sau đó đã được phẫu thuật lại đóng lỗ rò. Còn lại với phẫu thuật mổ mở 4 trường hợp nhiễm trùng mủm cắt xuất hiện sốt cao, chảy dịch âm đạo phát hiện sau 10 ngày chúng tôi tiếp tục điều trị kháng sinh liều cao phối hợp, làm thuốc âm đạo hàng ngày sau đó bệnh nhân đã ổn định và ra viện. Không có trường hợp bệnh nhân tử vong.

Để giảm tai biến, các phẫu thuật viên ngoài việc lựa chọn phương pháp mổ phù hợp còn phải nắm vững giải phẫu, bộc lộ phẫu trường rõ ràng mới được can thiệp. Kiểm tra lại kỹ càng trong và sau mổ. Khi có tai biến thường rất nặng nề, thậm chí ảnh hưởng tới tính mạng, nhẹ hơn cũng sẽ ảnh hưởng tới sức khỏe, chất lượng sống, thời gian nằm viện kéo dài, chi phí tăng lên rất nhiều.

Bảng 4.4. So sánh tai biến và biến chứng của phẫu thuật UX cơ TC

Tác giả	Năm	n	Chảy máu	Nhiễm trùng	Tổn thương tạng	Tổng
Cao Thị Thúy Anh ⁷⁷	2010	985	0,5%	0,5%	-	1,0%
Trịnh Xuân Hương ⁷⁶	2014	827	0,6%	0,5%	0,2%	1,3%
Phùng Trọng Thủy	2021	189	0,0%	2,5%	0,6%	3,1%

Trong các phương pháp phẫu thuật tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu mổ cắt gấp cao nhất ở đường mổ mở, điều này cho thấy kỹ thuật thực hiện phẫu thuật của các PTV có sự khác biệt, kỹ thuật đóng mổ cắt tốt sẽ hạn chế tụ máu sau mổ cũng như điều kiện vô khuẩn tại phòng mổ và rút ngắn thời gian phẫu thuật cũng là yếu tố hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn làm giảm thời gian nằm điều trị của bệnh nhân từ đó làm giảm chi phí về kinh tế và sức khỏe cho người bệnh.

Nghiên cứu năm 2017 của tác giả Nguyễn Văn Đồng ghi nhận biến chứng sau mổ gặp nhiều là tình trạng nhiễm trùng mổ cắt 12/247 trường hợp, chiếm 4,8%;. Có 1 trường hợp biến chứng hẹp niệu quản.

Theo Rooma Sinha⁶², trong 119 trường hợp phẫu thuật cắt tử cung nội soi, có 3 trường hợp chấn thương bàng quang và 1 trường hợp tổn thương niệu quản.. Tổn thương niệu quản xuất hiện muộn vào ngày hậu phẫu thứ bảy và được kiểm soát bằng đặt stent niệu quản. Một đánh giá của Wong và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ tổn thương đường tiết niệu là 0,33% (KTC 95%, 0,30 - 0,36). Chấn thương bàng quang chiếm 0,24% (KTC 95%, 0,22 - 0,27) thường gấp 3 lần so với chấn thương niệu quản (0,08%; KTC 95%, 0,07 - 0,10). Hầu hết các chấn thương niệu quản là do phẫu thuật dao điện (33,3%; KTC 95%, 24,3 - 45,8), trong khi hầu hết các chấn thương bàng quang là do quá trình bóc tách, gỡ dính (23,3%; 95% CI, 18,7 - 29,0)⁷⁹.

Trong 10 bệnh nhân phẫu thuật nội soi ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang chiếm 6,2% (6 ca bóc nhân xơ, 4 ca cắt tử cung hoàn toàn) không phát hiện có tai biến nào.

Mặc dù phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm, tuy nhiên theo các tác giả thì hiệu quả điều trị cũng như các biến chứng phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của kỹ thuật viên⁶². Do vậy, song song với sự đầu tư về cơ sở vật chất thì cần phải nâng cao trình độ của phẫu thuật viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang thì mới có thể áp dụng rộng rãi kỹ thuật này, giúp nâng cao hiệu quả điều trị cho nhân dân trong tỉnh.

4.4.4. Tỷ lệ phải chuyển phương pháp mổ

Có 5 bệnh nhân chiếm 3,1% phải chuyển phương pháp phẫu thuật so với dự kiến ban đầu có 2 ca mổ cắt TC nội soi chuyển sang mổ mở vì viêm dính/bệnh nhân mổ để cũ và lạc nội mạc TC, 2 ca bóc u xơ bảo tồn qua nội soi phải chuyển sang bóc u xơ bằng mổ mở vì vị trí u xơ ở eo tử cung và dây chằng rộng. Có 1 ca mổ mở bóc u xơ trên TC có nhiều nhân xơ phải cắt TC.

Theo Sinha thì tỷ lệ phải chuyển phương pháp phẫu thuật nội soi sang mổ mở đối với cắt tử cung hoàn toàn là khoảng 6% do kích thước tử cung lớn và vị trí u xơ ở đoạn eo gây khó bộc lộ phẫu trường để cắt tử cung. Theo nghiên cứu của Leonard thì tỷ lệ chuyển mổ mở khoảng 7% với lý do thường gặp là chỉ số khối cơ thể, kích thước ngang tử cung trên siêu âm và tình trạng dính ổ bụng do có tiền sử phẫu thuật tiểu khung. Do vậy, tình trạng dính tiểu khung là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến quyết định mổ mở của phẫu thuật viên⁷².

Trước những trường hợp phải chuyển phương pháp và những trường hợp tai biến cần phải xem lại chỉ định, rút kinh nghiệm trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật để đảm bảo tính an toàn và hiệu quả trong điều trị. Qua kết quả trên có thể kết luận việc khám và tiên lượng bệnh nhân trước mổ

là vô cùng quan trọng. Với sự phát triển của ngành PTNS hiện nay chúng ta nên mở rộng chỉ định nội soi chẩn đoán đối với những trường hợp tiên lượng phẫu thuật khó khăn để rút ngắn thời gian phẫu thuật mà vẫn đảm bảo kết quả tốt cho người bệnh.

Dù phẫu thuật viên có chuẩn bị trước mổ đầy đủ, cẩn thận đến đâu cũng chỉ là gián tiếp đánh giá tình trạng bệnh nhân. Khi bước vào ca mổ thực sự, sẽ có những diễn biến thực tế khi vào ổ bụng, vì vậy cần phải tư vấn kỹ càng với bệnh nhân và gia đình và phải có giấy cam đoan phẫu thuật về những tình huống có thể xảy ra như không bóc được UX cơ TC phải cắt tử cung và các tai biến xảy ra trong và sau phẫu thuật.

4.4.5. Phương pháp giảm đau trong mổ, sau mổ

Giảm đau trong và sau mổ là một vấn đề được người bệnh rất quan tâm, ảnh hưởng rất nhiều đến thời gian hồi phục, tâm lý, kéo dài số ngày điều trị và chi phí của bệnh nhân, bên cạnh đó phản ánh một phần chất lượng dịch vụ chăm sóc bệnh nhân của cơ sở y tế. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 78,9% giảm đau bằng nội khí quản và 21,1% gây tê tủy sống. Trong nghiên cứu này có tới hơn 10% bệnh nhân phải điều trị nội khoa trước mổ.

Lợi ích của gây tê tủy sống là bệnh nhân sẽ được giảm đau tốt hơn các phương pháp giảm đau khác, đặc biệt là khi bệnh nhân hít thở sâu, ho hoặc di chuyển trên giường mà không sợ đau. Bệnh nhân sẽ không cần sử dụng nhiều loại thuốc giảm đau mạnh khác. Điều này có nghĩa là khả năng hô hấp của bệnh nhân sẽ tốt hơn, bệnh nhân ít bị buồn nôn, nôn mửa sau khi phẫu thuật, và sẽ tỉnh táo hơn. Một số bằng chứng cho thấy các biến chứng sau khi phẫu thuật có thể được giảm, bao gồm cả việc hình thành huyết khối ở chi dưới hoặc viêm phổi. Cũng có một số bằng chứng cho thấy bệnh nhân có thể giảm nguy cơ mất máu và nhu cầu cần truyền máu khi áp dụng phương pháp này.

Hiện nay trong phẫu thuật cắt tử cung hay bóc nhân xơ bệnh nhân được giảm đau tối đa để cuộc mổ diễn ra một cách thuận lợi. Ở bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang kết hợp trừ đau cho bệnh nhân sau phẫu thuật UX cơ TC bằng phương pháp tê tủy sống, giảm đau ngoài màng cứng và được thực hiện trước phẫu thuật.

4.4.6. Thời gian trung tiện sau mổ

Kết quả bảng 3.28 cho thấy bệnh nhân thường trung tiện trong khoảng từ 24 đến 48 giờ sau mổ, chiếm 69,6%; còn lại 30,4% các trường hợp có thời gian trung tiện sau mổ trong vòng 24 giờ. Kết quả này khá tương đồng như của Nguyễn Văn Giáp người bệnh đến ngày thứ 2 đã trung tiện được chiếm tỉ lệ cao là 99,2%⁴⁸; Nguyễn Văn Lựu là 96% bệnh nhân trung tiện đã trung tiện trong ngày thứ hai sau mổ⁶⁴.

Các bệnh nhân phẫu thuật nội soi thường có thời gian trung tiện sau mổ sớm, và đây cũng là một ưu điểm của phẫu thuật nội soi giúp giảm thiểu tác động của phẫu thuật tới các tạng lành xung quanh.

4.4.7. Tình trạng phục hồi vận động sau mổ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân phục hồi vận động trong vòng 48 giờ sau mổ; phần lớn các trường hợp phục hồi vận động sau mổ trước 24 giờ chiếm tỉ lệ 99,06%; thời gian phục hồi vận động từ 25 đến 48 giờ ghi nhận được 1 trường hợp, chiếm tỉ lệ 0,94%.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Xing Wang năm 2017, thời gian phục hồi sau mổ trung bình ở các bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật nội soi cắt tử cung là $22,14 \pm 3,82$ giờ⁸⁰, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, tác giả cũng chỉ ra rằng những bệnh nhân được chỉ định phương pháp mổ mở cắt tử cung có thời gian phục hồi sau phẫu thuật lâu hơn với $26,87 \pm 3,96$ giờ.

Kết quả phản ánh ưu điểm của phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là thời gian hồi phục sau phẫu thuật sớm hơn và khả năng làm việc trở lại sớm hơn, hơn thế nữa phương pháp này còn mang đến ưu điểm về mặt thẩm mỹ.

4.4.8. Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ

Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $5,07 \pm 0,94$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 14 ngày tương đồng với Trịnh Xuân Hương⁷⁶ là $4,97 \pm 0,81$ ngày, Trần Thanh Hương là $4,5 \pm 0,7$ ngày⁸¹; thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ 5 ngày chiếm tỷ lệ 95,6%, 3 ngày chiếm tỷ lệ 4,4%; không có bệnh nhân nào phải sử dụng kháng sinh trên 5 ngày. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng, theo đó, thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $6,85 \pm 0,66$ ngày; thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ 6 - 7 ngày chiếm 95,2%; không có bệnh nhân nào có thời gian sử dụng kháng sinh ngắn dưới 5 ngày⁵⁶. Theo Nguyễn Văn Giáp thì có 89,3% bệnh nhân phải sử dụng kháng sinh sau mổ, có 10,7% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng và chủ yếu là sử dụng kháng sinh trong 3 ngày đầu sau mổ⁴⁸.

4.4.9. Số ngày nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình là $6,8 \pm 2,7$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày. Nghiên cứu ghi nhận có 31,1% bệnh nhân nằm viện dưới 7 ngày sau mổ và 68,9% bệnh nhân nằm viện từ 7-14 ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lựu là $5,28 \pm 0,74$ ngày⁶⁴ nhưng tương tự Nguyễn Văn Đồng là $6,85 \pm 0,66$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 10 ngày và không có trường hợp nào ở lại viện dưới 5 ngày⁵⁶; dài hơn các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Giáp là $4,4 \pm 2,7$ ngày, chủ yếu là nằm viện ít hơn 4 ngày chiếm 65,6%⁴⁸, đồng thời kết quả của chúng tôi cũng dài hơn kết quả của Trần Thanh Hương với $4,5 \pm 0,7$ ngày⁸¹.

Theo tác giả Vũ Bá Quyết đánh giá kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2004 - 2006 thời gian nằm viện trung bình giảm từ 5 ngày xuống còn 3 ngày⁸².

Nghiên cứu so sánh giữa cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường bụng tác giả Garry thấy thời gian nằm viện sau mổ của cắt tử cung nội soi là 3 ngày và cắt tử cung đường bụng là 4 ngày⁸³. Thoma nghiên cứu về cắt tử cung nội soi thấy thời gian nằm viện từ 2 - 4 ngày⁸⁴.

Bảng 4.5. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của các tác giả khác

Tác giả	Năm	Số ngày nằm viện
Shin JW và cộng sự ⁶⁰	2011	$3.55 \pm 2,01$ ngày
Yavuzcan và cộng sự ⁸⁵	2014	$3,22 \pm 1,16$ ngày
Parazzini và cộng sự ⁸⁶	2016	$3,8 \pm 1,4$ ngày

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UX cơ TC và nhận xét được kết quả điều trị bằng phẫu thuật của nhóm bệnh nhân này tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang. Kết quả nghiên cứu giúp các nhà quản lý và các nhà chuyên môn có những nhận định chính xác về thực trạng và giúp đưa ra các định hướng giúp nâng cao hiệu quả điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

KẾT LUẬN

Từ các kết quả nghiên cứu của đề tài này chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Đặc điểm chung:

- Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,8 \pm 3,8$ tuổi.
- Tuổi của bệnh nhân càng lớn tỷ lệ cắt tử cung càng cao có 81 BN ≥ 45 tuổi chiếm 91,01% cắt tử cung cùng với khối u xơ cơ tử cung

2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chính để mổ:

- Đau bụng hạ vị: 93,8%, ra máu âm đạo: 49,7%
- Kích thước TC càng to, TC có nhiều u xơ, phần phụ viêm dính hoặc có khối u kèm theo, TC di động hạn chế, tỷ lệ PT mở bụng càng tăng so với PTNS.
- Kích thước TC càng to, số lượng u xơ càng nhiều (≥ 3 u), BMI càng lớn, phần phụ càng viêm dính thì tỷ lệ bảo tồn TC càng thấp so với cắt TC.
- BN có tiền sử PT vùng bụng dưới được chỉ định PT mở bụng (26,7%) cao hơn so với PTNS

3. Nhận xét về kết quả điều trị UX cơ TC bằng phẫu thuật

- Tỷ lệ phẫu thuật: nội soi: 6,2%, mổ mở: 93,8%.
- Trong đó bóc u xơ tử cung: 27,3%; cắt tử cung bán phần: 34,2% và cắt tử cung hoàn toàn: 38,5%.
- Thái độ xử trí gồm 52,2% để lại hai phần phụ, 35,4% cắt hai phần phụ và 12,4% cắt một phần phụ.
- Thời gian phẫu thuật trung bình : $93,2 \pm 26,1$ phút
- Có 12,4% bệnh nhân phải truyền máu trong mổ và số lượng máu truyền trung bình : $879,2 \pm 402,1$ ml.
- Tai biến, biến chứng: nhiễm trùng mổ cắt: 2,5%, tổn thương tạng (rò bàng quang - âm đạo) : 0,6%, 3,1% BN phải chuyển phương pháp PT

KHUYẾN NGHỊ

- Cần thăm khám, đánh giá tình trạng bệnh nhân, kích thước khối u xơ và các yếu tố liên quan để lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp tránh tai biến của phẫu thuật
- Nâng cao nhận thức về sức khỏe cho người phụ nữ, có ý thức phát hiện bệnh và điều trị bệnh sớm khi chưa có biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân.
- Tăng tỷ lệ mổ phiến, mổ có chuẩn bị, sàng lọc kỹ bệnh nhân trước phẫu thuật.
- Cần nâng cao trình độ cho phẫu thuật viên đặc biệt các phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật cao như phẫu thuật bóc u xơ, cắt tử cung nội soi, cắt tử cung đường âm đạo, nội soi buồng tử cung cắt u xơ... nhằm đáp ứng nhu cầu chất lượng cuộc sống ngày càng cao của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình. U xơ tử cung. *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*. Nhà xuất bản Y học; 1999 : 88- 107.
2. Trần Thị Phương Mai. *Bài giảng Sản - Phụ khoa sau đại học*. Nhà xuất bản Y học; 2006.
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. Levast F., Legendre G., Bouet P. E., Sentilhes L. Management of uterine myomas during pregnancy. *Gynecologie, obstetrique & fertilite*. Jun 2016;44(6):350-4.
5. Nguyễn Đức Hình. Lịch sử cắt tử cung. *Một số kỹ thuật cắt tử cung*. Nhà xuất bản Y học; 2011:9-17.
6. Phan Trường Duyệt. *Giải phẫu có liên quan đến phẫu thuật ở tử cung*. Nhà xuất bản Y học; 2011.
7. Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diêu. *ATLAS giải phẫu người*. Nhà xuất bản Y học; 2004.
8. Back Matter. *Understanding Human Anatomy & Physiology*. Fifth Edition ed. 2004:353.
9. 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
10. Nguyễn Đức Hình. U xơ tử cung. *Một số kỹ thuật cắt tử cung*. Nhà xuất bản Y học; 2011:44-45, 62-63,67-6
11. 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).

12. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions [published correction appears in *Int J Gynaecol Obstet*. 2019 Feb;144(2):237]. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(3):393-408.
13. Lefebvre G, Vilos, G., Allaire, c., Jeffey, j., Arneja, j., Birch, c., ...Clinical practice Gynaecology Committee, Society for, Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The management of uterine leiomyomas,. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2003 ;25(5) :396-418
14. Đỗ Minh Thịnh. *Đánh giá phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo tại Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2003 - 2007*. Đại học Y Hà nội; 2007.
15. Vũ Nhật Thăng. U xơ tử cung. *Tạp chí sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học; 2005:398 - 402.
16. Walker C. L. Role of hormonal and reproductive factors in the etiology and treatment of uterine leiomyoma. *Recent progress in hormone research*. 2002;57:277-94.
17. Hoàng Văn Kết. *Nhận xét tình hình điều trị u xơ tử cung tại Viện BVBM TSS năm 2002*. Đại học Y Hà nội; 2003.
18. Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình. U xơ tử cung. *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*. Nhà xuất bản Y học ; 2004:58-67, 88-107.
19. Okeke TC, Ezenyeaku CCT, Ikeako LC. *A Review of Treatment Options Available for Women with Uterine Fibroids*; 2015.
20. Nguyễn Thị Ngọc Phượng. Điều trị u xơ tử cung. *Hội nghị khoa học thường niên HOSREM lần 9*; 2009.

21. Woodhead N., Pounds R., Irani S., Pradhan P. Ulipristal acetate for uterine fibroids: 2 years of real world experience in a UK hospital. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. Aug 2018;38(6):813-817.
22. Odejinmi F, Oliver R, Mallick R. Is ulipristal acetate the new drug of choice for the medical management of uterine fibroids? . *Women's Health*. 2017;13(3):98-105.
23. Khan AT, Shehmar, M., & Gupta, J. K. Uterine fibroids: Current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014(6):95-114.
24. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ. U xơ tử cung. *Lâm sàng sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học; 2007:574-575.
25. Nguyễn Đức Vy, Nguyễn Đức Hình. *Đánh giá hiệu quả, độ an toàn và khả năng chấp nhận thuốc Trinh nữ Hoàng cung trong điều trị u xơ tử cung*. Đề tài nghiên cứu cấp Bộ; 2005.
26. Ravina J.H. Pregnancy after embolisation of uterine myoma: report of 12 case. *Fertil Steril*. 2000:1241-1243.
27. Miller Janet Lochrane PD, D P. Uterine Fibroid Embolization Radiology round. *December, Volume1, Issue7*; 2003.
28. Ravina J.H. Arterial embolization of uterine myoma results of 286 cases. *J Gynecol Obstet*. 2000:272-275.
29. Ahmad A QL, Hassan N, Najarian K, Qada L, Hassan N, Najarian K. uterine artery embolization treatment of uterine fibroids: effect on ovarian function in younger women. *J Vasc Interv Radio, Oct*; 2000; 13(10):1017-1020.
30. Bộ y tế. Hướng dẫn lâm sàng xử trí u xơ cơ tử cung 2019.
31. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ - Sản Từ Dũ. *Tạp chí Phụ - Sản số 2*. 2001: 29 - 32.

32. Monnier J. E. BC, Bernar C. L 'association Fibrome et grossesse. A props de 51 observations Releve'e d'avril 1976 à décembre 1984. *Revue Francaise de gynecol et obstet.* 1986.
33. Chuang L, Long CY, Jeng CJ. Which is a superior non-surgical uterine myoma treatment option? *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology.* Mar 2021;60(2):384.
34. Nguyễn Mạnh Thắng. Phẫu thuật bảo tồn tử cung ở bệnh nhân u xơ tử cung : Một số yếu tố liên quan. *Y học Việt Nam.* 2019;476(1&2):1-3.
35. Đặng Thị Minh Nguyệt Trần Thị Mai Anh. Nhận xét một số kết quả bóc u cơ trơn tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. *Tạp Chí Phụ sản.* 2017;15(2):119-124
36. Milton SH, Chelmow, D., Talavera, F., Rivlin, M. E. Gynecologic Myomectomy: Background, History of the Procedure, Problem. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/267677-overview> . 2019.
37. Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình. U xơ tử cung. *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành.* Nhà xuất bản Y học; 2004.
38. Nguyễn Đình Tời. *Bước đầu đánh giá ưu nhược điểm của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo tại Viện BVBM TSS.* Đại học Y Hà Nội; 2001.
39. Reich H. Laparoscopic hysterectomy. *International for Gynecologic endoscopy.* 2003;9(2).
40. 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
41. 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.

42. 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.
43. 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.
44. 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
45. 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.
46. Acién P. và Quereda F. (1996). Abdominal myomectomy: results of a simple operative technique. *Fertil Steril*, 65(1), 41–51.
47. 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.
48. Nguyễn Văn Giáp. *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện Phụ Sản trung ương tháng 12/2004 -6/2006*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội; 2006.
49. Nguyễn Thị Thu Hương. *Nghiên cứu về phẫu thuật cắt tử cung do một số bệnh phụ khoa lành tính tại bệnh viện Phụ Sản trung ương năm 2008*. Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2008.

50. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Áp dụng kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh Viện Từ Dũ. *Tạp chí phụ sản*. 2001;(2):29 - 32.
51. Nguyễn Quốc Tuấn. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương. *Tạp chí sản phụ khoa*. 2010;(3):34 - 38.
52. Nguyễn Quốc Tuấn. *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương*. 2010.
53. Trần Thanh Hương. *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108*. Đại học Y Hà Nội; 2012.
54. Kovac SR. Vaginal hysterectomy with and without hysterectomy back to the future ? *Am j Obstet Gynaecol*. 2000.
55. Nguyễn Đức Tú. *Điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện phụ sản trung ương*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà nội; 2019.
56. Nguyễn Văn Đồng. *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa*. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
57. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Chu Thị Bá. Tình hình phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ từ năm 1997 - 2003. *Hội nghị Việt - Pháp về Sản phụ khoa vùng Châu Á Thái Bình Dương lần thứ IV*. 2004:7- 20.
58. Nguyễn Văn Giáp. *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà Nội; 2006.
59. Jesse Y. Obed, Babagana Bako, Saidu Kadas. The benefit of myomectomy in women aged 40 years and above: Experience in an urban teaching hospital in Nigeria. *Niger Med J*. 2011;52(3):158 - 162.
60. Shin JW., Lee HH. Total laparoscopic hysterectomy and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. *JSLS*. 2011;15:218- 221.

61. Camran Nezhat, Anjie Li, Sozdar Abed. Strong Association Between Endometriosis and Symptomatic Leiomyomas. *JSLs*. 2016;20(3).
62. Rooma Sinha, Rupa Bana, Madhumathi Sanjay. Comparison of Robotic and Laparoscopic Hysterectomy for the Large Uterus. *JSLs*. 2019;23(1).
63. Nguyễn Thị Phương Loan. *Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
64. Nguyễn Văn Lựu. *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện 198 - Bộ Công An*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học trường đại học y Hà Nội; 2014.
65. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health*. 2012;12:6.
66. Gupta S, Jose J, Manyonda I. Clinical presentation of fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(4):615 - 626.
67. David M, Pitz CM, Mihaylova A. Myoma-associated pain frequency and intensity: a retrospective evaluation of 1548 myoma patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;199:137 - 140.
68. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):665 - 686.
69. Gupta S, Jose J, Manyonda I, et al. Clinical presentation of fibroids. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2008;22(4):615 - 626.
70. Bartels C, Cayton K, Chuong F. An Evidence-based Approach to the Medical Management of Fibroids: A Systematic Review. *Clin Obstet Gynecol*. 2016;59(1):30 - 52.
71. Nelson A, Ritchie J. Severe anemia from heavy menstrual bleeding requires heightened attention. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(1):97.

72. Sinha R, Sundaram M, Lakhotia S. Total laparoscopic hysterectomy for large uterus. *J Gynecol Endosc Surg*. 2009;1(1):34 - 39.
73. Nguyễn Thị Phương Loan. *Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
74. Taniguchi F., Koike N., Kikukawa T. An evaluation of laparoscopic hysterectomy alone versus in combination with laparoscopic myomectomy for patients with uterine fibroids. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;210:132 - 138.
75. Trương Quang Vinh. *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung toàn phần đường âm đạo để điều trị một số bệnh lý tử cung không sa tại bệnh viện Trung ương Huế*. Đại học Y khoa Huế; 2006.
76. Trịnh Xuân Hưởng. *Nghiên cứu về phẫu thuật điều trị u xơ tử cung tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2014*. Đại học Y Hà Nội; 2014.
77. Cao Thị Thúy Anh. *Nghiên cứu các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010*. Đại học Y Hà Nội; 2011.
78. Fernandez C, Fernandez E. Total laparoscopic hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2005;3(4):12.
79. Wong JMK, Bortoletto P, Tolentino J. Urinary Tract Injury in Gynecologic Laparoscopy for Benign Indication: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):100 - 108.
80. Xing Wang, Li Lv, Zhiyong Cheng. Curative effect of laparoscopic hysterectomy for uterine fibroids and its impact on ovarian blood supply. *Exp Ther Med*. 2017;14(4):3749 - 3753.
81. Trần Thanh Hương. *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108*. Đại học Y Hà Nội; 2012.

82. Vũ Bá Quyết, Nguyễn Việt Tiên, Nguyễn Đức Hình. Kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2005 - 2008. *Nội san sản phụ khoa*. 2009;33 - 36.
83. Garry R. Laparoscopic surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(1):89 - 104.
84. Thoma V, Salvatores M, Mereu L. Hystérectomie coelioscopique: technique, indications. *Ann Urol*. 2007;41(2):80 - 90.
85. Yavuzcan M, Caglar Y, Ustun S. Evaluation of the outcomes of laparoscopic hysterectomy for normal and enlarged uterus. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2014;289(4):831 - 837.
86. Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;34:74 - 84.

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. Hành chính

Số bệnh án.....Số thứ tự..... Số điện thoại:.....

Họ và tên.....tuổi.....

Ngày vào viện.....Ngày ra viện.....

Nghề nghiệp: 1. Nông dân, 2.Cán bộ , 3.Công Nhân , 4.Nội trợ 5.Khác

Dân tộc: 1. Kinh 2. Dân tộc khác (Tày, Nùng, Dao,Mông...)

Nơi sinh sống: 1.Thành thị , 2. Nông thôn 3.Miền núi

II. Tiền sử

Tiền sử nội khoa : 1. Có 2. Không

Bệnh nội khoa :

Tiền sử sản khoa: Số lần đẻ:.....Số con hiện tại

Thời gian từ khi phát hiện u xơ đến lúc vào viện:

1. Không PH 2. < 1 năm 3. > 1 năm.

PARA:, số lần nạo hút:....., Số lần sảy thai:.....Số lần mổ đẻ: ...

Số lần mổ CNTC nội soi..... Số lần mổ CNTC mở.....

Tiền sử mổ bóc nhân xơ: 1. Có 2. Không

Cách mổ 1.Nội soi 2. Mổ mở

Tiền sử mổ UNBT: 1. Có 2. Không

Cách mổ 1.Nội soi 2. Mổ mở.

Tiền sử phụ khoa: RLKN 1.Có 2.Không

Mãn kinh 1. Có 2. Không

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng : 1. Chưa mổ 2.mổ đẻ
3.Mổ Phụ Khoa 4. Mổ khác

III. Triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng

Tình trạng người bệnh trước PT

- | | | |
|-----------------------|---------------------|----------------------|
| 0. Bình thường | 1. Đau bụng hạ vị | 2. Rối loạn tiêu hóa |
| 3. Tự sờ thấy u hạ vị | 4. Phát hiện bệnh | 5. Ra máu |
| 6. Rối loạn tiết niệu | 7. Ra khí hư âm đạo | |

Tình trạng 2 phần phụ:

- | | | | |
|----------------|--------------|-----------|---------|
| 1. Bình Thường | 2. Viêm dính | 3. Khối U | 4. Khác |
|----------------|--------------|-----------|---------|

Tình trạng CTC:

- | | | |
|----------------|----------|---------|
| 1. Bình Thường | 2. Viêm | |
| 3. Lộ Tuyến | 4. Polip | 5. Khác |

Chiều cao: cân nặng

Kích thước tử cung 1. <8 tuần 2. 8-12 tuần 3. >12 tuần

Di động tử cung : 1. Bình thường 2. Hạn chế 3. Không di động

Điều trị nội khoa trước mổ 1. Có 2. Không

Cận lâm sàng Hb:g/l

Số lượng u xơ tử cung: 1. Có 1 u xơ 2. Có 2 u xơ 3. Có ≥ 3 u xơ

Vị trí u xơ 1. Đáy TC 2. Mặt trước TC 3. Mặt sau TC

4. Đoạn eo TC 5. Dưới thanh mạc 6. Trong dây chằng rộng

Kích thước u xơ trên siêu âm: 1. < 5 cm 2. 5-10 cm 3. > 10 cm

Tính chất u xơ 1. Đơn độc 2. Lan tỏa 3. Phôi hợp

Tính chất phẫu thuật: 1. Cấp cứu 2. Cấp cứu có trì hoãn 3. Mổ phiên

Đánh giá sau phẫu thuật:

1. Bóc nhân xơ bảo tồn Tử cung 2. Cắt TCBP 3. Cắt TCHT

Cách thức phẫu thuật 1. Nội soi 2. Mổ mở

Nội dung: 1. Bóc nhân xơ bảo tồn Tử cung 2. Cắt TCBP 3. Cắt TCHT

4. Để lại 2 phần phụ 5. Cắt 1 phần phụ 6. Cắt 2 phần phụ

Vị trí nhân xơ trong mổ:

- | | | |
|---------------|-------------------|-------------------------|
| 1. Đáy TC | 2. Mặt trước TC | 3. Mặt sau TC |
| 4. Đoạn Eo TC | 5. Dưới Thanh mạc | 6. Trong Dây Chằng Rộng |

Phương pháp cắt tử cung hoàn toàn :

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. PTNS cắt TCHT | 2. Mổ mở đường bụng |
|------------------|---------------------|

PTNS thành công: 1. Thành công 2. Thất bại PTNS

chuyển mổ mở

Lý do chuyển mổ mở :

1. Dính 2. U to 3. Chảy Máu

Cắt Tử cung bán Phần nội soi :

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| 1. Thành công | 2. Thất bại PTNS chuyển mổ mở |
|---------------|-------------------------------|

Cắt Tử cung hoàn toàn nội soi:

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| 1. Thành công | 2. Thất bại PTNS chuyển mổ mở |
|---------------|-------------------------------|

Cắt Tử cung hoàn toàn:

- | | |
|---------------|------------------------------------|
| 1. Thành công | 2. Thất bại (phải cắt TC bán phần) |
|---------------|------------------------------------|

Lý do chuyển mổ mở hoặc từ PT cắt TCHT chuyển sang cắt TCBP:

1. Dính 2. U to 3. Chảy Máu

Thời gian phẫu thuật :.....phút (dựa vào bảng gây mê)

Phương pháp giảm đau:

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. Tê Tủy Sống | 2. Nội Khí Quản |
|----------------|-----------------|

Truyền máu:

- | | | |
|-------------|-------------|-----------|
| 1. Trước mổ | 2. Trong mổ | 3. Sau mổ |
|-------------|-------------|-----------|

4. không truyền máu

Số ml.....

Thời gian trung tiện (giờ) sau phẫu thuật:

- | | | |
|---------|-----------|---------|
| 1. <24h | 2. 24-48h | 3. >48h |
|---------|-----------|---------|

Tình trạng sốt:

0. Không sốt 1. Ngày thứ 1 2. Ngày thứ 2 3. Ngày thứ 3

Dùng kháng sinh sau mổ:..... ngày

Kháng sinh sau mổ:

1. Dùng 1 loại. 2. Dùng 2 loại 3. Dùng 3 loại

Dùng thuốc giảm đau sau mổ:..... lần

Tình trạng vết mổ:

1. Bình thường 2. Nề đỏ, bầm tím 3. Chảy máu thành bụng
4. NT vết mổ 5. Chảy máu mồm cắt 6. Nhiễm trùng mồm cắt

Tai biến phẫu thuật:

0. Không tai biến 1. Chảy máu 2. Tràn khí dưới da
3. Nhiễm trùng 4. Tổn thương tạng tiết niệu
5. Tổn thương tạng tiêu hóa

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật:..... ngày

Xét nghiệm mô bệnh học :

1. U xơ lành tính
2. U xơ lành tính + Lạc nội mạc TC trong cơ TC
3. U xơ lành tính + Lạc nội mạc TC ở Buồng Trứng
4. Tổn thương khác