

ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC) 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 Cương [1], Nguyễn Đức Hình[1] tỷ lệ UXTC chiếm 18 - 20% trong tổng số phụ nữ trên 35 tuổi và UXTC chiếm 20% trong các bệnh phụ khoa, theo Trần Thị Phương Mai UXTC chiếm 20 -30% 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 UXTC quanh tuổi 40, có 3% số trường hợp u xơ ở tuổi 20.

Biểu hiện lâm sàng của UXTC rất đa dạng phần lớn là không có triệu chứng. Nhiều khi UXTC được phát hiện tình cờ qua khám phụ khoa hoặc siêu âm. UXTC 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 UXTC còn ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ. Theo G Levin tần số sảy thai sớm ở phụ nữ có UXTC thay đổi từ 4-8%. Tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung chiếm 3,75% theo Diluca, theo Monnier thì tỷ lệ đẻ non là 8,5%. Có nhiều phương pháp điều trị UXTC: Điều trị nội khoa, quang tuyến nút mạch, phẫu thuật... trong đó phẫu thuật cắt bỏ tử cung là phương pháp điều trị UXTC triệt để nhất.

Khi có chỉ định can thiệp phẫu thuật với u xơ tử cung có nhiều phương pháp khác nhau, nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật cũng như yêu cầu chất lượng cuộc sống ngày càng cao nên mong muốn của nhiều bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn và bảo đảm thẩm mỹ nhưng thái độ xử trí phẫu thuật UXTC còn phụ thuộc vào vị trí, số lượng, kích thước, tuổi bệnh nhân, tiền sử sản phụ khoa, tình trạng toàn thân của người bệnh...

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. Tại bệnh viện PSTH 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 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 qua soi buồng tử cung, phẫu thuật bóc u xơ tử cung qua nội soi, nút mạch, điều trị bằng năng lượng sóng siêu âm: Fus-MRI... Tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề cần nghiên cứu trong việc lựa chọn các phương pháp phẫu thuật với UXTC phù hợp để đảm bảo an toàn nhưng vẫn đáp ứng được 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 về điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ - Sản Thanh Hóa từ ngày 1 tháng 7 năm 2013 đến ngày 30 tháng 6 năm 2014”** với những mục tiêu sau:

- 1 Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân được phẫu thuật UXTC tại bệnh viện PSTH.*
- 2 Nhận xét thái độ xử trí và kết quả phẫu thuật ở những bệnh nhân trên.*

Chương 1

TỔNG QUAN

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, nên 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. Mặt này rộng hơn và xuống thấp hơn mặt trước.

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, ngoài ra trong nền còn có mô liên kết, thần kinh.

- 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.

Dải cùng - mu - sinh dục bao gồm những thớ cơ xơ đi từ xương cùng qua trực tràng bám đến chỗ CTC và từ CTC bám vào bàng quang, xương mu phía trước và mặt bên của xương chậu. Dải cùng - mu - sinh dục tạo nên các dây chằng.

- Dây chằng tử cung - cùng

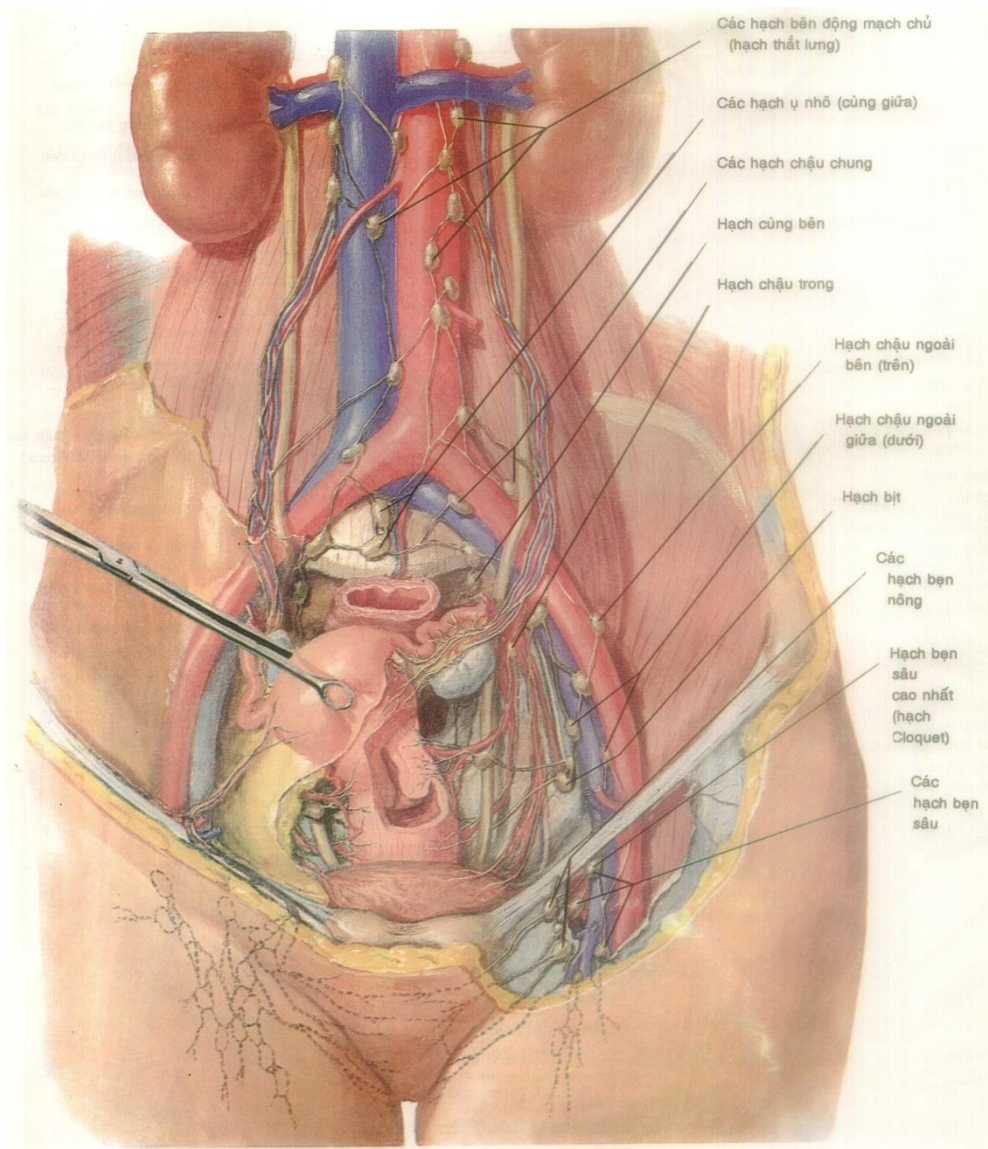
Dây chằng tử cung - cùng là dải cơ trơn, mô liên kết đi từ mặt sau cổ tử cung, chạy ra sau lên trên, đi 2 bên trực tràng đến bám vào mặt trước xương cùng.

- 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 liên quan

Nguồn: “Atlas giải phẫu người”.

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 của 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 xuyên qua lớp cơ TC.

* **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.

Đường kính lưỡng ụ ngồi chia đáy chậu làm hai phần:

- Phần trước gọi là đáy chậu trước (đáy chậu niệu sinh dục).
- Phần sau gọi là đáy chậu sau (đáy chậu hậu môn).

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 tử cung, ở nghiên cứu này dùng từ UXTC) là khối u lành tính của cơ tử cung.

1.2.2. Dịch tế học

U xơ tử cung thường gặp ở phụ nữ 35 tuổi trở lên, chiếm 20%. 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%. Tại Việt Nam, tỷ lệ UXTC từ 18 - 20%, 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, đẻ 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, UXTC ở eo tử cung, UXTC 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.

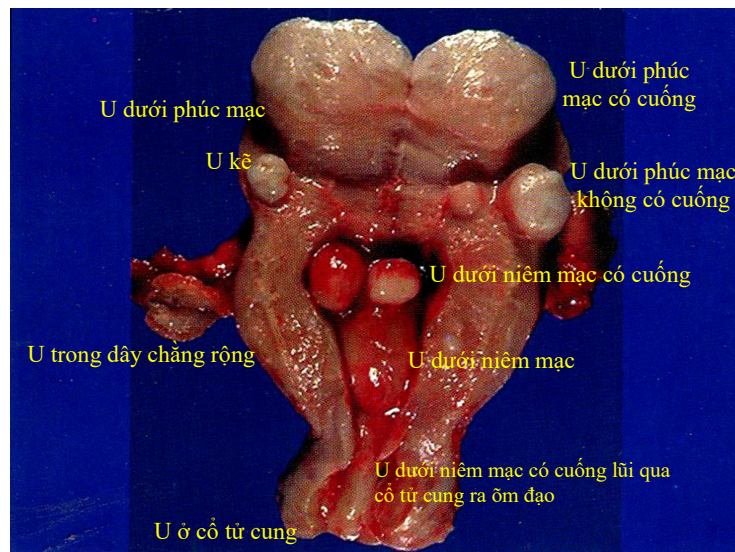
1.2.4. Vị trí, số lượng, kích thước của khối u xơ

- 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.



Hình 1.3. Vị trí u xơ tử cung

1.2.5. Chẩn đoán u xơ tử cung

*** Lâm sàng**

Hầu hết UXTC 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 lí do khác nhau như chậm có thai, khám vô sinh hoặc qua siêu âm ổ bụng phát hiện được. Nhìn chung các triệu chứng của UXTC phụ thuộc vào vị trí, kích thước và số lượng của khối UXTC.

- 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 30% 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 loãng 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 UXTC: 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

Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng:

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

*** 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 UXTC 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 (K cổ tử cung, K 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 UXTC có cuống đôi khi phải chụp CT tiểu khung để phân biệt được UXTC 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 UXTC

**** Thiếu máu***

Là biến chứng hay gặp nhất ở u xơ tử cung. Theo Vũ Nhật Thăng [2], tỷ lệ này là 60% và theo Mahbouli [68] tỷ lệ này là 57,7%. 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 rắt, đái khó, bí đái, chèn ép trực tràng gây táo bón và chèn ép tĩnh mạch 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 tử cung***

. Các biến đổi lành tính

- UXTC 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. Theo Glewin [67] tần số sảy thai sớm thay đổi từ 4 - 8%.

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

+ U xơ tử cung làm thai chết trong tử cung

+ UXTC gây đẻ non.

+ UXTC gây đẻ khó:

•Ngôi bất thường vì UXTC 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.

- UXTC và vô sinh: UXTC là một yếu tố gây vô sinh. Theo nghiên cứu của Buttram [67] thì tỷ lệ vô sinh do UXTC là 27%. Những phân tích trong y văn cho phép khẳng định điều này: UXTC 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 UXTC cũng làm thay đổi sự tưới máu của nội mạc tử cung dẫn đến khó có thai.

1.2.7. Điều trị UXTC

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 chưa biết rõ nguyên nhân sinh ra u xơ, nên không có điều trị căn nguyên trong bệnh u xơ. Tuy nhiên đã đặt ra giả thuyết do estrogen, nên có thể dùng các thuốc có tác dụng kháng estrogen để điều trị, chống chỉ định dùng estrogen.

Điều trị nội khoa chủ yếu là điều trị triệu chứng rong kinh, rong huyết: Dành cho những trường hợp u có kích thước nhỏ hay vừa, gây ra máu, chưa có biến chứng, có thể làm u không to lên thậm chí u nhỏ đi.

- Thuốc cầm máu

- Thuốc co tử cung

- Nội tiết: Trước đây dùng Androgen ngày nay không dùng vì tác dụng phụ gây nam hóa, chủ yếu dùng Progestin, hoặc RU 486. Thuốc tương tự như LH-RH(Decapeptyl, Zoladex), không nên dùng thuốc này quá 6 tháng vì những tác dụng phụ của nó như khô âm đạo, cơn bốc hỏa, nguy cơ loãng xương.

- 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, năm 2005 Nguyễn Đức Vy [3] và cộng sự cũng đã nghiên cứu thử nghiệm điều trị UXTC 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)

Làm tắc động mạch tử cung là một phương pháp mới để điều trị khối 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.

1.2.7.4. Nội soi thắt động mạch tử cung

Nội soi thắt 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 hiện nay vẫn là hướng chính cho những bệnh nhân UXTC. Phương pháp này đã mang lại kết quả tốt nhất cho người bệnh, nhất là khi người bệnh không còn nhu cầu sinh đẻ.

Phẫu thuật UXTC 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 UXTC

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, Isacdane 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

chúng 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 [4] và cộng sự (2005) 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 sốt 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. Theo Buttram [67] biến chứng dính sau mổ chiếm 50-90% với phương pháp bóc u xơ qua đường mở bụng, dưới 50% với phương pháp cắt bỏ u xơ bằng nội soi ổ bụng và thấp hơn nữa nếu việc bóc tách được thực hiện bằng phương pháp nội soi buồng tử cung. 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 Buttram [67] sự tái phát của u xơ sau phẫu thuật bóc u xơ là 15% Theo Monnier [5] tỷ lệ này là 27% và sau phẫu thuật bóc tách nhiều u xơ tỷ lệ này là 59%. Theo Ploszynski [70], tỷ lệ tái phát u xơ sau 5 năm là 14,28%. Theo

Elizabeth [71] (2001) tỷ lệ tái phát sau bóc nhân xơ 5 năm là 50% và nguy cơ mô lại là 11% - 26%.

Theo nghiên cứu của Garcia [72], UXTC là một nguyên nhân gây vô sinh, phẫu thuật cắt bỏ u xơ dưới niêm mạc qua soi buồng tử cung là cần thiết. Tác giả cũng cho biết tỷ lệ có thai sau cắt bỏ u xơ dưới niêm mạc là 62%, với u xơ kẽ tỷ lệ có thai cũng được cải thiện sau cắt bỏ u xơ.

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.

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. Favre 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 CTC.

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 [6], 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 cắt, 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 [7], phẫu thuật UXTC 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. Theo Nguyễn Văn Giáp [8] 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 Hường [9] 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)
- Mô 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 Phụ - Sản 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 CTCHT. PTNS đã được áp dụng tại bệnh viện PSTU từ năm 1995. Hiện phương pháp phẫu thuật này đã có những bước phát triển lớn đặc biệt là kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn.

Nhiễm trùng là biến chứng hay gặp trong các loại phẫu thuật. Có thể nhiễm trùng thành bụng, mổ cắt âm đạo hay nhiễm trùng ổ bụng. Ahmad [73] phân tích 827 trường hợp cắt TCHT đường bụng, tỷ lệ nhiễm trùng là 22% trong đó 6% là nhiễm trùng thành bụng và mổ cắt âm đạo, có tới 16% nhiễm trùng đường niệu và viêm tĩnh mạch huyết khối. Theo Kovac [10] 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.

Theo Dương Thị Cương [1], tỷ lệ tử vong sau mổ cắt tử cung là 1/1000, viêm tắc mạch 0,5%, chảy máu sau mổ 0,2%, nhiễm khuẩn tiết niệu 20%, dò niệu đạo hay niệu đạo bàng quang hiếm gặp.

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

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được mổ do UXTC (cắt TC và bóc nhân xơ) từ 1/7/2013 đến 31/6/2014 có hồ sơ tại phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện Phụ - Sản Thanh Hóa.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là UXTC ngoài thời kỳ thai nghén đã được phẫu thuật bóc UXTC hoặc cắt TC.
- Có kết quả mô bệnh học là UXTC 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.

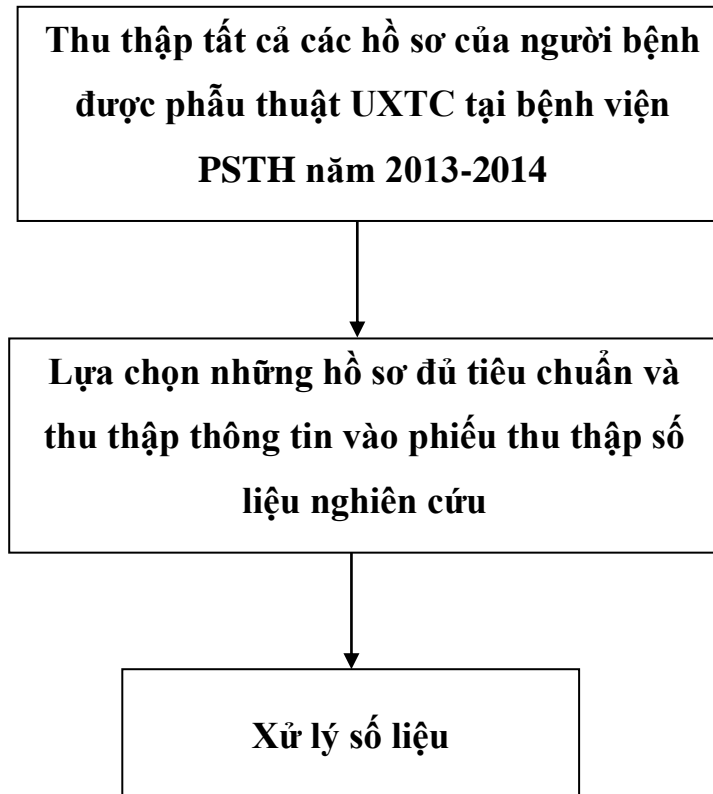
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- UXTC + có thai
- Phối hợp với các bệnh lý khác: + Ung thư CTC
- + Ung thư buồng trứng...
- Hồ sơ không đầy đủ thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu



2.2.2. Cỡ mẫu tính theo công thức

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{(\varepsilon p)^2}$$

Trong đó: N là cỡ mẫu nghiên cứu

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

$$P = 0,18.$$

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

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

($\alpha = 0,05$).

ε : Giá trị tương đối, trong nghiên cứu này lấy $\varepsilon = 0,2$

Thay vào công thức trên ta có $N = 437$

2.2.3. Cách tiến hành nghiên cứu

2.2.3.1. 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 Phụ - Sản Thanh Hóa.

2.2.3.2. 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

- Tình trạng hôn nhân: có chồng, chưa có chồng

* Tiền sử sản khoa: (PA RA)

- 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: $Hb \leq 7 \text{ g/dl}$

+ Đau tức hạ vị, rối loạn kinh nguyệt, ra dịch âm đạo

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

* Vị trí nhân xơ: Thân, eo, cổ tử cung, dây chằng rộng, thể phối hợp, thể xơ lan tỏa.

* Số lượng UXTC: - 1 u xơ

- 2 u xơ

- ≥ 3 u xơ

* Kích thước tử cung trên lâm sàng - Bình thường

Tương đương tuổi thai : - < 8 tuần

- 8 - 12 tuần

- > 12 tuần

* Di động tử cung; - Dễ

- Hạn chế

- Không di động

* Đặc điểm siêu âm: Tại bệnh viện Phụ - Sản Thanh Hóa sử dụng máy siêu âm Aloka siêu âm đường bụng và đường âm đạo.

+ Tính chất UXTC trên siêu âm:

. Đơn độc

. Lan tỏa

. Phôi hợp

+ Số lượng UXTC 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 phôi hợp.

- Số lượng UXTC: 1 u, 2 u, ≥ 3 u

- Kích thước tử cung: tương ứng với tử cung có thai ?

- Trọng lượng khối u: Tính bằng gam (<200g, 200-300g, >300g)

- Cách thức phẫu thuật: + Phẫu thuật mở bụng

+ 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:

+ Mổ mở: Tính từ lúc bắt đầu rạch da đến lúc đóng xong da.

- Phương pháp giảm đau: + Tê tuỷ sống

+ Gây mê nội khí quản

* Thời gian nằm viện sau mổ

* Kháng sinh sử dụng

* Kết quả mô bệnh học sau mổ:

* 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:

- Chảy máu : Thành bụng, ổ bụng

- Tổn thương hệ tiết niệu

- Tổn thương hệ tiêu hóa

- Nhiễm trùng

2.2.3.3. 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 16.0.

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.

2.2.3.4. Các biện pháp khống chế sai số

- Chọn bệnh nhân theo đúng tiêu chuẩn.
- Mẫu đủ lớn.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là một nghiên cứu tiến cứu, mô tả chỉ sử dụng số liệu trên hồ sơ bệnh án và sổ sách lưu trữ chứ không can thiệp trực tiếp vào đối tượng vì vậy không vi phạm đạo đức nghiên cứu.
- Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của bệnh viện Phụ - Sản Thanh Hóa và hội đồng duyệt đề cương của trường đại học Y Hà Nội.
- Tất cả các thông tin của người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	n	%
< 30 tuổi	2	0,4
30 – 34 tuổi	12	2,6
35 – 39 tuổi	43	9,4
40 – 44 tuổi	128	28,1
45 – 49 tuổi	153	33,6
≥ 50 tuổi	118	25,9
Tổng	456	100

Nhận xét:

- Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 26 tuổi.
- Tuổi lớn nhất là 65.
- Tuổi trung bình $45,8 \pm 5,7$.
- Tuổi hay gặp 40 – 49 chiếm 61,7%.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

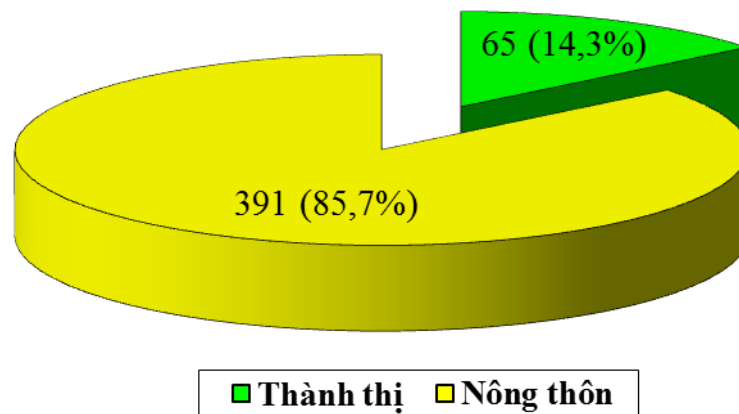
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Nông dân	256	56,1
Công nhân	29	6,4
Cán bộ, viên chức	76	16,7
Nội trợ	82	18,0
Khác	13	2,9
Tổng	456	100

Nhận xét:

Trong 456 trường hợp UXTC của nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo địa dư

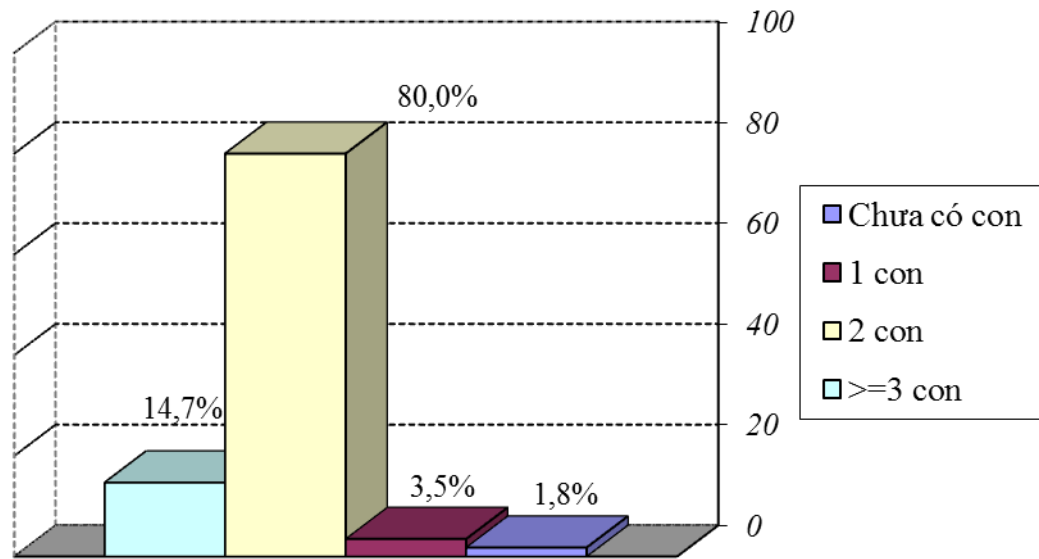


Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo địa dư

Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở nông thôn 391/456 (85,7%). Tỷ lệ này phù hợp với địa bàn của tỉnh Thanh Hóa.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo số con



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo số con

Nhận xét:

Số bệnh nhân có 02 con chiếm tỷ lệ cao nhất (80,0%). Chưa có con chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

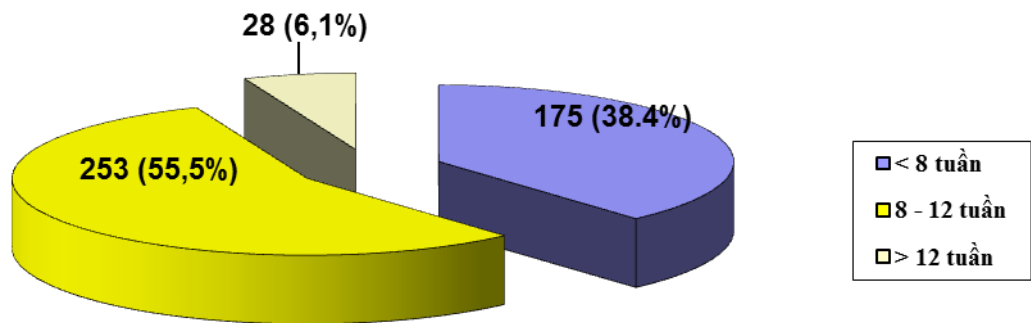
3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu	n	%
Tự sờ thấy u	22	4,8
Khám phụ khoa	88	19,3
Đau hố chậu	68	14,9
Rối loạn kinh nguyệt	235	51,5
Rối loạn tiết niệu + Rối loạn tiêu hóa	5	1,1
Vô sinh	19	4,2
Sảy thai liên tiếp	1	0,2

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân UXTC có triệu chứng ra máu chiếm tỷ lệ 51,5%, kể đến là khám phụ khoa phát hiện 19,3 và đau hố chậu 14,9%.



Biểu đồ 3.3. Phân bố bệnh nhân theo kích thước tử cung

Nhận xét:

- Nhóm có kích thước tử cung 8 – 12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,5%
- Nhóm > 12 tuần có tỷ lệ thấp nhất với 6,1%

3.2.2. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử sản khoa, phụ khoa

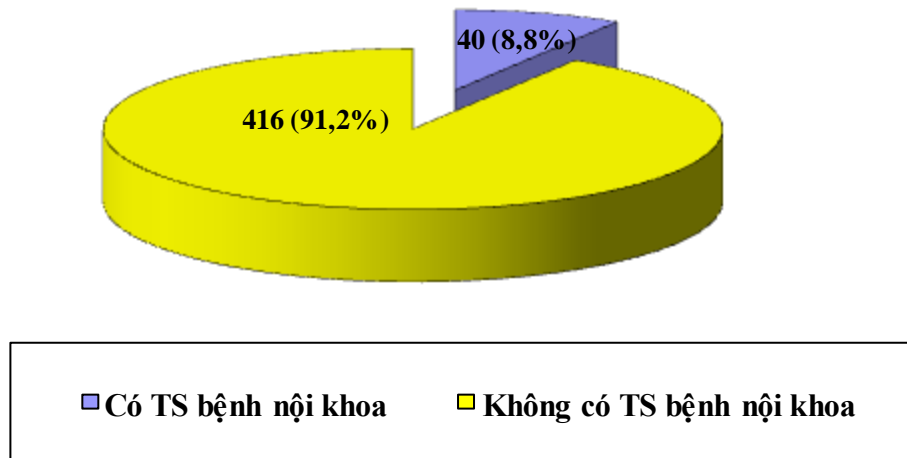
Bảng 3.4. Tiền sử sản khoa, phụ khoa

Tình trạng Tiền sử	Có		Không	
	n	%	n	%
Nạo, hút, sảy	226	49,6	230	50,4
Mổ đẻ	92	20,2	364	79,8
Mổ phụ khoa	60	13,2	396	86,8
Có con	448	98,2	8	1,8

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nạo, hút, sảy chiếm tỷ lệ là 49,6%.
- Trong các tiền sử mổ vùng tiểu khung, mổ đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất (20,2%).
- Số mổ UXTC đã có con chiếm 98,2%.

3.2.3. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử nội khoa



Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh nội khoa

Nhận xét:

Số bệnh nhân có tiền sử bệnh nội khoa chiếm 8,8% số bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể

BMI	n	%
< 18	6	1,3
18 – 23	394	86,4
> 23	56	12,3
Tổng	456	100
Trung bình	21.63 ± 1.28	

Nhận xét:

Số bệnh nhân có BMI trong mức độ bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 86,3%. Chỉ số BMI trung bình là 21.63 ± 1.28 .

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo độ di động tử cung

Tình trạng di động tử cung	n	%
Bình thường	304	66,7
Hạn chế	150	32,9
Không di động	2	0,4
Tổng	456	100

Nhận xét:

Số BN có TC di động hạn chế là 150, chiếm tỷ lệ 32,9%. Có 2 BN có TC không di động chiếm 0,4%.

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng phần phụ

Tình trạng 2 phần phụ	n	%
Bình thường	441	96,7
Viêm dính hoặc khối u kèm theo	15	3,3
Tổng	456	100

Nhận xét:

Số BN có phần phụ viêm dính hoặc có khối u kèm theo là 15 BN chiếm tỷ lệ 3,3% trong nhóm nghiên cứu.

3.2.4. Triệu chứng cận lâm sàng

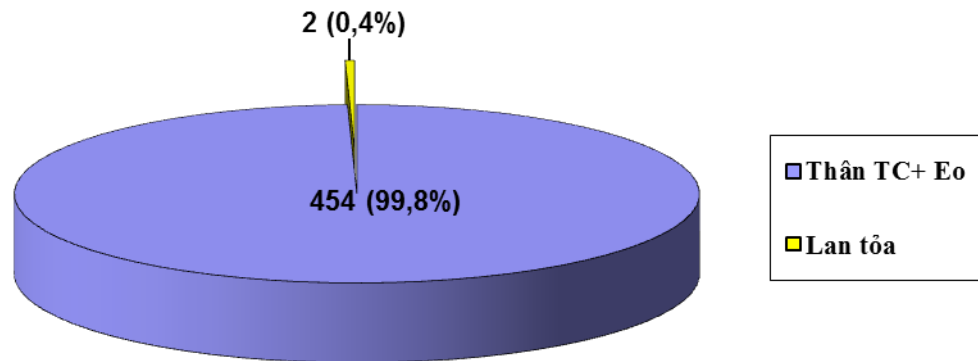
3.2.4.1. Kết quả siêu âm

Bảng 3.8. Phân bố bệnh nhân theo số lượng nhân xơ

Số lượng nhân xơ	n	%
1 u	405	88,8
2 u	44	9,6
≥ 3 u	7	1,5
Tổng	456	100

Nhận xét:

Số BN có 1 nhân xơ chiếm tỷ lệ cao nhất 88,8%. Có 7 BN có số nhân xơ ≥ 3 chiếm tỷ lệ 1,5%.



Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tính chất khối u

Nhận xét:

Nhóm u tại thân TC chiếm tỷ lệ lớn nhất với 94,8% số bệnh nhân, trong khi nhóm u tại eo và u lan tỏa chiếm tỷ lệ lần lượt là 4,8% và 0,4%.

Bảng 3.9. Vị trí nhân xơ tử cung khi mổ

Thể nhân xơ tử cung	n	%
Dưới thanh mạc	58	12,7
Kẽ	308	67,6
Dưới niêm mạc	25	5,5
Thể lan tỏa	2	0,4
Thể phối hợp*	63	13,8
Tổng	456	100

Nhận xét:

UXTC kẽ chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%.

Thể lan tỏa có tỷ lệ thấp nhất 0,4%.

Thể phối hợp* bao gồm: U dưới thanh mạc + u kẽ

U dưới thanh mạc + u dưới niêm mạc

U kẽ + u dưới niêm mạc

U dưới thanh mạc + u kẽ + u dưới niêm mạc

3.2.4.2. Kết quả xét nghiệm

Bảng 3.10. Phân bố bệnh nhân theo mức độ thiếu máu

Thời điểm Nồng độ Hb (g/l)	Trước mổ		Sau mổ	
	n	%	n	%
< 70	20	4.4	0	0
70 – 89	5	1.1	0	
90 – 109	220	48.2	245	53.7
≥ 110	211	46.3	211	46.3
Tổng	456	100	456	100

Nhận xét:

Tại thời điểm trước mổ, có 25 bệnh nhân có tình trạng thiếu máu vừa và nặng cần truyền máu chiếm 5,5%.

3.3. Nhận xét về xử trí và kết quả phẫu thuật

3.3.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.11. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		n	%
Mổ mở	Bóc UXTC	6	1,3
	Cắt TC bán phần	122	26,8
	Cắt TC hoàn toàn	328	71,9
Tổng		456	100

Nhận xét:

Số BN cắt TC hoàn toàn chiếm tỷ lệ lớn nhất 71,9%.

Số BN cắt TC bán phần là 122 chiếm 26,8%.

Chỉ có 1,3 % được bóc u xơ TC.

Bảng 3.12. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và phương pháp phẫu thuật

Phương pháp Tuổi	Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
	n	%	n	%	n	%	
< 30	2	100	0	0	0	0	< 0,01
30 – 34	3	25,0	7	58,3	2	16,7	
35 – 39	1	2,3	20	46,5	22	51,2	
40 – 44	0	0	37	28,9	91	71,1	
45 – 49	0	0	37	24,2	116	75,8	
≥ 50	0	0	21	17,8	97	82,2	
Tổng	6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

- Tỷ lệ cắt TC ở nhóm tuổi ≥ 40 là lớn nhất (100%).
- Tuổi càng cao thì tỷ lệ cắt TC càng cao.
- Sự khác biệt về tỷ lệ cắt TC giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.13. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp và PT bảo tồn tử cung

Phương pháp Nghề nghiệp	Bóc u xơ		Cắt TC		p
	n	%	n	%	
Nông dân	4	1,6	252	98,4	> 0,05
Công nhân	0	0	29	100	
Cán bộ	0	0	76	100	
Nội trợ	2	2,4	80	97,6	
Khác	0	0	13	100	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ cắt TC giữa các nhóm nghề với $p > 0,05$.
Nói cách khác tỷ lệ bóc u xơ / cắt TC giữa các nhóm nghề là như nhau.

Bảng 3.14. Phân bố bệnh nhân theo số con và phương pháp phẫu thuật

<div>Phương pháp</div> <div>Số con</div>	Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
	n	%	n	%	n	%	
Chưa có con	1	12,5	1	12,5	6	75,0	> 0,05
Đã có con	5	1,1	121	27,0	322	71,9	
Tổng	6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ các phương pháp mổ giữa hai nhóm bệnh nhân có con và chưa có con với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Tiền sử bệnh nội khoa và phương pháp phẫu thuật

Các yếu tố		Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
		n	%	n	%	n	%	
Bệnh nội khoa	Không	5	1,2	111	26,7	300	72,1	> 0,05
	Có	1	2,5	11	27,5	28	70,0	
Tổng		6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ cắt TC giữa nhóm BN có tiền sử bệnh nội khoa và không có tiền sử bệnh nội khoa với $p > 0,05$.

Bảng 3.16. Tiền sử mổ vùng tiểu khung và phương pháp phẫu thuật

Các yếu tố		Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
		n	%	n	%	n	%	
Tiền sử mổ vùng tiểu khung	Không	6	2,0	90	29,6	208	68,4	> 0,05
	Có	0	0,0	32	21,1	120	78,9	
Tổng		6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

- Tất cả những bệnh nhân có tiền sử mổ vùng bụng dưới đều được chỉ định cắt TC.
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ cắt TC giữa hai nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ bụng dưới và không có tiền sử mổ bụng dưới với $p > 0,05$.

Bảng 3.17. Chỉ số BMI và phương pháp phẫu thuật

Chỉ số BMI	Bóc u xơ		Cắt TC				p
	n	%	n	%	n	%	
< 18,0	0	0	2	33,3	4	66,7	> 0,05
18,0 – 22,9	6	1,5	103	26,1	285	72,3	
≥ 23	0	0	17	30,4	39	69,6	
Tổng	6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm BMI với $p > 0,05$.

Bảng 3.18. Tình trạng thiếu máu và phương pháp phẫu thuật

PPPT TT thiếu máu	Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
	n	%	n	%	n	%	
Có	1	4,0	7	28,0	17	68,0	> 0,05
không	5	1,2	115	26,7	311	72,2	
Tổng	6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa hai nhóm BN thiếu máu và không thiếu máu với $p > 0,05$.

Bảng 3.19. Kích thước TC và phương pháp phẫu thuật

PPPT KTTC	Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
	n	%	n	%	n	%	
< 8 Tuần	2	1,1	49	28,0	124	70,9	> 0,05
≥ 8 Tuần	4	1,4	73	26,0	204	72,6	
Tổng	6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa hai nhóm kích thước TC < 8 tuần và ≥ 8 tuần với $p > 0,05$.

Bảng 3.20. Số lượng u xơ và phương pháp phẫu thuật

Yếu tố		Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
		n	%	n	%	n	%	
Số lượng UXTC	1	6	1,5	113	27,9	286	70,6	> 0,05
	2	0	0	8	18,2	36	81,8	
	≥3	0	0	1	14,3	6	85,7	
Tổng		6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Tất cả bệnh nhân ≥ 2 u xơ đều được cắt TC. Không có sự khác biệt về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm BN 1 u, 2 u và ≥ 3 với $p > 0,05$.

Bảng 3.21. Độ di động của tử cung với phương pháp phẫu thuật

Yếu tố		Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
		n	%	n	%	n	%	
Di động tử cung	Bình thường	6	2,0	82	27,0	216	71,1	> 0,05
	Hạn chế	0	0	40	26,7	110	73,3	
	Không di động	0	0	0	0	2	100	
Tổng		6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

Tất cả bệnh nhân có độ di động TC bất thường đều được cắt TC. Không có sự khác biệt về tỷ lệ phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm di động TC với $p > 0,05$.

Bảng 3.22. Tình trạng 2 phần phụ và phương pháp phẫu thuật

Tình trạng 2 phần phụ	Bóc u xơ		Cắt TCBP		Cắt TCHT		p
	n	%	n	%	n	%	
Bình thường	6	1,4	122	27,7	313	71,0	< 0,05
Viêm dính hoặc có u kèm theo	0	0	0	0	15	100	
Tổng	6	1,3	122	26,8	328	71,9	

Nhận xét:

- Tất cả bệnh nhân có viêm dính hoặc có u kèm theo đều được cắt TCHT.
- Có sự khác biệt về tỷ lệ cắt TCHT giữa hai nhóm BN có tình trạng 2 phần phụ bình thường và có viêm dính hoặc có u kèm theo với $p < 0,05$.

3.4. Kết quả phẫu thuật điều trị UXTC

3.4.1. Thời gian phẫu thuật: (Tính bằng phút)

Bảng 3.23. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	n	%
< 60 phút	182	39,9
60 - 90 phút	267	58,6
90 -120 phút	7	1,5
Tổng	456	100,0
Thời gian PT trung bình	66,4 ± 18,2	

Nhận xét:

Thời gian phẫu thuật dưới 90 phút chiếm 98,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $66,4 \pm 18,2$.

3.4.2. Số ngày nằm viện sau mổ

Bảng 3.24. Số ngày nằm viện sau mổ

Số ngày nằm viện sau mổ	n	%
3 - 6 ngày	7	1,5
7 - 10 ngày	424	93,0
≥ 11 ngày	25	5,5
Tổng	456	100
Ngày điều trị trung bình	$7,4 \pm 2,1$	

Nhận xét:

Số ngày nằm viện sau mổ 7 – 10 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 93,0%. Số ngày nằm viện trung bình là $7,4 \pm 2,1$.

3.4.3. Thái độ xử trí phần phụ

Bảng 3.25. Thái độ xử trí phần phụ theo tuổi

Nhóm tuổi	Thái độ xử trí phần phụ						p
	Giữ 2 phần phụ		Cắt 1 phần phụ		Cắt 2 phần phụ		
< 30	2	100	0	0	0	0	0,01
30 – 34	11	91.7	1	8.3	0	0.0	
35 – 39	40	93.0	2	4.7	1	2.3	
40 – 44	106	82.8	13	10.2	9	7.0	
45 – 49	28	18.3	6	3.9	119	77.8	
≥ 50	0	0	0	0	118	100	
Tổng	198	43,4	24	5,3	234	51,3	

Nhận xét:

Có sự khác biệt về thái độ xử trí giữa các nhóm tuổi với $p < 0,01$. Tuổi càng lớn thì tỷ lệ cắt bỏ 2 phần phụ càng tăng.

3.4.4. Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ

Bảng 3.26. Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ

Phương pháp phẫu thuật		Có	Không	p
Mổ mở	Bóc	6	0	> 0,05
	Cắt TC bán phần	122	0	
	Cắt TC hoàn toàn	328	0	
Tổng		456	0	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về tỷ lệ phải dùng thuốc giảm đau ngày thứ hai sau mổ giữa ba nhóm Bóc, Cắt TC bán phần và cắt TC hoàn toàn với $p > 0,05$. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật đều được dùng thuốc giảm đau ngày thứ 2 sau mổ.

Bảng 3.27. Kết quả sử dụng kháng sinh

Sử dụng kháng sinh	n	%
Dự phòng	54	11.8
Điều trị	402	88.2
Tổng	456	100

Nhận xét:

- Tất cả 100% bệnh nhân đều dùng kháng sinh sau mổ.
- Có 54 bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh dự phòng chiếm 11,8%.

Bảng 3.28. Các tai biến sau mổ

Các tai biến sau mổ	n	%
Chảy máu mỏm cắt	0	0
Tụ máu mỏm cắt	3	0,7
Chảy máu thành bụng	0	0
Nhiễm trùng mỏm cắt	7	1,5
Nhiễm trùng thành bụng	15	3,3

Nhận xét:

Số BN bị tai biến tụ máu mỏm cắt trong nghiên cứu là 3 chiếm 0,67%. Số BN Nhiễm trùng mỏm cắt là 7 chiếm 1,54%. Số BN nhiễm trùng thành bụng là 15 chiếm 3,29%.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4.1. So sánh tuổi trung bình phẫu thuật UXTC

Tác giả	Năm	n	Tuổi trung bình
Mahbouli	2001	219	41,7 ± 6,3
Nguyễn Thị Phương Loan	2004	911	44,7 ± 6,4
Nguyễn Nguyên Ngọc	2007	240	45 ± 6,4
Cao Thị Thúy Anh	2010	985	43,7 ± 7,1
Lê Thị Huyền	2013	456	45,8 ± 5,7

So sánh với các nghiên cứu khác nhận thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu này cũng tương đương với tuổi của BN phẫu thuật trong các nghiên cứu trước, điều này cũng phù hợp với đặc điểm của tuổi mắc bệnh UXTC trong y văn.

Bảng 4.2. So sánh tuổi hay gặp với các tác giả

Tác giả	Năm	Tuổi hay gặp	Tỷ lệ %
Hoàng Văn Kết	2003	40 – 49	60,7
Nguyễn Thị Phương Loan	2004	40 – 49	62,3
Lê Thị Huyền	2014	40 – 49	61,6

Theo Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hình [1] có 18 - 20% phụ nữ trên 35 tuổi mắc UXTC, có 3% phụ nữ bị UXTC ở tuổi 20.

Trong bảng 3.1 trong 456 trường hợp phẫu thuật UXTC ở nghiên cứu này chúng tôi thấy tuổi nhỏ nhất phẫu thuật UXTC là 26, lớn nhất là 65. Tuổi trung bình $45,8 \pm 5,7$. Tuổi hay gặp 40-49 tuổi chiếm 61,6%.

Theo Hoàng Văn Kết [11] nhóm tuổi 40-49 được phẫu thuật UXTC là 60,7%. Nguyễn Thị Phương Loan tỷ lệ này là 62,3%.

4.1.2. Nghề nghiệp và địa dư của đối tượng nghiên cứu

Ở nghiên cứu này 56,1% số bệnh nhân làm nghề nông nghiệp, 6,4% số bệnh nhân là công nhân, có 16,7% là cán bộ, 18,0% là nội trợ và 2,9% làm nghề tự do. Như vậy bệnh nhân là đối tượng làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này phù hợp với địa bàn tỉnh với 14,3% người bệnh sống ở thành thị và 85,7% người bệnh sống ở nông thôn. Theo Hoàng Văn Kết [11] tỷ lệ cán bộ công chức là 42,2%, làm ruộng và buôn bán tự do là 57,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như vậy.

4.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- **Triệu chứng lâm sàng**

- ✓ **Tình trạng RLKN**

Theo bảng 3.3 chúng tôi thấy lý do vào viện chủ yếu là RLKN có triệu chứng ra máu trước khi vào viện.

Bảng 4.3. So sánh triệu chứng ra máu cầu UXTC với các tác giả

Tác giả	Năm	Tỷ lệ ra máu
Mahbouli	2001	57,7
Đinh Tổ Liên	2002	54,4
Hoàng Văn Kết	2003	57,8
Nguyễn Thị Phương Loan	2004	53,9
Lê Thị Huyền	2014	51,5

Như vậy kết quả của chúng tôi tương đương với các tác giả Mahbouli [68], Hoàng Văn Kết [11], Đinh Tổ Liên [18] và Nguyễn Thị Phương Loan [12].

✓ **Kích thước tử cung trên lâm sàng:**

Bảng 4.4. So sánh nhóm kích thước TC 8 – 12 tuần giữa các tác giả

Tác giả	Năm	KTTC 8 – 12 tuần
Nguyễn Nguyên Ngọc	2007	63,4
Nguyễn Văn Giáp	2006	52,5
Lê Thị Huyền	2014	55,5

Theo Biểu đồ 3.3, đối tượng có kích thước tử cung bằng thai từ 8 – 12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 3 phương pháp chiếm 55,5% (253/456) thấp hơn

so với nghiên cứu của Nguyễn Nguyên Ngọc [13](63,4%), và tương đương với Nguyễn Văn Giáp [8](52,5%). Kết quả này đánh giá sự phát triển về kỹ thuật và kinh nghiệm của các PTV trong lĩnh vực phẫu thuật cắt TC.

Không có sự khác biệt về tỷ lệ cắt TC giữa hai nhóm kích thước TC < 8 tuần (98,9%) và ≥ 8 tuần (98,6%) với $p > 0,05$.

Theo nghiên cứu của Seracchioli [14], trên 122 người bệnh UXTC có kích thước tử cung lớn hơn 14 tuần tuổi thai tại trung tâm phẫu thuật tái tạo cấu trúc vùng tiểu khung ở Italia, có 60 người bệnh CTCHT nội soi và 62 người bệnh được cắt tử cung hoàn toàn đường bụng, chỉ có 1 trường hợp chuyển đường bụng vì tổn thương ruột do dính nặng vùng tiểu khung. Theo tổng kết của Kovac [10] trên 4609 người bệnh đã được cắt tử cung tác giả nghiêng về cắt TCDÂĐ khi tử cung có giới hạn nhỏ hơn 12 tuần tuổi thai. Từ những kết quả nghiên cứu trên cho thấy kích thước tử cung là một yếu tố rất quan trọng trong việc chọn phương pháp phẫu thuật. Đặc biệt với những trường trường hợp kích thước tử cung to việc chỉ định cho cắt TCDÂĐ có phần hạn chế tuy nhiên xu hướng ngày càng mở rộng hơn cho phương pháp này nhằm thay thế dần cho phẫu thuật đường bụng. Mặc dù vậy vẫn chưa có một giới hạn chuẩn nào về kích thước TC được đưa ra làm chống chỉ định cho cắt TCDÂĐ và PTNS mà phụ thuộc chủ yếu vào kinh nghiệm, khả năng của PTV.

- **Triệu chứng cận lâm sàng**

- ✓ **Mức độ thiếu máu:**

Bảng 4.5. So sánh tỷ lệ thiếu máu giữa các tác giả

Tác giả	Năm	Tỷ lệ thiếu máu
Hoàng Văn Kết	2003	33,6
Nguyễn Thị Phương Loan	2004	37,2
Nguyễn Văn Giáp	2006	30,3
Cao Thị Thúy Anh	2010	25,2
Lê Thị Huyền	2014	53,7

Bảng 3.10 cho thấy trước phẫu thuật có 245 bệnh nhân có thiếu máu ở các mức độ chiếm 53,7%; trong đó thiếu máu nặng ($Hb < 7g/l$) là 20 chiếm 4,4%. Số bệnh nhân không thiếu máu là 46,3%. Theo Hoàng Văn Kết [11], số bệnh nhân UXTC không thiếu máu chiếm 67,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan [12], số bệnh nhân không thiếu máu chiếm 62,8%. Sở dĩ bệnh nhân có thiếu máu là do khi có biểu hiện ra máu bất thường bệnh nhân không đi khám ngay mà cho đó là những rối loạn bình thường của tuổi tiền mãn kinh và một số bệnh nhân ngại đi khám nên để thời gian ra máu ở nhà quá lâu nên khi đến viện tình trạng thiếu máu rất nặng.

- **Chỉ số BMI:**

Trong bảng 3.17 không có sự khác biệt giữa chỉ số khối cơ thể và quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân có $BMI \geq 23$ chiếm 12.3% (56/456).

- **Tình trạng sinh sản của đối tượng nghiên cứu**

Ở biểu đồ 3.2 cho thấy: Số bệnh nhân có 02 con chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%). Chưa có con chiếm tỷ lệ thấp nhất (13,2%).

Bảng 4.6. So sánh tỷ lệ bệnh nhân chưa có con điều trị UXTC

Tác giả	Năm	Chưa có con	Đã có con
Mahbouli	2001	30,6%	69,4%
Nguyễn Thị Phương Loan	2004	10%	90%
Nguyễn Nguyên Ngọc	2007	13,8%	86,2%
Cao Thị Thúy Anh	2010	13,2%	86,8%
Lê Thị Huyền	2013	1,8%	98,2%

Tỷ lệ bệnh nhân chưa có con của nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan [12], Nguyễn Nguyên Ngọc [13] và các tác giả nước ngoài. Việc điều trị UXTC có nhiều phương pháp có thể điều trị nội khoa như: Nút mạch tử cung, điều trị bằng thuốc đông y, điều trị bằng thuốc nội tiết, nội soi thắt động mạch tử cung.... Các biện pháp này thực hiện khi kích thước khối u <8 cm và chưa có biến chứng, chủ yếu điều trị triệu chứng ra máu là chính. Đối với bệnh nhân chưa có con cần phải có những cân nhắc, đặt vấn đề tôn trọng giải phẫu và sinh lý của tử cung lên hàng đầu, vì chất lượng cuộc sống điều này cần phải được quan tâm cả ở những đối tượng đã có đủ con.

Theo chúng tôi chỉ nên can thiệp phẫu thuật khi điều trị nội không đáp ứng, khối u quá to chèn ép vào các cơ quan khác. Khi can thiệp cần cố gắng bảo tồn tử cung và phần phụ ở những bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ.

4.3. Các yếu tố liên quan tới phương pháp phẫu thuật

4.3.1. Các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật

● Tuổi của người bệnh:

Theo bảng 3.12, không có trường hợp nào dưới 30 tuổi phải cắt TC. Tất cả bệnh nhân ≥ 40 tuổi đều được chỉ định cắt TC. Kết quả của này cũng tương đương với Nguyễn Thị Phương Loan [12] (85,2% bệnh nhân < 30 tuổi bóc nhân xơ, ngược lại với bệnh nhân ≥ 50 tuổi tỷ lệ cắt TCHT là 98,5%).

Độ tuổi 30 – 39, tỷ lệ bóc nhân xơ của chúng tôi là 4/55 bệnh nhân (7,3%), cắt TCBP có 27/55 chiếm 49,1%, cắt TC hoàn toàn có 24/55 chiếm 43,6%. Tỷ lệ bóc nhân xơ của chúng tôi là rất thấp so với của Đinh Tổ Liên [18] và Nguyễn Thị Phương Loan [12]. Theo một số tác giả hiện nay, việc cắt TC ở độ tuổi này cần được xem xét khi thật cần thiết. Nếu điều kiện cho phép thì nên bóc nhân xơ dù bệnh nhân đã đủ con. Việc bóc nhân xơ bảo tồn TC cũng đồng nghĩa với việc duy trì sinh lý kinh nguyệt của người phụ nữ tránh được những tác dụng phụ không mong muốn xảy ra khi phải cắt TC.

Tuy nhiên việc bóc nhân xơ bảo tồn TC còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như bệnh lý kèm theo ở CTC, ở niêm mạc TC mà chúng tôi phải xem xét thật kỹ lưỡng để tránh bỏ sót tổn thương khi quyết định phẫu thuật.

Ở độ tuổi 40 – 49, tỷ lệ cắt TCHT là 73,7%; cắt TCBP là 26,3% và không có BN nào được bóc nhân xơ. Ở độ tuổi này, khả năng sinh đẻ là rất ít, mà nếu có sinh đẻ thì cũng có nhiều nguy cơ cho mẹ và con nên việc bóc nhân xơ là không cần thiết.

Ở độ tuổi ≥ 50 tuổi, tỷ lệ cắt TCHT là 82,2%, cắt TCBP là 17,8. Do một số trường hợp quá dính không thể cắt hoàn toàn được nên phải cắt bán phần. Ở độ tuổi này cắt TCHT là hợp lý vì nguy cơ ung thư CTC là rất cao.

Theo một số tác giả nước ngoài, khi phẫu thuật ở TC, người ta chỉ thực hiện bóc nhân xơ hoặc cắt TCHT chứ không cắt TCBP mặc dù chưa có tổn thương CTC vì họ cho rằng có một tỷ lệ ung thư ở CTC còn lại mà không kiểm soát được. Nếu có để lại ở CTC thì những bệnh nhân này phải được khám và làm xét nghiệm tế bào âm đạo định kỳ.

Ở nước ta, tất cả những phụ nữ 50 tuổi trở lên đều có chủ trương cắt TCHT, nhưng cũng có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân < 50 tuổi được cắt TCBT. Đây là một vấn đề cần được xem xét của các nhà phụ khoa nước ta vì dù có tổn thương hay không có tổn thương CTC thì việc cắt TCHT vẫn là phương pháp dự phòng tốt nhất cho ung thư CTC sau phẫu thuật.

● Số con của người bệnh:

Trong bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ bóc nhân xơ ở người chưa đẻ là 1 bệnh nhân chiếm 12,5%. Số người đã có con bóc nhân xơ là 5/448 chiếm 1,1%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân chưa đẻ được bóc nhân xơ là rất thấp, điều này khiến chúng tôi không khỏi băn khoăn, nhưng phần lớn những bệnh nhân này rại rơi vào tuổi > 40 . Đó là vấn đề nan giải đối với những bệnh nhân ở độ tuổi này vì có nhiều nguy cơ cho mẹ và con. Phẫu thuật cắt TC hầu hết được thực hiện ở người đẻ 2 con trở lên.

4.4. Kết quả phẫu thuật điều trị UXTC

4.4.1. Thời gian phẫu thuật

Theo bảng 3.23, thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở là $66,4 \pm 18,2$, tối thiểu là 40 phút tối đa là 120 phút. Số người bệnh có thời gian phẫu thuật < 60 phút là 182 chiếm 39,9%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Trương Quang Vinh [15] rất nhiều ($110,2 \pm 29,2$). Theo nghiên cứu thấy rằng TC quá to, có tiền sử phẫu thuật vùng bụng dưới sẽ làm cho thời gian PT kéo dài.

4.4.2. Thái độ xử trí phần phụ

Theo bảng 3.25, tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật UXTC được giữ 2 phần phụ chủ yếu ở đối tượng < 40 tuổi chiếm 93,0% (53/57). Ở độ tuổi 30 – 39 có 3 trường hợp cắt 1 phần phụ chiếm 5,5% (4/197) và 1 BN (1,8%) cắt cả 2 phần phụ. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Loan [12] (5,1%). 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.

Trong phẫu thuật cắt tử cung số bệnh nhân cắt 2 phần phụ ở độ tuổi 40-49 chiếm 45,6% (128/281), đây là nhóm bệnh nhân ở độ tuổi tiền mãn kinh do vậy sau khi cắt 2 phần phụ sẽ gây mãn kinh nhân tạo do phẫu thuật, ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe toàn thân và chức năng sinh lí của người

bệnh. Theo chúng tôi 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 < 40 để đề phòng những bệnh lí do thiếu hụt nội tiết gây ra.

Tỷ lệ cắt 2 phần phụ ở độ tuổi ≥ 50 là 100%. Với đối tượng ≥ 50 tuổi khi PT UXTC việc quyết định cắt TCHT và 2 phần phụ là hoàn toàn hợp lí để phòng biến chứng ác tính của buồng trứng khi mà tác dụng nội tiết của nó không còn nữa, đồng thời cũng loại trừ luôn nguy cơ tiềm tàng của ung thư cổ tử cung.

4.4.3. Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ

Đau sau mổ là một vấn đề mà bất kì người bệnh nào cũng quan tâm. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ gần tương đương nhau giữa các phương pháp phẫu thuật: 83,3% ở nhóm bóc UXTC, 91,8% ở nhóm cắt TC bán phần và 93,3% ở nhóm cắt TC hoàn toàn.

Như vậy theo kết quả của nghiên cứu này số bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau sau mổ là 100%, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp [8] và Đỗ Minh Thịnh (100%). Theo chúng tôi vấn đề dùng thuốc giảm đau sau mổ nên sử dụng cho 100% bệnh nhân nhằm hạn chế tối đa cảm giác đau của bệnh nhân giúp cho bệnh nhân nhanh chóng hồi phục sau phẫu thuật, giảm bớt số ngày nằm điều trị và chi phí kinh tế cho bệnh nhân.

4.4.4. Sử dụng thuốc kháng sinh

Ngày nay, cùng với sự phát triển của ngành phẫu thuật, các loại kháng sinh được ra đời và phát triển rất phong phú đa dạng. Có thể nói kháng sinh đã đóng một vai trò quan trọng trong việc điều trị cho những bệnh nhân sau phẫu thuật. Tuy nhiên lạm dụng kháng sinh cũng là nguyên nhân dẫn đến hậu quả khó lường. Việc sử dụng kháng sinh kéo dài không cần thiết làm ảnh hưởng trực tiếp đến kinh tế của người bệnh, thêm vào đó là những tác dụng do kháng sinh gây ra.

Theo chúng tôi, loại trừ những bệnh nhân có mắc bệnh nội khoa, viêm dính vùng tiểu khung, thiếu máu và những bệnh nhân có xét nghiệm máu, số lượng bạch cầu trên $10.000/\text{mm}^3$ máu thì việc điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật UXTC cũng cần được xem xét.

Qua nghiên cứu 456 bệnh nhân, chúng tôi thấy thời gian điều trị kháng sinh ở những bệnh nhân này có khác nhau, 54 bệnh nhân được điều trị kháng sinh dự phòng, 402 bệnh nhân không được điều trị kháng sinh dự phòng. Kết quả là không có trường hợp nào nhiễm trùng ở nhóm được điều trị kháng sinh dự phòng. Có 22 bệnh nhân bị nhiễm trùng mồm cắt và nhiễm trùng thành bụng trong 402 bệnh nhân không được điều trị kháng sinh dự phòng chiếm tỷ lệ 5,5%. Mặc dù có 54 trường hợp được điều trị kháng sinh dự phòng có thể chưa đủ để so sánh và đánh giá, cần phải có những nghiên cứu sâu hơn nhưng chúng tôi nghĩ rằng dùng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân trước phẫu thuật là hoàn toàn có cơ sở.

4.4.5. Số ngày nằm viện sau mổ

Theo bảng 3.24, số ngày nằm viện trung bình của mổ mở là $8,8 \pm 2,9$, tối thiểu là 3 và tối đa là 12. Cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hường ($6,39 \pm 2,4$) và của Cao Thị Thúy Anh [17] $5,29 \pm 1,17$.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật cũng là một yếu tố đánh giá chất lượng cuộc phẫu thuật. Theo bảng 3.21 thời gian nằm viện ngắn nhất bệnh nhân được xuất viện là ở phẫu thuật nội soi (có 02 bệnh nhân sau mổ 3 ngày xuất viện).

Đối với phẫu thuật đường bụng, thời gian nằm viện trên 7 ngày có 449 trường hợp, trong đó có 02 trường hợp nằm viện sau mổ 12 ngày do nhiễm trùng thành bụng và tụ máu móm cắt. Như vậy tai biến sau phẫu thuật là nguyên nhân chính làm cho thời gian nằm viện kéo dài.

4.4.6. Tai biến, biến chứng

Cũng như các phẫu thuật khác, phẫu thuật UXTC cũng có những tai biến và biến chứng xảy ra trong và sau quá trình phẫu thuật như: chảy máu, nhiễm trùng và tổn thương các tạng ...

- Theo bảng 3.28, trong 456 bệnh nhân phẫu thuật UXTC có 432 ca thành công chiếm 95,6% và 24 ca có tai biến, biến chứng chiếm 5,3%, trong đó 3 ca tụ máu móm cắt, 7 ca nhiễm trùng móm cắt và 15 ca nhiễm trùng thành bụng, kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Phương Loan [12] (3,6%).

Không có ca nào tổn thương tạng và không có ca nào tử vong.

Trong các phương pháp phẫu thuật tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu mủm cắt gập cao, điều này cho thấy kỹ thuật thực hiện phẫu thuật của các PTV có sự khác biệt, kỹ thuật đóng mủm 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.

KẾT LUẬN

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

1. Đặc điểm chung: tuổi bệnh nhân càng lớn tỷ lệ cắt tử cung càng cao ≥ 40 tuổi có đến 100% cắt tử cung cùng khối u xơ tử cung.

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

- Rối loạn kinh nguyệt: 51,5%
- Kích thước tử cung càng to, tử cung có nhiều u xơ, phần phụ viêm dính hoặc có khối u kèm theo, tử cung di động hạn chế, tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung càng lớn.
- Kích thước tử cung càng to, số lượng u xơ càng nhiều ($\geq 3u$), phần phụ càng viêm dính thì được chỉ định phẫu thuật cắt tử cung.
- BN có tiền sử phẫu thuật vùng bụng dưới đều được chỉ định phẫu thuật cắt tử cung.

3. Phương pháp xử trí và kết quả phẫu thuật:

- Tỷ lệ bóc u xơ tử cung bảo tồn: 1,3%
- Cắt tử cung bán phần: 26,8%
- Cắt tử cung hoàn toàn: 71,9%
- Thái độ xử trí phần phụ ≥ 45 tuổi cắt 2 phần phụ: 91,9%; < 45 tuổi chủ yếu bảo tồn 2 phần phụ: 88,2%
- Thời gian phẫu thuật trung bình: $66,4 \pm 18,2$
- Thời gian nằm điều trị sau mổ trung bình: $7,4 \pm 2,1$

- Dùng thuốc giảm đau sau mổ: 100%
- Tai biến biến chứng: 5,5% (tụ máu móm cắt: 0,7%, nhiễm trùng móm cắt: 1,5%, nhiễm trùng thành bụng: 3,3%). Tất cả các tai biến đều được điều trị nội khoa.

KIẾN NGHỊ

- Cần chú trọng việc 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.

- Làm tốt công tác đào tạo các phẫu thuật viên cho các tuyến đặc biệt các phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật cao như phẫu thuật bóc u xơ, cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường âm đạo, 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**, (1999), “U xơ tử cung”, *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*, Nhà xuất bản Y học. p. 88- 107.
2. **Vũ Nhật Thăng**, (2005), “U xơ tử cung”, *Sản Phụ khoa NXB Y học*. p. 398 – 402.
3. **Nguyễn Đức Vy, Nguyễn Đức Hình**, (2005), “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*. Nghiệm thu tháng 8/2005.
4. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi**, (2001), “Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ - Sản Từ Dũ”, *Tạp chí Phụ - Sản số 2*. p. 29 - 32.
5. **Monnier J. E., B.C.** ,(1986), “L ’association Fibrome et grossesse. A props de 51 observations Releve’e d’avril 1976 à décembre1984”. *Revue Francaise de gynecol et obstet.*.
6. **Nguyễn Đình Tời**, (2001), “Bước đầu đánh giá ưu nhược điểm của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo tại Viện BVBM TSS”, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội*.
7. **Reich H**, 2003, “Laparoscopic hysterectomy”. *International for Gynecologic endoscopy.*. 9(2).
8. **Nguyễn Văn Giáp**, (2006), “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 II Đại học Y Hà Nội*.
9. **Nguyễn Thị Thu Hường**, (2008), “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*.
10. **Kovac SR**, 2000, “Vaginal hysterectomy with and without hysterectomy back to the future ? ”, *Am j Obstet Gynaecol*.

11. **Hoàng Văn Kết**, (2003) , “Nhận xét tình hình điều trị u xơ tử cung tại Viện BVBM TSS năm 2002”, *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa Đại học Y Hà Nội*.
12. **Nguyễn Thị Phương Loan**, (2005), “Nghiên cứu tình hình sử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản trung ương năm 2004”, *Luận văn bác sỹ chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội*.
13. **Nguyễn Nguyên Ngọc**, (2007), “Tình hình phẫu thuật điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ - Sản trung ương tháng 2/2007- 6/2007”, *Luận văn thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội*.
14. **Seracchioli R, V.S.**, (2002), “Total laparoscopic hysterectomy compared with abdominal hysterectomy the presence of a large uterus”. J Am Assoc Gynecol laparosc 2002 Aug,.
15. **Trương Quang Vinh**, (2001) , “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”, *Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y khoa Huế*. p. 67 - 68.
16. **Bộ môn Huyết học – truyền máu Trường Đại học y Hà Nội** (2004), “Phân loại thiếu máu”, *Bài giảng Huyết học Truyền máu*. NXB y học , Tr. 158.
17. **Cao Thị Thúy Anh**, (2010), “Tình hình phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010”, *Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II*.
18. **Đinh Tố Liên**, (2002), “Nhận xét về điều trị UXTC có biến chứng chảy máu tại viện BVBM TSS năm 2000-2001”, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội*.
19. **Dương Thị Cương** (1978), “Các tổn thương ở cổ tử cung”. *Bài giảng Sản Phụ khoa* NXB Y học, Tr. 319- 397.

20. **Dương Thị Cường** (1991), “ U xơ tử cung” *Bách khoa thư bệnh học tập 1* nhà xuất bản trung tâm quốc gia biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Tr. 282.
21. **Phan Trường Duyệt** (1998), “ Giải phẫu có liên quan đến phẫu thuật ở tử cung”. *Phẫu thuật Sản Phụ khoa* nhà xuất bản Y học Hà Nội, Tr. 330 – 350
22. **Phan Trường Duyệt** (1998), “Phẫu thuật ở tử cung qua đường bụng”. *Phẫu thuật Sản Phụ khoa* , NXB Y học Hà Nội, Tr. 386 - 535.
23. **Phan Trường Duyệt** (1998), *Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo*” NXB Y học, Tr. 506.
24. **Phan Trường Duyệt** (1999), “ Siêu âm chẩn đoán những thay đổi ở tử cung” *Kỹ thuật siêu âm và ứng dụng trong Sản Phụ khoa*. NXB khoa học kỹ thuật Hà Nội, Tr. 372 – 348.
25. **Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ** (2003), “ U xơ tử cung”. *Lâm sàng Sản Phụ khoa*. NXB Y học, Tr. 442
26. **Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách** (2003), “Biến chứng của phẫu thuật nội soi”, *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, NXB Y học Hà Nội, Tr. 387-406.
27. **Nguyễn Đức Hình** (2005), “Tổng kết chặng đường 10 năm nội soi ổ bụng của bệnh viện Phụ Sản trung ương”, *Nội san Sản Phụ khoa số đặc biệt, Hội nghị đại biểu Hội Sản Phụ khoa và Sinh đẻ kế hoạch Việt Nam khóa XV kỳ họp thứ 3*, Tr. 107-114.
28. **Nguyễn Đức Hình** (2000), “Kỹ thuật soi buồng tử cung”. *Nội soi trong Sản Phụ khoa* NXB Y học, Tr. 108.
29. **Vương Tiến Hòa** (200), “ Khối u sinh dục nữ”. *Sức khỏe sinh sản* NXB Y học, Tr. 240 – 257.
30. **Vương Tiến Hòa** (2001), “ U xơ tử cung và thai nghén”, *các khối u sinh dục và thai nghén*, NXB Y học, Tr. 1997.

31. **Đỗ Kính** (1998), “Tử cung”, *mô học* nhà xuất bản Y học Tr 420 – 428
32. **Trần Văn Kỳ** (1993), “U xơ tử cung”, *Điều trị Phụ khoa đông y* NXB Y học, Tr. 99 – 100.
33. **Đỗ Ngọc Lan** (2000), “Tai biến, biến chứng của nội soi trong phẫu thuật phụ khoa”. *Nội soi trong Phụ khoa*. NXB Y học, Tr. 43-44.
34. **Nguyễn Khắc Liêu** (2000), “Rong kinh, rong huyết”, *Bài giảng Sản Phụ khoa*. NXB Y học, Tr. 253 – 258.
35. **Nguyễn Khắc Liêu** (2000), “Sinh lý phụ khoa”. *Bài giảng Sản Phụ khoa* NXB Y học, Tr. 235 – 238.
36. **Nguyễn Trọng Lưu** (2004), “Kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi”, *Bài giảng nội soi cơ bản*, Bệnh viện Phụ - Sản Từ Dũ.
37. **Nguyễn Thị Phương Mai** (2009), “*Tình hình bóc nhân xơ tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ - Sản trung ương từ tháng 1/2005 - 6/2009*”. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội.
38. **Trần Thị Phương Mai** (2006), “U xơ tử cung” *bài giảng Sản - Phụ khoa sau đại học*, nhà xuất bản Y học Hà Nội, Tr. 311 – 315.
39. **Đinh Thế Mỹ** (1997), “U xơ tử cung”, *lâm sàng Sản -Phụ khoa nhà xuất bản Y học*, Tr. 435 – 443.
40. **Đặng Thị Minh Nguyệt** (2009), “*Soi buồng tử cung và các bệnh lý buồng tử cung*”. NXB Y học, Tr. 15 - 45.
41. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi** (2005), “*Đánh giá bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bóc nhân xơ tử cung*”, *Nội san Sản - Phụ khoa* 2005, Tr. 115- 121.
42. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Chu Thị Bá** và cộng sự (2004), “*Tình hình phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ - Sản Từ Dũ từ 1997-2003*”, *Hội nghị Việt Pháp về sản phụ khoa vùng châu Á Thái Bình Dương lần thứ IV*, Tr. 7-20.

43. **Nguyễn Phước Bảo Quân** (2002), “Cơ quan cấu trúc vùng chậu”. *Siêu âm mô bụng tổng quát*, NXB Y học, Tr. 504.
44. **Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diêu** (2004), “*ATLAS giải phẫu người*” Nhà xuất bản Y học, Tr. 400.
45. **Lê Quang Thanh, Lê Thị Anh Thư** (10/2005), “Những phương pháp điều trị u xơ tử cung”, *tạp chí thời sự Y dược học* bộ 10 số 5, Tr. 293 – 300.
46. **Đỗ Minh Thịnh** (2007), “*Đánh giá phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo tại bệnh viện Phụ - Sản trung ương từ 2003 – 2007*”. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội.
47. **Đinh Ngọc Thơm** (2006), “*Nhận xét tình hình phẫu thuật bóc u xơ tử cung tại bệnh viện phụ - Sản trung ương từ tháng 1/ 2004 – 6/ 2006*”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II.
48. **Hồ Văn Thu** (2001), “*Nghiên cứu tình hình u xơ tử cung ở người có thai điều trị tại bệnh viện Phụ - Sản trung ương trong 5 năm 1996 - 2000*”, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
49. **Kim Trang** (2003) “*Làm tắc động mạch tử cung là phương pháp hiệu quả điều trị U XTC*”, Tuần tin tức qua mạng internet số 4.
50. **Vũ Thị Thanh Vân** (2002), “*Nghiên cứu kết quả phẫu thuật bóc tách nhân xơ tử cung tại bệnh viện Phụ - Sản trung ương trong 5 năm 1996 – 2000*”, Luận văn thạc sỹ Y học Đại học Y Hà Nội.
51. **Johnson N., Barlow D., Lethaby A., Tavender E., Curr E., Garry R.** (2006). “Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease”, *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 19, (2): CD003677.

52. **Kette LM., Murphy AA., Morales AJ., Yen SS.** (1994), "Clinical efficacy of the antiprogestosterone RU486 in the treatment of endometriosis and uterine fibroids", *Hum Reprod Jun*; 9 Suppl 1:1 16-20.
53. **Kirsten Hald MD., Anton Langebrekke MD., Nils Einon Klow MD., Hans Jorgen Noreng MD., Anetli Bugge Berg MD and Olav Istre MD.** (2004), "Laparoscopic occlusion of uterine vessels for the treatment of symptomatic fibroids. Initial experience and comparison to uterine artery embolization", *Jan Vol* 190, pp. 37 - 43.
54. **Kovac SR** (2000), "Vaginal hysterectomy with and without hysterectomy back to the future ?", *Am j Obstet Gynaecol, jun*, 182(6): 1648-9.
55. **Lamboudi E., Boukerrou M., Cosson M., Querleu D., Crepin G.,** (2001), "Hysterectomy for benign lesion peroperation and early postoperative complication", *Ann chir*, May: 125 (4): 340 - 5.
56. **Mahbouni M., Roton M.** (2001), "Management of uterine fibromas. Report of 219 cases", *Tunis Med.*, T 79 (10), pp. 515 - 520.
57. **Morelli M., Caruso M.**(2007), "Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a prospective randomized trial", *Minerva Gynecol.* Apr, 59(2): 99-105.
58. **O'Hanlan KA, Lopez L** (2003), "Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a prospective randomized trial ", *Minerva Gynecol.* Apr, 59(2): 99-105.
59. **Plozynski. A** (1997), "Surgical treatment of uterine myoma need for surgery and long- term result", *Ginekolog pol sep*, 68 (9): 423 – 6.
60. **Reich H.** (2003), "Laparoscopic hysterectomy", *International for Gynecologic endoscopy*, June, volume 9, issue 2.
61. **Shen CC., Wu MP., Kung FT.** (2003), "Major complication associated with laparoscopic – assisted vaginal hysterectomy". *JAn Assoc Gynecol laparosc.* May; 10(2): 147-53.

62. **Sheth SS, Malpani AN.** (1995), "Vaginal hysterectomy following previous cesarean section", *Int J Gynaecol Obstet*, Aug, 50(2):165-9.
63. **Simkin S** (1996), Psychiatric and psychological aspects of hysterectomy, *BMJ*, 313(1), pp 231.
64. **Sizzi O, Paparella P** (2004) "And unsuccessful access to the ovaries or failed uterine mobilization: changing trends", *JSLS*, oct-Dec, 8(4): 339-46.
65. **Switla I., Cossion M., Lavin D., Querler D., Crepin G.** (1998), "Does vaginal hysterectomy has an interest for large uterus of more than 500g (comparision with laparotomy)". *JGyn & Obs Biol Repro*; 27; pp. 585-592.
66. **Diluca D.** (1981), Fibrome et grossesse à propos de 476 cas thèse Paris.
67. **Buttram V.C., Reiter R.C.,** (1981), Uterine leiomyoma : etiology, Symptomatology and management *Fertil Steril*, T.36 : P. 433 – 445
68. **Mahbouli S.,** (2001), Management of oterine fibromas. Report of 219 cases, *Tunis Med.*, T79(10) : P.515 – 520.
69. **Glevin K., Palvio P.,** (1990) Uterine myomas in prenancy, *Acta Obstet Gynecol. Scand*, T69 : P617 – 619
70. **Ploszynski A.** (1997), Surgical treatment of uterine myoma need for surgeyry and long-term result, *Ginekol Pol Sep* ; 68(9) : 423 – 6
71. **Elizabeth A., Stewart.,** (2001), Uterine Fibroids, *Lancet Vol 357*: 293-98
72. **Garcia C-R., Tereck RW.,** (1984), Submucosal leiomyomas and infertility, *Fertil steril*, T.42 :P.16 – 19
73. **Ahmad A., Qadan L., Hassan N., Najarian K.,** (2002), Uterine artery embolization treatment of uterine fibroids : effect on ovarian function in younger women, *J Vasc Interv Radio. Oct* ; 13 (10) : 1017-20.

MẪU PHIẾU ĐIỀU TRA THU THẬP SỐ LIỆU

I. Hành chính:

- Số bệnh án.....Số thứ tự.....
- Họ và tên.....tuổi.....
- Ngày vào viện.....ngày ra viện.....
- Nghề nghiệp: Nông dân ☐, Công nhân ☐, Cán bộ ☐, Nội trợ ☐, Khác ☐
- Nơi sinh sống: Thành thị ☐, Nông thôn ☐

II. Tiền sử:

1. Tiền sử nội khoa: Có ☐, không ☐
2. Tiền sử sản khoa:
 - Số lần đẻ: Chưa đẻ ☐, đẻ 1 ☐, đẻ 2 ☐, đẻ ≥ 3 ☐
 - Số con hiện tại: Không ☐, 1 ☐, 2 ☐, ≥ 3 ☐
3. Tiền sử phụ khoa: Chưa mổ ☐, mổ lấy thai ☐
Mổ phụ khoa ☐, mổ khác vùng bụng ☐
Mãn kinh ☐, chưa mãn kinh ☐.

III. Tình trạng người bệnh trước phẫu thuật:

- Ra máu: Có ☐, không ☐ - RL Tiêu hóa: Có ☐, không ☐
- Đau tức hạ vị: Có ☐, không ☐ - RL Tiết niệu: Có ☐, không ☐
- Ra khí hư âm đạo: Có ☐, không ☐
- Chiều cao:.....Cân nặng.....BMI.....
- Kích thước tử cung qua thăm khám: Bình thường ☐, < 8 tuần ☐
 $8 - 12$ tuần ☐, > 12 tuần ☐.
- Vị trí u xơ qua thăm khám và siêu âm: Thân TC ☐, eo ☐, cổ tử cung ☐
dây chằng rộng ☐, lan toả ☐
- Số lượng khối u: 1 ☐, 2 ☐, ≥ 3 ☐, kích thước lớn nhất :.....cm
- Di động tử cung: Bình thường ☐, hạn chế ☐, không di động ☐
- Tình trạng 2 phần phụ: Bình thường ☐, viêm dính ☐, khối u ☐, khác ☐
- Tình trạng cổ tử cung: Bình thường ☐, viêm ☐, lộ tuyến ☐, Polip ☐, khác ☐

- Tình trạng thiếu máu: Bình thường ☐, nhẹ ☐, trung bình ☐, nặng ☐
- Chụp BTC: Có ☐, không ☐
- Soi buồng tử cung: Có ☐, không ☐

IV. Đánh giá sau phẫu thuật:

- Trọng lượng tử cung (gam): < 200 ☐, 200-300 ☐, > 300 ☐
- Bóc bảo tồn TC: ☐, Cắt TCBP: ☐, Cắt TCHT: ☐
- Thái độ xử trí phần phụ: Để lại 2 PP ☐, cắt 1 PP ☐, cắt 2 PP ☐
- Phương pháp trừ đau: TTS ☐, NKQ ☐
- Giải phẫu bệnh sau mổ: cú ☐ khụng ☐
- Thời gian phẫu thuật < 60p ☐, 60-90p ☐, >90-120p ☐, >120p ☐
- Số ngày nằm viện sau mổ 1-2 ☐, 3-4 ☐, 5-6 ☐, ≥ 7 ☐
- Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 2 sau mổ: có ☐, khụng ☐
- Dùng thuốc không sinh: Dự phũng ☐, điều trị ☐
- Truyền máu: Trước mổ ☐, trong mổ ☐, sau mổ ☐

V. Tính chất phẫu thuật:

- Cấp cứu ☐, cấp cứu có trì hoãn ☐, mổ phiên ☐

VI. kết quả phẫu thuật

- Thành cụng ☐ thất bại ☐

VII. Tai biến trong mổ:

- Chảy máu nhiều: Khâu cầm máu ☐, thắt động mạch hạ vị ☐
- Tổn thương hệ tiết niệu: BQ ☐, Niệu quản ☐, BQ + NQ ☐
- Tổn thương hệ tiêu hoá: Ruột non ☐, đại tràng ☐

VIII. Tai biến sau mổ:

Chảy máu móm cắt ☐ Tụ máu móm cắt ☐ Chảy máu thành bụng ☐ Nhiễm trùng móm cắt ☐ Nhiễm trùng thành bụng ☐

- Xử trí:
- Thời gian phát hiện:
- Số lượng máu mất:
- Đơn vị máu truyền sau mổ:

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI


LÊ THỊ HUYỀN

**NGHIÊN CỨU VỀ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ - SẢN THANH HÓA**

Chuyên ngành: SẢN - PHỤ KHOA
Mã số: 62721303

LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. PHẠM BÁ NHA

HÀ NỘI - 2014

Lời cảm ơn

Với tất cả tấm lòng kính trọng tôi xin bày tỏ sự biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Phạm Bá Nha, mđc d□ bốn rđt nhiều cāng vi□ nh- ng th□y ă□ tổn t□nh h- □ng d□h, truyūn ă□t nhệng kinh nghi□m qu□bỹu, k□p th□i u□h n□h s□a chệa nhệng sai s□t, khāng ng□ng ă□ng vi□n tài trong su□t th□i gian h□c t□p và nghi□h c□u.

Tôi xin bày tỏ sự biết ơn trước các ý kiến đóng góp quý giá của: Giáo sư, Tiến sĩ các nhà khoa học trong Hội đồng thành qua buổi họp, Hội đồng chủ luận với để cho tài liệu nghiên cứu kỹ lưỡng giúp tài liệu hoàn thành luận văn này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn:

- Ông u, Ban giũm hi, phĐng ào tồ sau ă h Tr- hng i h Y Hà N.

- Ban giám đốc, Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Phòng Nghiên cứu khoa học
Bệnh viện Phổi Thanh Hóa

Tài xin chân thành cảm ơn sâu sắc tập *Ban giám đốc Sở Y tế Thanh Hóa, Đảng ủy, Ban Giám đốc, Khoa phụ sản Thanh Hóa*, nòng tằm càng tực, ãn tởm mỗ ãi uừ kiờn thuốn lĩ cho tằm trong quỹ trỡnh hũc tốp.

Tài chân thành cảm ơn các anh chị, bố mẹ và gia đình trong quỹ trình học tập và thực hiện nghiên cứu này.

Cuối cùng nhặng lại cảm thấy không thể chịu đựng tình hình của tài sản và căng
 lao, sống vất vả, khốn khổ nên quyết định và tổn thất của *Cha, Mẹ, Chồng, Anh
 chị em, cùng các con* của tài và nhặng ng- thân trong gia đình để chia sẻ
 khó khăn và tài trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Hà Nội, ngày 14 tháng 9 năm 2014

Lê Thị Huyền

LỜI CAM ƠI

Tôi xin cam đoan đề tài nghiên cứu "**Nghiên cứu về điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ - Sản Thanh Hóa từ 1/7/2013 đến 31/6/2014**" là đề tài do tự bản thân tôi thực hiện.

Các số liệu trong bản luận văn là hoàn toàn trung thực, chưa từng được công bố ở bất kỳ công trình nào khác

Tác giả

Lê Thị Huyền

CHỮ VIẾT TẮT

ÂĐ	Âm đạo
BMI	Chỉ số khối cơ thể (body mass index)
BTC	Buồng tử cung
BVPSTU	Bệnh viện Phụ Sản trung ương
BN	Bệnh nhân
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
CI	Khoảng tin cậy
Hb	Hemoglobin
K	Ung thư
NS	Nội soi
NT	Nhiễm trùng
PP	Phương pháp
PTNS	Phẫu thuật nội soi
PT	Phẫu thuật
PTV	Phẫu thuật viên
TC	Tử cung
UXTC	U xơ tử cung
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
OR	Tỷ suất chênh (Odds Ratio)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	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.....	8
1.1.3. Đáy chậu	8
1.2. U xơ tử cung.....	8
1.2.1. Định nghĩa.....	8
1.2.2. Dịch tễ 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.....	9
1.2.5. Chẩn đoán u xơ tử cung	10
1.2.6. Tiến triển và biến chứng	12
1.2.7. Điều trị UXTC	15
1.3. Các phương pháp phẫu thuật điều trị UXTC	16
1.3.1. Phẫu thuật bóc tách u xơ tử cung.....	16
1.3.2. Phẫu thuật cắt tử cung.....	18
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	25
2.1. Đối tượng	25
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	25
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	25
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	26
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	26
2.2.2. Cỡ mẫu tính theo công thức.....	26
2.2.3. Cách tiến hành nghiên cứu	27
2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	32
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	33
3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu	33
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	33

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	34
3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo địa dư.....	34
3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo số con	35
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	35
3.2.1. Triệu chứng lâm sàng	35
3.2.2. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử sản khoa, phụ khoa	36
3.2.3. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử nội khoa	37
3.2.4. Triệu chứng cận lâm sàng.....	38
3.3. Nhận xét về xử trí và kết quả phẫu thuật	40
3.4. Kết quả phẫu thuật điều trị UXTC	46
3.4.1. Thời gian phẫu thuật	46
3.4.2. Số ngày nằm viện sau mổ	47
3.4.3. Thái độ xử trí phần phụ	47
3.4.4. Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ	48
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	50
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	50
4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	50
4.1.2. Nghề nghiệp và địa dư của đối tượng nghiên cứu.....	51
4.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	51
4.3. Các yếu tố liên quan tới phương pháp phẫu thuật	56
4.4. Kết quả phẫu thuật điều trị UXTC	58
4.4.1. Thời gian phẫu thuật.....	58
4.4.2. Thái độ xử trí phần phụ	58
4.4.3. Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ	59
4.4.4. Sử dụng thuốc kháng sinh.....	60
4.4.5. Số ngày nằm viện sau mổ	61
4.4.6. Tai biến, biến chứng	61
KẾT LUẬN	63
KIẾN NGHỊ.....	63
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	33
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	34
Bảng 3.3.	Triệu chứng lâm sàng.....	35
Bảng 3.4.	Tiền sử sản khoa, phụ khoa.....	36
Bảng 3.5.	Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể.....	37
Bảng 3.6.	Phân bố bệnh nhân theo độ di động tử cung.....	38
Bảng 3.7.	Phân bố bệnh nhân theo tình trạng phần phụ.....	38
Bảng 3.8.	Phân bố bệnh nhân theo số lượng nhân xơ	38
Bảng 3.9.	Vị trí nhân xơ tử cung khi mổ.....	39
Bảng 3.10.	Phân bố bệnh nhân theo mức độ thiếu máu	40
Bảng 3.11.	Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật	40
Bảng 3.12.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi và phương pháp phẫu thuật	41
Bảng 3.13.	Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp và PT bảo tồn tử cung	41
Bảng 3.14.	Phân bố bệnh nhân theo số con và phương pháp phẫu thuật.....	42
Bảng 3.15.	Tiền sử bệnh nội khoa và phương pháp phẫu thuật	42
Bảng 3.16.	Tiền sử mổ vùng tiểu khung và phương pháp phẫu thuật	43
Bảng 3.17.	Chỉ số BMI và phương pháp phẫu thuật.....	43
Bảng 3.18.	Tình trạng thiếu máu và phương pháp phẫu thuật	44
Bảng 3.19.	Kích thước TC và phương pháp phẫu thuật.....	44
Bảng 3.20.	Số lượng u xơ và phương pháp phẫu thuật.....	45
Bảng 3.21.	Độ di động của tử cung với phương pháp phẫu thuật.....	45
Bảng 3.22.	Tình trạng 2 phần phụ và phương pháp phẫu thuật	46
Bảng 3.23.	Thời gian phẫu thuật	46
Bảng 3.24.	Số ngày nằm viện sau mổ	47
Bảng 3.25.	Thái độ xử trí phần phụ theo tuổi	47

Bảng 3.26.	Dùng thuốc giảm đau ngày thứ 02 sau mổ	48
Bảng 3.27.	Kết quả sử dụng kháng sinh.....	48
Bảng 3.28.	Các tai biến sau mổ	49
Bảng 4.1.	So sánh tuổi trung bình phẫu thuật UXTC	50
Bảng 4.2.	So sánh tuổi hay gặp với các tác giả.....	50
Bảng 4.3.	So sánh triệu chứng ra máu cầu UXTC với các tác giả.....	52
Bảng 4.4.	So sánh nhóm kích thước TC 8 – 12 tuần giữa các tác giả.....	52
Bảng 4.5.	So sánh tỷ lệ thiếu máu giữa các tác giả.....	54
Bảng 4.6.	So sánh tỷ lệ bệnh nhân chưa có con điều trị UXTC.....	55

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo địa dư	34
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo số con	35
Biểu đồ 3.3. Phân bố bệnh nhân theo kích thước tử cung	36
Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh nội khoa	37
Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tính chất khối u	39

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu tử cung và phần phụ nhìn mặt sau	3
Hình 1.2. Tử cung và liên quan	6
Hình 1.3. Vị trí u xơ tử cung	10