

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**



**NGUYỄN THỊ TÚ ANH**

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG  
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO  
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA  
NĂM 2019 - 2020**

**LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II**

**HÀ NỘI - 2022**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN THỊ TÚ ANH

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG  
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ Đ- ỜNG ÂM ĐẠO  
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA  
NĂM 2019 - 2020**

Chuyên ngành : Sản phụ khoa

Mã số : 67721301

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

*Người hướng dẫn khoa học:*

**PGS.TS. PHẠM HUY HIỀN HÀO**

**HÀ NỘI - 2022**

## LỜI CẢM ƠN

Nhân dịp hoàn thành luận văn, cho phép tôi bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn chân thành tới:

Đảng ủy, Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo sau đại học, Bộ môn Phụ sản trường Đại học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện thuận lợi giúp tôi học tập và hoàn thành luận văn.

Ban giám đốc, các khoa phòng – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương đã giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình học tập tại bệnh viện.

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập, lấy số liệu, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Phạm Huy Hiền Hào, người thầy đã tận tình dạy dỗ, hướng dẫn, cung cấp cho tôi những kiến thức phương pháp luận quý báu và trực tiếp hướng dẫn tôi thực hiện luận văn này.

Với lòng kính trọng và biết ơn tôi xin chân thành cảm ơn tới các Giáo sư, Tiến sĩ trong hội đồng thông qua đề cương và hội đồng chấm luận văn tốt nghiệp đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi vô cùng biết ơn các thầy cô, bạn bè, đồng nghiệp đã động viên và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn vô hạn tới những người thân trong gia đình đã luôn cảm thông, chia sẻ, động viên và hết lòng vì tôi trong cuộc sống cũng như trên con đường nghiên cứu khoa học.

Hà Nội, ngày 20 tháng 1 năm 2022

**Nguyễn Thị Tú Anh**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là **Nguyễn Thị Tú Anh** học viên lớp chuyên khoa II, chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội xin cam đoan:

1. Đây là Luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Phạm Huy Hiền Hào

2. Công trình nghiên cứu 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 20 tháng 1 năm 2022*

**Học viên**

**Nguyễn Thị Tú Anh**

## **CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

<b>ÂĐ</b>	<b>: Âm đạo</b>
<b>BTC</b>	<b>: Buồng tử cung</b>
<b>BVPSHN</b>	<b>: Bệnh viện phụ sản Hà Nội</b>
<b>BVPSTH</b>	<b>: Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa</b>
<b>BVPSTW</b>	<b>: Bệnh viện phụ sản Trung Ương</b>
<b>CTC</b>	<b>: Cổ tử cung</b>
<b>CTCĐAĐ</b>	<b>: Cắt tử cung đường âm đạo</b>
<b>CTCNS</b>	<b>: Cắt tử cung nội soi</b>
<b>FIGO</b>	<b>: Fédération Internationale de Gynécologie etd'Obstétrique</b>
<b>Hb</b>	<b>: Hemoglobin</b>
<b>PTNS</b>	<b>: Phẫu thuật nội soi</b>
<b>RLKN</b>	<b>: Rối loạn kinh nguyệt</b>
<b>TC</b>	<b>: Tử cung</b>
<b>UXTC</b>	<b>: U xơ tử cung</b>

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. Giải phẫu tử cung.....	3
1.1.1. Kích thước vị trí tử cung trong tiểu khung.....	3
1.1.2. Hình thể ngoài và liên quan. ....	4
1.1.3. Phương tiện giữ tử cung. ....	6
1.1.4. Mạch máu. ....	8
1.1.5. Thần kinh.....	9
1.2. U xơ tử cung .....	9
1.2.1. Dịch tễ học.....	9
1.2.2. Phân loại u xơ tử cung.....	10
1.2.3. Chẩn đoán u xơ tử cung .....	11
1.3. Kỹ thuật cắt tử cung.....	13
1.3.1. Phương pháp cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi .....	13
1.3.2. Phương pháp cắt tử cung đường âm đạo.....	16
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>23</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	23
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn .....	23
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ .....	23
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	23
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	23
2.2.2. Cỡ mẫu .....	23
2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	24
2.2.4. Các biến số nghiên cứu. ....	24
2.3. Xử lý và phân tích số liệu. ....	26
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. ....	27

<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>28</b>
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	28
3.1.1. Phân bố tỷ lệ cắt tử cung qua các năm .....	28
3.1.2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu .....	29
3.1.3. Nghề nghiệp .....	30
3.1.4. Tiền sử sản khoa.....	31
3.1.5. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng của đối tượng nghiên cứu.....	32
3.1.6. Tiền sử phụ khoa .....	32
3.1.7. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu.....	33
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.....	34
3.2.1. Triệu chứng lâm sàng.....	34
3.2.2.Đặc điểm cận lâm sàng.....	35
3.3. Kết quả phẫu thuật .....	37
3.3.1. Phương pháp vô cảm.....	37
3.3.2.Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật .....	38
3.3.3. Thời gian phẫu thuật.....	39
3.3.4. Ảnh hưởng của trọng lượng tử cung tới thời gian phẫu thuật.....	40
3.3.5. Ảnh hưởng của chỉ số khối cơ thể với thời gian phẫu thuật .....	42
3.3.6. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật .....	42
3.3.7. Diễn biến sau mổ .....	43
3.3.8. Thay đổi nồng độ Hemoglobin sau mổ so với trước mổ .....	45
3.3.9. Thời gian nằm viện sau mổ .....	45
3.3.10. Tỷ lệ thành công mỗi phương pháp phẫu thuật.....	46
3.3.11. Các tai biến trong và sau mổ. ....	47
<b>Chương 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>48</b>
4.1. Tỷ lệ cắt tử cung. ....	48
4.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. ....	49

4.2.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu. ....	49
4.2.2. Nghề nghiệp. ....	50
4.2.3. Tiền sử sản khoa.....	50
4.2.4. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng.....	51
4.2.5. Tiền sử phụ khoa. ....	53
4.2.6. Chỉ số khối cơ thể.....	54
4.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.....	55
4.3.1. Triệu chứng lâm sàng.....	55
4.3.2. Đặc điểm siêu âm.....	56
4.3.3. Tình trạng thiếu máu trước mổ.....	57
4.4. Kết quả phẫu thuật.....	58
4.4.1. Phương pháp vô cảm.....	58
4.4.2. Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật.....	59
4.4.3. Thời gian phẫu thuật.....	60
4.4.4. Ảnh hưởng của trọng lượng tử cung tới thời gian phẫu thuật.....	61
4.4.5. Ảnh hưởng của chỉ số khối cơ thể lên thời gian phẫu thuật.....	62
4.4.6. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật.....	62
4.4.7. Diễn biến sau mổ.....	64
4.4.8. Thay đổi nồng độ Hemoglobin sau mổ so với trước mổ.....	67
4.4.9. Thời gian nằm viện sau mổ.....	68
4.4.10. Tỷ lệ thành công mỗi phương pháp và các tai biến trong và sau mổ.....	70
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>73</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>75</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Tuổi của đối tượng nghiên cứu .....	29
Bảng 3.2.	Số lần đẻ của những bệnh nhân được cắt tử cung .....	31
Bảng 3.3.	Tiền sử phẫu thuật ổ bụng.....	32
Bảng 3.4.	Tiền sử phụ khoa.....	32
Bảng 3.5.	Chỉ số khối cơ thể .....	33
Bảng 3.6.	Triệu chứng cơ năng .....	34
Bảng 3.7.	Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng.....	35
Bảng 3.8.	Kích thước u xơ trên siêu âm .....	35
Bảng 3.9.	Vị trí u xơ tử cung trên siêu âm .....	36
Bảng 3.10.	Số lượng u xơ tử cung trên siêu âm .....	36
Bảng 3.11.	Huyết sắc tố trước mổ .....	37
Bảng 3.12.	Phương pháp vô cảm.....	37
Bảng 3.13.	Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật .....	38
Bảng 3.14.	Thời gian phẫu thuật .....	39
Bảng 3.15.	Liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và thời gian phẫu thuật .....	42
Bảng 3.16.	Tỷ lệ cắt phần phụ trong phẫu thuật.....	42
Bảng 3.17.	Tình trạng sốt của người bệnh sau mổ .....	43
Bảng 3.18.	Thời gian trung tiện sau mổ .....	43
Bảng 3.19.	Thời gian hồi phục vận động sau mổ .....	44
Bảng 3.20.	Thời gian nằm viện sau mổ .....	45
Bảng 3.21.	Tỷ lệ thành của phương pháp CTCĐAĐ và CTCNS .....	46
Bảng 3.22.	Các tai biến trong và sau mổ .....	47
Bảng 4.1.	Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu của một số tác giả .....	49

Bảng 4.2.	Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng của một số tác giả .....	51
Bảng 4.3.	BMI trung bình các đối tượng nghiên cứu của một số tác giả.....	54
Bảng 4.4.	Trọng lượng tử cung trung bình sau phẫu thuật của một số tác giả	59
Bảng 4.5.	Thời gian phẫu thuật trung bình của các tác giả .....	60
Bảng 4.6.	Tình trạng sốt sau mổ của một vài tác giả .....	64
Bảng 4.7.	Sự thay đổi nồng độ Hemoglobin sau mổ so với trước mổ của một số tác giả.....	67
Bảng 4.8.	So sánh thời gian nằm viện sau mổ của một vài nghiên cứu.....	69

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các phương pháp cắt tử cung qua các năm.....	28
Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp .....	30
Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung	40
Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung trong phẫu thuật qua đường âm đạo .....	41
Biểu đồ 3.5. Sự sụt giảm nồng độ Hb sau mổ so với trước mổ .....	45

## **DANH MỤC HÌNH**

Hình 1.1. Giải phẫu tử cung và các cơ quan liên quan nhìn từ mặt sau.....	3
Hình 1.2. Hệ thống phân loại u xơ tử cung theo FIGO trong phẫu thuật nội soi...	40

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cắt tử cung chiếm một vị trí quan trọng trong phẫu thuật phụ khoa<sup>1</sup> và là phẫu thuật được thực hiện thường xuyên chỉ sau mổ lấy thai.<sup>2</sup> Theo báo cáo tại trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh tật Mỹ, số ca cắt tử cung là 8,6 triệu ở những phụ nữ > 15 tuổi từ năm 1980 – 1993<sup>3</sup> tại Mỹ và theo một nghiên cứu gần đây tỷ lệ cắt tử cung tại Đan Mạch là 351,1/100.000 phụ nữ từ năm 2000 – 2015.<sup>4</sup>

Cho tới nay, có nhiều phương pháp cắt tử cung như: cắt tử cung qua đường mở bụng, nội soi, đường âm đạo, cắt tử cung nội soi dưới sự hỗ trợ của robot, trong đó cắt tử cung đường âm đạo thường có những ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục nhanh và ít nhiễm trùng hơn so với cắt tử cung đường mở bụng.<sup>5</sup>

Từ khi Reich thực hiện ca đầu tiên cắt tử cung nội soi vào năm 1989 đến nay cắt tử cung nội soi đã phát triển mạnh mẽ về mặt kỹ thuật và trang thiết bị, dụng cụ nội soi và có thể thực hiện được các kỹ thuật bao gồm: cắt tử cung đường âm đạo dưới hướng dẫn của nội soi và cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi.<sup>6</sup> Trái lại, cắt tử cung đường âm đạo được sử dụng phổ biến trong điều trị bệnh lý sa tử cung, mặc dù đã được chứng minh về sự an toàn và hiệu quả song nó vẫn còn chưa được sử dụng nhiều trong phẫu thuật các bệnh lý tử cung không sa.<sup>7</sup>

Nhìn chung trên thế giới, cắt tử cung nội soi được thực hiện phổ biến hơn so với cắt tử cung đường âm đạo. Các bác sỹ phụ khoa thực hiện cắt tử cung hoàn toàn bằng nội soi hoặc cắt tử cung đường âm đạo dưới hướng dẫn nội soi tùy theo sở thích của họ và thông thường khi những bác sỹ chuyên cắt tử cung nội soi thì hầu như họ ít thực hiện cắt tử cung đường âm đạo.<sup>7</sup> Có một số lý do cho việc cắt tử cung nội soi phát triển rộng rãi. Thứ nhất, cắt tử cung nội soi có góc quan sát về mặt giải phẫu tốt hơn, điều này sẽ có nhiều lợi ích vượt trội hơn cắt tử cung đường âm đạo đặc biệt trong các trường hợp lạc nội

mạc tử cung và bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nhiễm trùng vùng chậu. Thứ hai, trong các trường hợp kích thước tử cung lớn và những tử cung sa ít hoặc không sa, cắt tử cung nội soi có thể đơn giản hóa trong việc bóc tách tử cung ra khỏi vị trí bám của chúng ở vùng chậu.<sup>8</sup>

Chắc chắn rằng không thể cắt tử cung đường âm đạo cho tất cả mọi trường hợp nhưng tỉ lệ cắt tử cung đường âm đạo là một chỉ số đánh giá mức độ chuyên biệt hóa trong phẫu thuật phụ khoa của phẫu thuật viên. Cắt tử cung qua đường âm đạo và đường nội soi không phải là phẫu thuật đối ngược nhau mà đã có những đánh giá và cải tiến giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp mổ phù hợp nhất bảo đảm an toàn và tiện lợi tối đa cho từng bệnh nhân tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa ngoài các phẫu thuật mang tính chất cổ điển như: Phẫu thuật cắt tử cung bán phần, cắt tử cung hoàn toàn đường mở bụng thì hiện tại cũng đang triển khai nhiều phương pháp phẫu thuật mới như : Phẫu thuật nội soi cắt tử cung (2013), phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo (2014), phẫu thuật cắt u xơ dưới niêm mạc qua đường nội soi buồng tử cung (2019). Trước đây cũng đã có nghiên cứu về cắt tử cung nội soi và đường âm đạo tại bệnh viện. Tuy vậy việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào vẫn đang còn theo sở thích, sở trường mỗi phẫu thuật viên đôi khi chưa phù hợp với bệnh nhân. Vì vậy để so sánh và có cái nhìn cụ thể ưu nhược điểm của mỗi phương pháp cắt tử cung giúp cho việc lựa chọn bệnh nhân một cách hợp lý nhất, chúng tôi thực hiện đề tài ***“Nhận xét kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi và đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2019-2020”*** với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân cắt tử cung qua nội soi và đường âm đạo do u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2019-2020.*
2. *Nhận xét kết quả điều trị cắt tử cung qua nội soi và đường âm đạo do u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2019- 2020.*



### ***1.1.2. Hình thể ngoài và liên quan.***

Tử cung hình nón cụt, rộng và dẹt ở phía trên, hẹp và tròn ở phía dưới. Tử cung gồm 3 phần là thân, eo và cổ tử cung.

- *Thân tử cung*: Dài 4 cm, rộng 4,5cm có hình thang, rộng phía trên gọi là đáy TC, hai bên đáy TC là hai sừng nơi cắm vào của vòi tử cung. Ngoài ra, còn có dây chằng tròn và dây chằng TC buồng trứng bám vào. Mô tả bề ngoài thân tử cung gồm 2 mặt, đáy và hai bờ bên.

+ Mặt trước dưới: Mặt này lồi, nhìn xuống dưới và ra trước. Phức mạc phủ mặt trước lan xuống tận eo TC, sau đó lật lên phủ mặt trên bàng quang, tạo lên túi cùng bàng quang - tử cung. Qua túi này tử cung liên quan đến mặt trên bàng quang. Phức mạc phủ đoạn thân TC thì dính chặt vào lớp cơ, còn phức mạc ở đoạn eo tử cung thì bám và lớp cơ quan tổ chức liên kết lỏng lẻo dễ bóc tách, ứng dụng trong phẫu thuật mở ngang đoạn dưới lấy thai.

+ Mặt sau trên: Mặt này lồi, nhìn lên trên và ra sau. Phức mạc phủ mặt này xuống tận 1/3 trên thành sau âm đạo, rồi quặt lên phủ mặt trước của trực tràng thành túi cùng tử cung - trực tràng (còn gọi là túi cùng Douglas). Qua túi cùng Douglas tử cung liên quan đến trực tràng, đại tràng và các quai ruột non. Túi cùng Douglas là nơi thấp nhất của ổ phúc mạc vì vậy khi ổ bụng có dịch hoặc máu thì ứ đọng ở đây.

+ Đáy tử cung: Đáy là bờ trên của thân TC, bờ này và tròn, dọc theo bờ đáy TC có dây chằng rộng bám. Giữa hai lá của dây chằng rộng có động mạch tử cung và ống cạnh buồng trứng (là di tích bao thai của vật Wolf và ống Wolf). Đáy tử cung có phức mạc phủ liên tiếp từ mặt trước ra mặt sau. Đáy tử cung liên quan đến các quai ruột non và đại tràng sigma.



- *Eo tử cung*: là đoạn thắt nhỏ nhất của tử cung, ngoài thời kỳ có thai do tử cung dài 0,5cm nằm giữa thân TC và CTC. Khi có thai 3 tháng cuối và chuyển dạ thì eo tử cung giãn ra tạo thành đoạn dưới. Phía trước có phúc mạc phủ lỏng lẻo liên quan tới đáy và túi cùng bàng quang - tử cung và mặt sau bàng quang. Phía sau và hai bên có liên quan giải phẫu giống phần thân TC.

- *Cổ tử cung*: Cổ dài 2,5cm, rộng 2,5cm, cổ tử cung có âm đạo bám vào chia làm 2 phần trong âm đạo và trên âm đạo. Âm đạo bám CTC theo đường chéo lên trên và ra sau, phía trước bám vào 1/3 dưới, phía sau bám vào 1/3 trên, tạo nên cùng độ âm đạo phía sau sâu hơn cùng độ trước âm đạo khoảng 2m.

+ Phần trên âm đạo: Mặt trước CTC dính vào một phần mặt dưới bàng quang bởi tổ chức lỏng lẻo dễ bóc tách, lớp tổ chức này bao gồm 2 lớp: mạc trước cổ tử cung và mạc bao quanh niêm mạc. Mặt sau có phúc mạc che phủ, liên quan tới túi cùng Douglas và túi này liên quan đến mặt trước trực tràng. Hai bên cổ tử cung gần eo tử cung trong đáy dây chằng rộng có động mạch TC và niệu quản. Cách CTC 1,5cm là chỗ bắt chéo của động mạch tử cung và niệu quản, đặc điểm giải phẫu này cần chú ý trong khi cắt tử cung hoàn toàn để tránh gây tổn thương niệu quản.

+ Phần trong âm đạo: CTC được nhìn từ dưới lên trông như mồm cá mè, thò vào trong âm đạo. Đỉnh mồm có lỗ ngoài CTC. Lỗ này tròn ở người chưa đẻ, người đẻ rồi thì bè ngang. Lỗ ngoài CTC cũng giới hạn mép trước và mép sau CTC.

### ***1.1.3. Phương tiện giữ tử cung.***

Tử cung được giữ tại chỗ nhờ:

- Đường bám của âm đạo và 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 thắt 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 thắt 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 tử cung, 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 - 15 cm, 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 các 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 (Mackenrodt):*

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 cùng - mu - sinh dục:*

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

#### **1.1.4. Mạch máu.**

##### **\* Động mạch tử cung.**

Đường đi và liên quan của động mạch tử cung: 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 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 tử cung 1,5 cm.

- 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 TC, động mạch chia ra làm 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.

##### **Ngành bên.**

+ Ngành cho niệu quản tách ở nền dây chằng rộng.

+ Ngành cho bàng quang âm đạo.

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

+ Ngành thân tử cung: có rất nhiều nhánh chạy xiên 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.

**1.1.5. 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.

**1.2. U xơ tử cung**

**1.2.1. Dịch tễ học**

UXTC thường gặp ở phụ nữ 35 tuổi trở lên, chiếm 20%. Đối với phụ nữ da màu (nhất là da đen), tỷ lệ này tăng từ 3 - 4 lần. Nhìn chung UXTC 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 còn cao hơn.<sup>12</sup>



### **1.2.3. Chẩn đoán u xơ tử cung**

#### **1.2.3.1. Lâm sàng**

Đại bộ phận UXTC nhất là khi còn nhỏ thường không có biểu hiện lâm sàng, được phát hiện khi đi khám phụ khoa vì lý do vô sinh, chậm có thai hoặc UXTC được phát hiện trong chương trình sàng lọc sớm ung thư phụ khoa hay qua siêu âm.<sup>12</sup> Cũng có một số trường hợp đi khám vì rối loạn kinh nguyệt và phát hiện ra UXTC.

- Triệu chứng cơ năng

Ra huyết từ tử cung là triệu chứng chính gặp trong 60% trường hợp.<sup>12</sup>

Ra khí hư loãng như nước đặc biệt trước hành kinh thường gặp ở UXTC dưới niêm mạc hoặc UXTC có cuống.

Đau hoặc tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng bên cạnh. Đau dữ dội, đau chói là triệu chứng gợi ý đến biến chứng xoắn của khối UXTC.

Một số triệu chứng khác: đái rắt, bí đái, táo bón mạn tính, phù chi dưới hoặc bệnh nhân có thể tự sờ thấy khối UXTC 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 UXTC nhỏ thăm khám ngoài sẽ không thấy bất thường ổ bụng. Nhưng nếu khối UXTC 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.

### 1.2.3.2. Cận lâm sàng

#### - Siêu âm

Siêu âm là phương pháp tốt nhất xác định vị trí, kích thước, số lượng khối u trước khi phẫu thuật.

+ UXTC dưới thanh mạc: hình ảnh siêu âm là khối âm vang dày đặc khác biệt cơ tử cung có bờ không rõ với cơ tử cung, thường làm biến dạng mặt ngoài tử cung và thay đổi hình dạng tử cung.

+ UXTC phát triển trong cơ tử cung: hình ảnh siêu âm là khối âm vang có bờ thừa hơn tổ chức cơ. Tử cung có thể tích to hơn bình thường và thay đổi hình dạng.

+ UXTC dưới niêm mạc: ít gặp, chiếm 5% trong tổng số UXTC. Trên siêu âm u xơ dưới niêm mạc có hình ảnh là một vùng đậm âm trong buồng tử cung, ranh giới rõ, kích thước tử cung to hơn bình thường, đoạn dưới tử cung phình to ra trong trường hợp UXTC có cuống phát triển xuống dưới.

#### - Chụp buồng tử cung:

Chụp buồng tử cung không phải là kỹ thuật thường quy chẩn đoán UXTC, kỹ thuật này chỉ áp dụng khi chẩn đoán lâm sàng còn chưa rõ, khi mà muốn điều trị bảo tồn tử cung ở người còn trẻ muốn có con hoặc nghi ngờ có kèm theo ung thư niêm mạc tử cung.

#### - 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 vị trí tổn thương, có thể nhìn rõ được UXTC dưới niêm mạc.

#### - Các thăm dò bổ sung khác

UXTC là khối u lành tính nhưng nó có thể kết hợp với 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 cơ tử



cung, soi cổ tử cung và bấm sinh thiết khi có tổn thương nghi ngờ, nạo niêm mạc tử cung làm mô bệnh học....

Trong những trường hợp khó chẩn đoán, đôi khi phải chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ để chẩn đoán và phân biệt.

### **1.3. Kỹ thuật cắt tử cung**

#### **1.3.1. Phương pháp cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi**

##### **1.3.1.1. Các mức kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi**

Trên thế giới có nhiều phân loại mức độ kỹ thuật khác nhau của nhiều tác giả, nhưng tựu chung lại đều dựa vào điểm mốc quan trọng là động mạch tử cung.

Có 3 loại cắt tử cung qua nội soi dựa vào điểm mốc là động mạch tử cung.

- Phẫu thuật nội soi tiến hành đến mức trên động mạch tử cung, động mạch tử cung và phần còn lại được thực hiện qua đường âm đạo là phương pháp cắt tử cung đường âm đạo có sự trợ giúp bằng nội soi (Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy).

- Phẫu thuật nội soi tiến hành đến giai đoạn cắt động mạch tử cung, phần còn lại dây chằng ngang cổ tử cung và dây chằng tử cung - cùng được thực hiện qua đường âm đạo là phương pháp cắt tử cung qua nội soi (Laparoscopic Hysterectomy).

- Phẫu thuật nội soi tiến hành đến mức cắt động mạch tử cung, dây chằng ngang cổ tử cung và dây chằng tử cung cùng, cổ tử cung (giống như cắt hoàn toàn tử cung qua đường bụng) là phương pháp cắt hoàn toàn tử cung qua nội soi (Total Laparoscopic Hysterectomy).

##### **1.3.1.2. Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung**

###### **\* Chỉ định**

Chỉ định cắt tử cung qua nội soi tương tự như cắt tử cung qua đường bụng. Mức độ lớn hoặc bé của khối u tử cung tùy thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên để chỉ định phẫu thuật.<sup>13</sup>

Chỉ định ngoại khoa cho các trường hợp sau:

- UXTC có biến chứng: ra máu, điều trị nội khoa không kết quả, chèn ép, hoại tử, xoắn hay kèm với vô sinh.
- UXTC phối hợp với thương tổn khác ở cơ quan sinh dục: sa sinh dục, u nang buồng trứng, loạn sản cổ tử cung, loạn sản niêm mạc tử cung, di chứng viêm phần phụ.
- UXTC có kích thước trên 8cm đường kính hoặc u xơ tử cung to dần lên.
- UXTC làm biến dạng buồng tử cung (u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu hay nhiễm khuẩn).<sup>14</sup>

*\* Chống chỉ định*

- Nguyên nhân toàn thân
  - + Các bệnh rối loạn hô hấp: hen phế quản, lao phổi...
  - + Các bệnh rối loạn tim mạch: bệnh van tim, cao huyết áp...
  - + Thiếu máu nặng.
  - + Tiểu đường, Basedow...
  - + Đang chảy máu các tạng trong ổ bụng.
- Nguyên nhân phụ khoa
  - + Tử cung quá to. Tùy theo kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên mà không chỉ định cho các trường hợp UXTC to ở các mức độ khác nhau.
  - + Ung thư buồng trứng.
  - + Sẹo mổ cũ dính nhiều vùng hố chậu.
  - + Lạc niêm mạc tử cung vùng chậu gây dính nhiều.
  - + Vết mổ cũ dính sau mổ lấy thai.<sup>14</sup>

*1.3.1.3. Tai biến của phẫu thuật nội soi cắt tử cung*

PTNS cũng có những tai biến đặc trưng, thậm chí là nguy hiểm: biến chứng của gây mê, các tai biến trong quá trình phẫu thuật thường liên quan đến bơm hơi ổ bụng, thao tác của phẫu thuật nội soi.

*\* Tai biến liên quan đến bơm khí ổ bụng*

- Tắc mạch do khí.
- Tràn khí các khoang ngoài ổ bụng: màng phổi, dưới da, ngoài phúc mạc, ổ mạc treo, mạc nối lớn.
- Ưu thán do phẫu thuật kéo dài, do áp lực khí trong ổ bụng quá cao.

*\* Các tai biến do chọc trocar*

- Chọc vào các mạch máu trong ổ bụng.
- Chọc vào các mạch máu lớn ở thành bụng.
- Chọc vào các tạng ở trong ổ bụng.

*\* Các tai biến liên quan tới thao tác*

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: hay gặp nhất là niệu quản, bàng quang và ruột.
- Chảy máu không cầm được qua nội soi luôn luôn rình rập phẫu thuật viên khi thực hiện nội soi.
- Rò tiết niệu - sinh dục: như rò bàng quang âm đạo, rò niệu quản âm đạo...
- Tai biến nhiễm khuẩn có thể có nhưng không phải là rủi ro có nguy cơ lớn. Trái lại, hạn chế nhiễm khuẩn lại là một trong nhiều ưu điểm của phẫu thuật nội soi.<sup>14</sup>

*1.3.1.4. Ưu điểm của cắt tử cung qua nội soi*

Cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi có đầy đủ ưu điểm cũng như nhược điểm của phẫu thuật nội soi.

- Xâm nhập tối thiểu, đây là một trong những ưu điểm có tính thuyết phục nhất của nội soi.
- Có tính thẩm mỹ cao vì vết mổ thành bụng nhỏ.
- Ít dùng thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau sau mổ.
- Tỷ lệ nhiễm khuẩn thành bụng hoặc dính ruột sau mổ rất thấp.

- Thời gian phục hồi sau mổ nhanh.
- Thời gian nằm viện ngắn.

Theo tác giả Garry, thời gian nằm viện sau mổ của người bệnh cắt tử cung qua nội soi chỉ là 3 ngày. Trong khi đó cắt tử cung qua đường bụng là 4 ngày và mức độ đau sau mổ cũng thấp hơn.<sup>15</sup>

Tác giả Ferrari khi nghiên cứu so sánh thời gian nằm viện trung bình sau mổ cắt tử cung qua nội soi và đường bụng thấy có sự khác biệt là 3,8 ngày so với 5,8 ngày.<sup>16</sup>

Theo Vũ Bá Quyết và cộng sự, thời gian nằm viện trung bình của người bệnh cắt tử cung qua nội soi là 3 ngày, không có biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn, viêm phúc mạc.<sup>17</sup>

#### *1.3.1.5. Nhược điểm của phẫu thuật nội soi*

Cắt tử cung qua nội soi có một số hạn chế và nhược điểm đó là:

- Phải có kinh phí để đầu tư mua dàn máy nội soi.
- Phẫu thuật viên phải được đào tạo về PTNS.
- Tỷ lệ tai biến, biến chứng cao hơn so với phẫu thuật qua đường bụng.
- Chi phí của người bệnh cũng cao hơn các phẫu thuật qua đường bụng và đường âm đạo.

Theo một số tác giả, cắt tử cung qua nội soi là một kỹ thuật thực hiện được không phải quá khó nhưng đòi hỏi người phẫu thuật viên phải được huấn luyện về phẫu thuật nội soi.<sup>18</sup>

### **1.3.2. Phương pháp cắt tử cung đường âm đạo**

#### *1.3.2.1. Chỉ định cắt tử cung đường âm đạo*

Càng ngày việc áp dụng cắt TC đường âm đạo càng được chỉ định rộng rãi, không những với u xơ TC mà còn với các bệnh lành tính khác của tử cung, vòi TC và buồng trứng<sup>19</sup>, một số tác giả đã đưa ra khuyến cáo về chỉ định CTCĐAD như sau:

- U xơ tử cung.
- Polyp buồng tử cung có chỉ định cắt TC.
- Quá sản nội mạc TC.
- Sau nạo thai trứng lớn tuổi.
- Nghịch sản các mức độ khác nhau của biểu mô CTC và cả ung thư nội biểu mô.
- Rong kinh, rong huyết cơ năng điều trị nội khoa không kết quả.
- Lạc nội mạc trong cơ TC.

#### *1.3.2.2. Các điều kiện liên quan đến chỉ định*

Philipps J. H và cộng sự, Raju K.S và cộng sự đã so sánh các chỉ định CTCĐAĐ và đường bụng. Các tác giả này đã rút ra một số điều kiện cụ thể để CTCĐAĐ như sau:<sup>20,21</sup>

- Kích thước TC không lớn quá (đo buồng TC sâu không quá 10cm).
- Tử cung di động dễ.
- Không có viêm dính kèm theo.
- Âm đạo rộng, mềm.
- Cơ sở phẫu thuật đủ trang thiết bị, đội ngũ gây mê hồi sức, phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong việc phẫu thuật cắt tử cung đường bụng.

#### *1.3.2.3. Chống chỉ định cắt tử cung đường âm đạo*

- Kích thước tử cung lớn hơn tử cung mang thai 12 tuần.
- Tử cung di động hạn chế.
- Bệnh lý của các cơ quan kế cận như vòi TC, buồng trứng.
- Khoang âm đạo không đủ rộng.
- Không thể tiếp cận CTC được.
- Tiền sử có điều trị dò bàng quang âm đạo bằng phẫu thuật.
- Ung thư TC, ung thư CTC đã xâm nhiễm.
- Các bệnh lý khớp háng làm cho không thể để người bệnh ở tư thế thuận lợi cho phẫu thuật.

#### 1.3.2.4. Các bước thực hiện kỹ thuật

##### \* Chuẩn bị bệnh nhân

Tối trước ngày phẫu thuật.

- Ăn nhẹ.
- Vệ sinh toàn thân.
- Vệ sinh âm đạo, CTC bằng betadine.
- Dùng thuốc an thần.

Buổi sáng phẫu thuật: thực tháo phân, vệ sinh lại vùng mổ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

##### \* Phương pháp vô cảm

Có thể chọn phương pháp gây tê tuỷ sống hoặc gây mê nội khí quản.

##### \* Kỹ thuật mổ

- Bệnh nhân nằm theo tư thế sản khoa, bộc lộ rõ vùng phẫu thuật.
- Sát khuẩn vùng bụng và tầng sinh môn bằng cồn Iode 2% hoặc dung dịch Betadine, lên phía trên ngang rốn và xuống 1/3 dưới đùi để có thể nhanh chóng can thiệp đường bụng nếu phẫu thuật đường âm đạo thất bại.
- Không đặt thông tiểu vì bàng quang phải giữ ở mức độ căng vừa giúp thấy rõ giới hạn dưới của bàng quang để tránh gây tổn thương bàng quang.

##### \* Các thì của phẫu thuật CTCĐAD: kỹ thuật trải qua 10 thì:<sup>22</sup>

- Thì 1: bộc lộ cổ tử cung
- Thì 2: mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên trên
- Thì 3: mở cùng đồ sau
- Thì 4: cắt và thắt dây chằng tử cung cùng, dây chằng bên cổ tử cung và cuống mạch cổ tử cung âm đạo
- Thì 5: cắt và thắt cuống mạch tử cung
- Thì 6: cắt nền dây chằng rộng
- Thì 7: lấy tử cung ra ngoài

- Thì 8: cắt cuống phần phụ hai bên
- Thì 9: kiểm tra chảy máu
- Thì 10: khâu thành âm đạo

#### *1.3.2.5. Chăm sóc sau phẫu thuật*

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 – 3 ngày
- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Betadine
- Rút ống dẫn lưu (nếu có) 24-48 giờ
- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ
- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8-12 tiếng sau mổ

#### *1.3.2.6. Tai biến của cắt tử cung đường âm đạo*

##### *\* Trong phẫu thuật*

- Chảy máu: Biến chứng này thường xảy ra khi phải bóc tách nhiều, nhất là với tình trạng lạc nội mạc TC hay viêm nhiễm trước đó hoặc khi cắt TC khỏi âm đạo.<sup>23,24</sup>

- Tồn thương mạch máu lớn, bàng quang, niệu quản ruột. Thường gặp khi không nhìn thấy rõ do phẫu trường hẹp, do dính nhiều, khối u lớn. Cần phát hiện sớm các biến chứng để xử trí ngay trong khi mổ là tốt nhất.<sup>24,25</sup>

##### *\* Sau phẫu thuật*

- Chảy máu muộn do tuột chỉ hoặc hoại tử môm cắt.

- Nhiễm khuẩn: Đây là biến chứng thường gặp nhất (20% các trường hợp mổ cắt TC). Có thể khu trú môm cắt hay viêm phức tạp tiểu khung và viêm phúc mạc toàn bộ. Kháng sinh dự phòng có thể giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn.<sup>26</sup>

- Tắc ruột: Thường xảy ra sau biến chứng nhiễm trùng tiểu khung tạo ra các vùng dính gây tắc ruột.

#### *1.3.2.7. Ưu điểm của cắt tử cung đường âm đạo*

- Tính thẩm mỹ cao
- Thời gian nằm viện, thời gian phục hồi sau mổ ngắn hơn so với cắt tử cung đường bụng.<sup>5</sup>

#### *1.3.2.8. Nhược điểm của cắt tử cung đường âm đạo*

- Phẫu thuật khó khăn trong trường hợp u xơ tử cung to, u xơ tử cung ở eo tử cung và u xơ tử cung trong dây chằng rộng, các trường hợp viêm dính tiểu khung và các trường hợp chưa đẻ đường dưới

- Việc đào tạo phẫu thuật viên khó khăn, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

### **1.4. Chỉ định ngoại khoa cho các trường hợp u xơ tử cung.**

- UXTC có biến chứng: ra máu, điều trị nội khoa không kết quả, chèn ép, hoại tử, xoắn hay kèm với vô sinh.

- UXTC phối hợp với thương tổn khác ở cơ quan sinh dục: u nang buồng trứng, loạn sản cổ tử cung, loạn sản niêm mạc tử cung, di chứng viêm phần phụ.

- UXTC có kích thước trên 8 cm đường kính hoặc u xơ tử cung to dần lên.

- UXTC làm biến dạng buồng tử cung (u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu hay nhiễm khuẩn)

### **1.5. Một vài nghiên cứu so sánh giữa cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường âm đạo.**

Năm 2013, Lê Thị Hòa và Trương Quang Vinh công bố nghiên cứu so sánh 30 trường hợp cắt tử cung nội soi và 30 trường hợp cắt tử cung đường âm đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 5/2011 – 6/2012 đưa ra kết luận: thời gian trung bình cắt tử cung đường âm đạo ngắn hơn nội soi ( $77,3 \pm 27,1$  phút so với  $96,3 \pm 23,5$  phút), mức độ đau trung bình ngày thứ



nhất sau mổ trong cắt tử cung đường âm đạo cao hơn so với cắt tử cung nội soi ( $6,4 \pm 0,8$  cm so với  $5,9 \pm 0,8$  cm), không có sự khác nhau về thời gian hậu phẫu trung bình giữa hai nhóm, chi phí trong cắt tử cung đường âm đạo rẻ hơn so với cắt tử cung nội soi.<sup>27</sup>

Năm 2016, Trương Đình Hải, Lê Minh Toàn, Phan Viết Tâm công bố nghiên cứu 138 bệnh nhân cắt tử cung toàn phần do u xơ tử cung tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung Ương Huế từ 2/4/2014 – 8/8/2015 cho thấy thời gian cắt tử cung đường âm đạo là  $73,9 \pm 18,1$  phút thấp hơn so với đường nội soi là  $97,3 \pm 17,9$  phút, 0,7% ca biến chứng hẹp niệu quản trong cắt tử cung nội soi và trong đường âm đạo biến chứng tụ máu móm cắt và tụ dịch móm cắt mỗi loại chiếm 0,7%. Có 13,3% trường hợp cắt tử cung nội soi phải chuyển mổ bụng.<sup>28</sup>

Một nghiên cứu hồi cứu của Birsen Bilge và cộng sự tại Đại học Ondokuz Mayıs, Thổ Nhĩ Kỳ công bố năm 2018 về so sánh giữa cắt tử cung đường âm đạo với cắt tử cung đường bụng và nội soi ở những bệnh nhân không sa tử cung từ 1/2013 – 2/2018 với 105 bệnh nhân với 35 bệnh nhân mỗi nhóm (cắt tử cung đường âm đạo, đường bụng và nội soi). Kết quả cắt tử cung đường âm đạo cho thấy ưu điểm vượt trội hơn về các yếu tố như: thời gian phẫu thuật (trung bình đường âm đạo 37,54 phút, nội soi là 156,63 phút), lượng máu mất được đánh giá qua sự suy giảm hematocrit sau mổ so với trước mổ (trung bình 3,46% trong cắt tử cung đường âm đạo và 7% trong cắt tử cung nội soi), số ngày nằm viện (trung bình 2 ngày trong cắt tử cung đường âm đạo và 7 ngày trong cắt tử cung nội soi), chi phí nằm viện và nhu cầu dùng giảm đau sau mổ. Không có tai biến tổn thương đường tiết niệu trong cắt tử cung đường âm đạo trong khi tỷ lệ tổn thương bàng quang, niệu quản trong cắt tử cung nội soi là 8,6%.<sup>29</sup>

Năm 2018, nghiên cứu của Oby Nagar và cộng sự tại bệnh viện Mahila Chikitsalya, Ấn Độ về so sánh cắt tử cung hoàn toàn nội soi và cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo ở bệnh nhân không sa tử cung bao gồm 30 trường hợp cắt tử cung nội soi và 30 trường hợp cắt tử cung đường âm đạo. Kết quả cho thấy, không có sự khác nhau về độ tuổi trung bình, BMI, trình độ học vấn giữa hai nhóm. Nhóm cắt tử cung nội soi có thời gian phẫu thuật lâu hơn, tuy nhiên lượng máu mất, sự thay đổi huyết sắc tố sau mổ ít hơn so với cắt tử cung đường âm đạo. Không có tai biến lớn trong và sau mổ ở cả hai nhóm.<sup>30</sup>

Năm 2019, Seung Hyun Lee và cộng sự đã công bố nghiên cứu so sánh giữa cắt tử cung nội soi và đường âm đạo trong bệnh lý phụ khoa lành tính bằng phân tích gộp và đánh giá hệ thống. Kết quả có tổng số 1618 bệnh nhân của 18 nghiên cứu trong tiêu chuẩn lựa chọn. Phân tích gộp cho thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ tai biến nói chung, tình trạng đau sau mổ trong ngày thứ nhất và sau 48h, thời gian nằm viện và thời gian hồi phục sau mổ. Thời gian phẫu thuật qua đường âm đạo ngắn hơn và mức độ đau sau phẫu thuật ít hơn so với cắt tử cung nội soi.<sup>31</sup>

Năm 2021, Sybil Sailofsky và cộng sự đã công bố nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật sau cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi và cắt tử cung hoàn toàn bằng đường âm đạo trong trường hợp kích thước tử cung lớn. Nghiên cứu có 1870 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo và 3740 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn nội soi với trọng lượng tử cung > 250 gr. Kết quả cho thấy tỷ lệ tai biến chung giữa hai phương pháp là như nhau, tỷ lệ tổn thương niệu quản trong mổ nội soi cao hơn so với đường âm đạo (1.2% vs 0.2%, OR 0.12), thời gian phẫu thuật trung bình trong cắt tử cung đường âm đạo ngắn hơn đáng kể so với cắt tử cung nội soi.<sup>32</sup>

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung và được chỉ định thực hiện phẫu thuật cắt tử cung bằng nội soi hoặc đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa.

- Thời gian từ 1/1/2019 – 31/12/2020

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân được chỉ định thực hiện cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi hoặc đường âm đạo do bệnh lý u xơ tử cung.

- Giải phẫu bệnh là u cơ trơn tử cung hoặc bệnh tuyến cơ tử cung (Adenomyos).

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp sa sinh dục.
- Các bệnh lý ác tính ở tử cung, cổ tử cung, buồng trứng.
- UXTC + có thai
- Hồ sơ không đầy đủ thông tin

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

##### 2.2.2. Cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tất cả những hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu thời gian từ 1/1/2019 – 31/12/2020. Bằng phương pháp này chúng tôi có được 234 bệnh nhân cắt tử cung nội soi và 76 bệnh nhân cắt tử cung đường âm đạo thành công và có 11 trường hợp được chỉ định CTCNS và 4 trường hợp được chỉ định CTCĐAD phải chuyển mổ mở.

### 2.2.3. 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 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và các sổ sách lưu tại phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa.

### 2.2.4. Các biến số nghiên cứu.

2.2.4.1. Phương pháp phẫu thuật: cắt tử cung nội soi, cắt tử cung đường âm đạo.

2.2.4.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

➤ Tuổi:

- Dạng biến định tính: chia thành các nhóm: < 40, 40 – 45, 46 – 50, > 50
- Dạng biến định lượng: biểu thị dưới dạng Mean  $\pm$  SD (Min – Max)

➤ Nghề nghiệp: cán bộ, công nhân, nông dân, nội trợ, tự do.

➤ Tiền sử sản khoa: chưa đẻ lần nào, 1 lần, 2 lần,  $\geq 3$  lần.

➤ Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: có, không.

➤ Tiền sử phụ khoa:

- Rối loạn kinh nguyệt: không có rối loạn, có rối loạn.

- Phát hiện u xơ trước đó: không phát hiện, được phát hiện.

- Điều trị nội khoa trước mổ: được điều trị, không điều trị.

➤ Chỉ số khối cơ thể (BMI):

- < 18,5: gầy
- 18,5 - < 23: bình thường
- 23 - < 25: thừa cân
- $\geq 25$ : béo phì

### 2.2.4.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

➤ Triệu chứng cơ năng: rối loạn kinh nguyệt, đau hạ vị, tự sờ thấy u, khám định kỳ, các triệu chứng khác (tiêu hóa, tiết niệu, ra khí hư...)

➤ Kích thước tử cung: to bằng TC có thai 8 – 12 tuần, to bằng TC có thai < 8 tuần.

- Kích thước u xơ trên siêu âm (theo đường kính lớn nhất đo được):
  - Dạng biến thứ hạng: < 50 mm, 50 – 60 mm, > 60 mm.
  - Dạng biến định lượng: biểu thị dưới dạng Mean  $\pm$  SD (Min – Max)
- Vị trí u xơ tử cung: thân tử cung, eo tử cung, cổ tử cung, > 2 vị trí.
- Số lượng u xơ tử cung trên siêu âm: 1 u xơ, 2 u xơ,  $\geq 3$  u xơ.
- Huyết sắc tố trước mổ:
  - Không thiếu máu (Hb  $\geq 110$ g/l)
  - Thiếu máu: nhẹ (Hb 90 – 109 g/l), vừa (Hb 71 – 89 g/l), nặng (Hb  $\leq 70$  g/l)

#### 2.2.4.4. Kết quả phẫu thuật

- Phương pháp vô cảm: gây tê tủy sống, gây mê
- Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật (gram):
  - Dạng biến định tính: < 200, 200 – 300, > 300
  - Dạng biến định lượng: biểu thị dưới dạng Mean  $\pm$  SD (Min – Max)
- Thời gian phẫu thuật (phút):
  - Dạng biến định tính: < 60, 60 – 90, > 90
  - Dạng biến định lượng: biểu thị dưới dạng Mean  $\pm$  SD (Min – Max)
- Xử trí phần phụ: để lại 2 phần phụ, cắt 1 phần phụ, cắt 2 phần phụ
- Tình trạng sốt người bệnh sau mổ: ngày thứ 1, ngày thứ 2, ngày thứ 3
- Sự thay đổi nồng độ Hb sau mổ (ngày thứ 2 sau mổ): dạng Mean  $\pm$  SD (g/l)
- Thời gian trung tiện sau mổ: < 24h, 24h – 48h, > 48h
- Thời gian phục hồi vận động sau mổ: ngày thứ nhất, ngày thứ 2, ngày thứ 3 tương ứng với nằm, ngồi dậy, đi lại.
- Thời gian nằm viện sau mổ:
  - Dạng biến thứ hạng: < 5 ngày, 5 – 7 ngày, > 7 ngày
  - Dạng biến định lượng: Biểu thị dưới dạng Mean  $\pm$  SD (Min – Max) (ngày).
- Các tai biến trong và sau mổ: chảy máu mổ cắt, tụ máu mổ cắt, nhiễm trùng mổ cắt, tổn thương hệ tiết niệu.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu được thu thập và làm sạch trước khi đưa vào phân tích

Các biến số nghiên cứu được mã hóa, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Chỉ những người tham gia nghiên cứu được tiếp cận số liệu.

Các biến định tính được trình bày theo tần số, tỷ lệ %. Các nhóm của biến định lượng trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean  $\pm$  SD)

Các test kiểm định thống kê được sử dụng trong nghiên cứu:

- Test  $\chi^2$  (Chi Square) được sử dụng để kiểm định mối tương quan giữa hai biến định tính. Độ lớn tương quan giữa 2 biến nhị phân thể hiện qua tỷ suất chênh OR (Odd Ratio).

- Student's t test được sử dụng để so sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm biến định lượng.

- Phương trình hồi quy tuyến tính khảo sát mối tương quan giữa hai biến định lượng, độ lớn mối tương quan được thể hiện qua hệ số tương quan r. Ý nghĩa của hệ số tương quan r:

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

- Giá trị mối tương quan được thể hiện qua chỉ số p (p value) với  $p < \alpha$  (lấy CI = 95% tương ứng  $\alpha = 0,05$ ) là có ý nghĩa thống kê.

#### **2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.**

Đề cương nghiên cứu đã được hội đồng thông qua tại Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Hội đồng y đức của BVPSTH.

Nghiên cứu chỉ thu thập những thông tin tại bệnh án lưu trữ vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân.

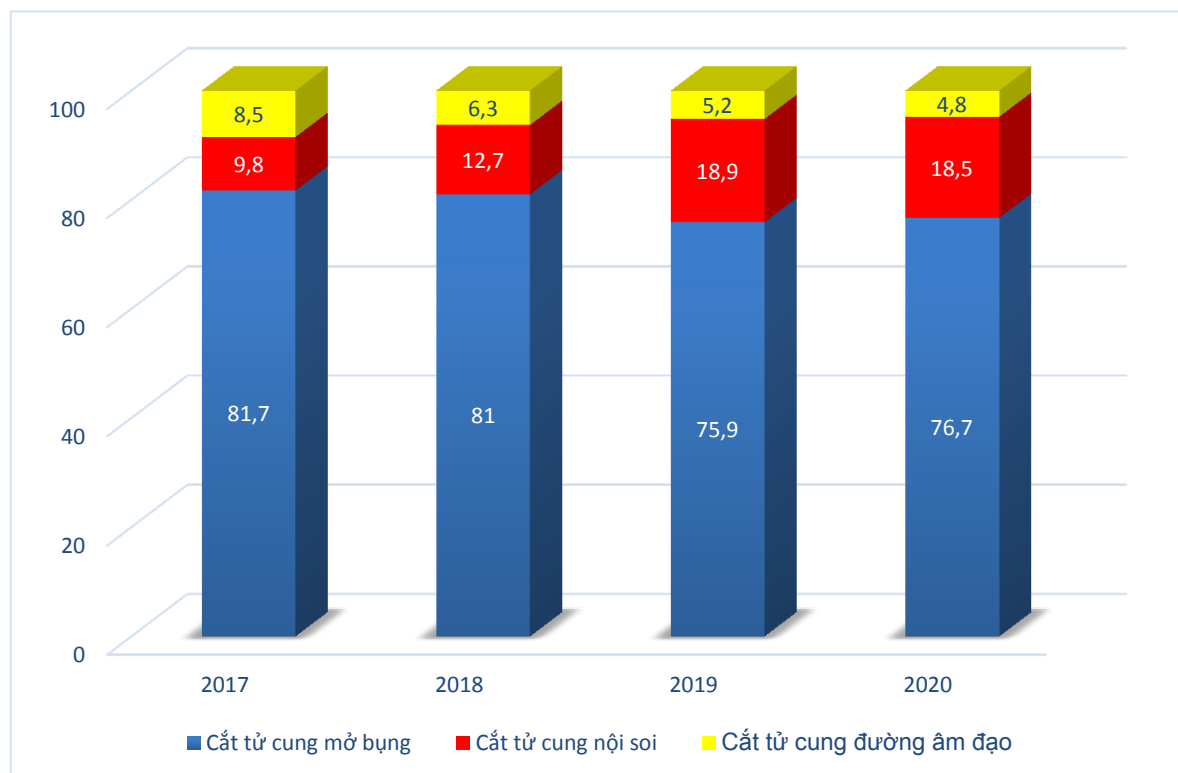
Các thông tin chung cá nhân, tiền sử sản phụ khoa, các yếu tố liên quan của các đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật. Chỉ sử dụng trong nghiên cứu, không sử dụng với bất kỳ mục đích nào khác.

## Chương 3

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1. Phân bố tỷ lệ cắt tử cung qua các năm



***Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các phương pháp cắt tử cung qua các năm***

*Nhận xét:* Nhìn chung, tỷ lệ cắt tử cung qua đường âm đạo giảm dần qua các năm, trong năm 2017 là 8,5% đến năm 2020 tỷ lệ này còn 4,8% trong tổng số ca cắt tử cung. Ngược lại, tỷ lệ cắt tử cung bằng phương pháp nội soi xu hướng tăng dần, trong năm 2017 chỉ có 9,8% và năm 2020 tỷ lệ này là 18,5%.



### 3.1.2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu**

<b>Tuổi</b>	<b>Cắt tử cung nội soi</b>		<b>Cắt tử cung đường âm đạo</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 40	31	13.2	7	9.2
40 - 45	70	29.9	34	44.7
46 - 50	89	38.1	24	31.6
> 50	44	18.8	11	14.5
<b>Tổng</b>	234	100	76	100
<b>Mean ± SD</b>	46 ± 5.6		45 ± 5.02	
<b>(Min – Max)</b>	(33 – 60)		(35 – 62)	

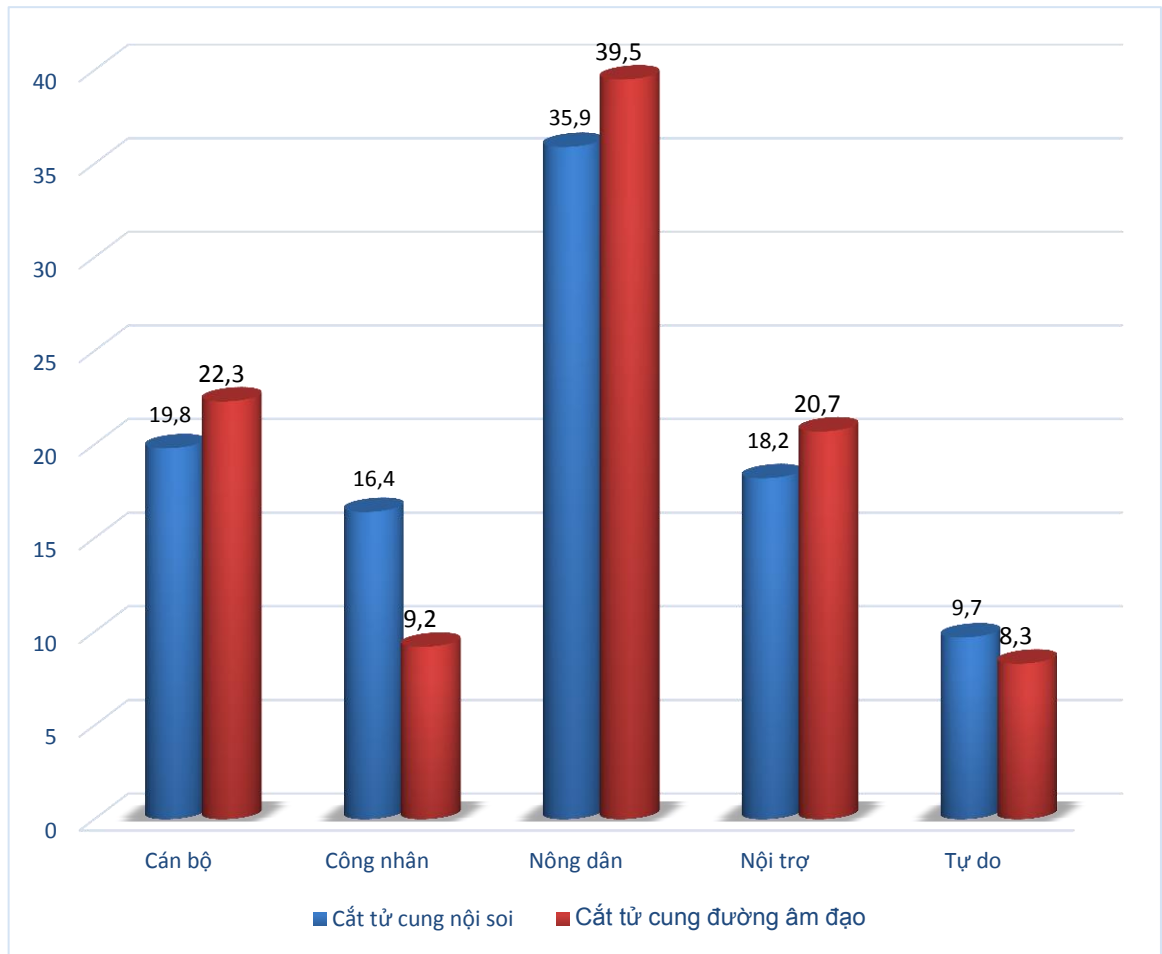
**$p = 0.513$**  (student's *t* test)

*Nhận xét:*

- Độ tuổi chủ yếu của bệnh nhân là từ 40 – 50 tuổi (nội soi là 68%, đường âm đạo là 76,3%). Trong cắt tử cung nội soi, tuổi trung bình là  $46 \pm 5,6$ , trẻ nhất là 33 tuổi, lớn nhất là 60 tuổi. Trong cắt tử cung đường âm đạo, tuổi trung bình  $45 \pm 5,02$ , trẻ nhất là 35, lớn nhất là 62 tuổi.

- Không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân cắt tử cung nội soi và đường âm đạo với  $p = 0,513$ .

### 3.1.3. Nghề nghiệp



***Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp***

**Nhận xét:** Tỷ lệ nông dân chiếm đa số với 35,9% trong cắt tử cung nội soi và 39,5% trong cắt tử cung đường âm đạo. Nghề nghiệp tự do chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,7% trong cắt tử cung nội soi và 8,3% trong cắt tử cung đường âm đạo. Nhìn chung không có sự khác nhau nhiều về nghề nghiệp ở 2 nhóm bệnh nhân.

### 3.1.4. Tiền sử sản khoa

**Bảng 3.2. Số lần đẻ của những bệnh nhân được cắt tử cung**

Số lần đẻ	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo		<p><i><b>p = 0.028</b></i></p> <p><i><b>OR = 1.9</b></i></p> <p><i>(95%CI</i></p> <p><i>1.1 - 3.5)</i></p>
Chưa đẻ lần nào	3 1.3%	191  81.6%	0  0%	53  69.7%	
1 lần	12 5.1%		1 1.3%		
2 lần	176 75.2%		52 68.4%		
≥ 3 lần	43  18.4%		23  30.3%		
Tổng	234  100%		76  100%		

*Nhận xét:*

- Tất cả bệnh nhân CTCĐAĐ đều đã đẻ ít nhất 1 lần. Số bệnh nhân 2 lần đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai phương pháp, nội soi là 75,2%, đường âm đạo là 68,4%

- Tỷ lệ bệnh nhân có từ 3 lần đẻ trở lên trong CTCĐAĐ gấp 1,9 lần so với CTCNS với khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### 3.1.5. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.3. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng**

		Cắt tử cung nội soi	Cắt tử cung đường âm đạo	<i>p</i> = 0.129 <i>OR</i> = 2.5 (95%CI 0.7 – 8.7)
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Có	22 9.4%	3 3.9%	
	Không	212 90.6%	73 96.1%	
Tổng		234 100%	76 100%	

*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trong nhóm CTCNS gấp 2,5 lần so với nhóm CTCĐAD. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,129$ .

### 3.1.6. Tiền sử phụ khoa

**Bảng 3.4. Tiền sử phụ khoa**

Tiền sử		Cắt tử cung nội soi	Cắt tử cung đường âm đạo	p
Rối loạn kinh nguyệt	Có	106 (45.3%)	36 (47.4%)	0.753
	Không	128 (54.7%)	40 (52.6%)	
Phát hiện u xơ trước đó	Có	162 (69.2%)	46 (60.5%)	0.161
	Không	72 (30.8%)	30 (39.5%)	
Điều trị nội khoa trước mổ	Có	138 (59%)	39 (51.3%)	0.241
	Không	96 (41%)	37 (48.7%)	

*Nhận xét:*

- Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn kinh nguyệt gần như nhau ở cả hai phương pháp, trong CTCNS là 54,7%, đường âm đạo là 52,6%.
- Số bệnh nhân phát hiện u xơ tử cung trước đó trong CTCNS chiếm 30,8% thấp hơn so với số bệnh nhân CTCĐAĐ là 39,5%.
- Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ trong CTCNS là 59% cao hơn một chút so với CTCĐAĐ là 51,3%.
- Sự chênh lệch nhau về tỷ lệ đều không có ý nghĩa thống kê.

### 3.1.7. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.5. Chỉ số khối cơ thể**

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo		<b><i>p = 0.282</i></b> ( <i>student's t test</i> )
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
< 18.5	9	3.8	5	6.6	
18.5 - < 23	166	70.9	56	73.7	
23 - < 25	54	23.1	12	15.8	
≥ 25	5	2.1	3	3.9	
<b>Tổng</b>	234	100	76	100	
<b>Mean ± SD</b> <b>(Min – Max)</b>	21.4 ± 2.2 (15.7 – 30.1)		21.1 ± 2.5 (15.9 – 31.6)		

*Nhận xét:*

- Phần lớn bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường (18.5 - < 23) trong cả 2 nhóm, trong CTCNS là 70.9%, đường âm đạo là 73.7%. Số bệnh nhân béo phì (BMI ≥ 25) thấp nhất ở cả 2 nhóm, nhóm CTCNS là 5 trường hợp (2,1%), CTCĐAĐ là 3 trường hợp (3,9%).
- Sự khác nhau về chỉ số BMI giữa 2 nhóm bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,282$ .

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

#### 3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.6. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Cắt tử cung nội soi (n = 234)		Cắt tử cung đường âm đạo (n = 76)	
	n	%	N	%
Rối loạn kinh nguyệt	112	47.8	31	40.8
Đau hạ vị	102	43.6	24	31.6
Tự sờ thấy u xơ	12	5.1	2	2.6
Các triệu chứng khác (tiêu hóa, tiết niệu, ra khí hư...)	30	12.8	2	2.6

*Nhận xét:*

- Rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng phổ biến nhất với 47,8% ở nhóm CTCNS và 40,8% ở nhóm CTCĐAĐ.

- Tỷ lệ bệnh nhân tự sờ thấy u xơ thấp nhất ở cả hai nhóm, nhóm CTCNS chiếm 5,1%, CTCĐAĐ là 2,6%.

**Bảng 3.7. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng**

Kích thước TC	Cắt tử cung nội soi	Cắt tử cung đường âm đạo	<b><math>p = 0.008</math> <math>OR = 2.02</math> (95%CI 1.2 – 3.4)</b>
To bằng TC có thai 8 - 12 tuần	162 69.2%	40 52.6%	
To bằng TC có thai < 8 tuần	72 30.8%	36 47.4%	
<b>Tổng</b>	234 100%	76 100%	

*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân có tử cung to bằng tử cung có thai 8 – 12 tuần trong nhóm nội soi gấp 2,02 lần so với nhóm CTCĐAĐ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,008$ .

### 3.2.2.Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3.8. Kích thước u xơ trên siêu âm**

Kích thước nhân xơ	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo		<b><math>p &lt; 0.001</math> (student's t test)</b>
	n	%	n	%	
< 50 mm	162	69.2	62	81.6	
50- 60 mm	60	25.6	14	18.4	
> 60 mm	12	5.2	0	0	
<b>Tổng</b>	234	100	76	100	
<b>Mean <math>\pm</math> SD (Min – Max)</b>	45.5 $\pm$ 8.3 (30 – 64)		40.2 $\pm$ 7.8 (30 – 58)		

*Nhận xét:* Kích thước trung bình u xơ tử cung trên siêu âm ở nhóm bệnh nhân CTCNS lớn hơn so với nhóm bệnh nhân CTCĐAĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.9. Vị trí u xơ tử cung trên siêu âm**

Vị trí u xơ tử cung	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo	
	n	%	n	%
Thân tử cung	206	88	63	82.9
Eo tử cung	21	9	10	13.2
Cổ tử cung	1	0.4	1	1.3
> 2 vị trí	6	2.6	2	2.6
Tổng	234	100	76	100

*Nhận xét:* Vị trí u xơ chủ yếu ở thân tử cung trong cả hai nhóm, nhóm cắt tử cung nội soi là 86,3%, nhóm cắt tử cung đường âm đạo là 82,9%. Vị trí ở cổ tử cung là ít nhất với 6 ca trong nhóm cắt tử cung nội soi, 2 ca trong nhóm cắt tử cung đường âm đạo.

**Bảng 3.10. Số lượng u xơ tử cung trên siêu âm**

Số lượng UXTC	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo	
	n	%	n	%
1 u xơ	191	81.6	65	85.5
2 u xơ	29	12.4	9	11.8
$\geq 3$ u xơ	14	6	2	2.7
Tổng	234	100	76	100

*Nhận xét:* Phần lớn số trường hợp cắt tử cung chỉ có 1 u xơ tử cung. Tỷ lệ này trong nhóm CTCNS là 81,6%, trong nhóm CTCĐAĐ là 85,5%. Chỉ có 6% trường hợp trong nhóm CTCNS và 2,7% số trường hợp trong nhóm CTCĐAĐ có từ 3 u xơ trở lên, chiếm tỷ lệ thấp nhất.



**Bảng 3.11. Huyết sắc tố trước mổ**

<b>Mức độ</b>		<b>Cắt tử cung nội soi</b>	<b>Cắt tử cung đường âm đạo</b>
Không thiếu máu (Hb $\geq$ 110 g/l)		194 (82.9%)	61 (80.3%)
Thiếu máu	Nhẹ (Hb 90 – 109 g/l)	34 (14.5%)	10 (13.2%)
	Vừa (Hb 71 – 89 g/l)	6 (2.6%)	5 (6.5%)
	Nặng (Hb $\leq$ 70 g/l)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Tổng</b>		234 (100%)	76 (100%)

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân không thiếu máu, tỷ lệ này là 82,9% trong nhóm CTCNS, đường âm đạo là 80,3%. Số còn lại là thiếu máu từ nhẹ đến vừa. Không có bệnh nhân nào thiếu máu nặng.

### **3.3. Kết quả phẫu thuật**

#### **3.3.1. Phương pháp vô cảm**

**Bảng 3.12. Phương pháp vô cảm**

<b>Phương pháp vô cảm</b>	<b>Cắt tử cung nội soi</b>	<b>Cắt tử cung đường âm đạo</b>
Gây tê tuỷ sống	0	71
	0%	93.4%
Gây mê	234	5
	100%	6.6%
<b>Tổng</b>	234	76
	100%	100%

*Nhận xét:* Tất cả bệnh nhân CTCNS đều được gây mê nội khí quản. Ngược lại hầu hết bệnh nhân CTCĐAĐ được gây tê tuỷ sống (93.4%), chỉ có 5 trường hợp (6.6%) gây mê nội khí quản.

### 3.3.2. Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật

**Bảng 3.13. Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật**

Trọng lượng tử cung (gram)	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo	
	n	%	n	%
< 200	28	12	43	56.6
200 – 300	158	67.5	30	39.5
> 300	48	20.5	3	3.9
Tổng	234	100	76	100
<b>Mean ± SD</b>	264.6 ± 65.1		205.6 ± 61.5	
<b>(Min – Max)</b>	(109.2 – 445.2)		(110.2 – 332.2)	

***p* < 0.001 (student's t test)**

*Nhận xét:*

- Trọng lượng tử cung trung bình nhóm CTCNS lớn hơn so với nhóm CTCĐAĐ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

- Trọng lượng tử cung lớn nhất trong nhóm CTCNS là 445,2 gr, ở đường âm đạo là 332,2 gr.

### 3.3.3. Thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.14. Thời gian phẫu thuật**

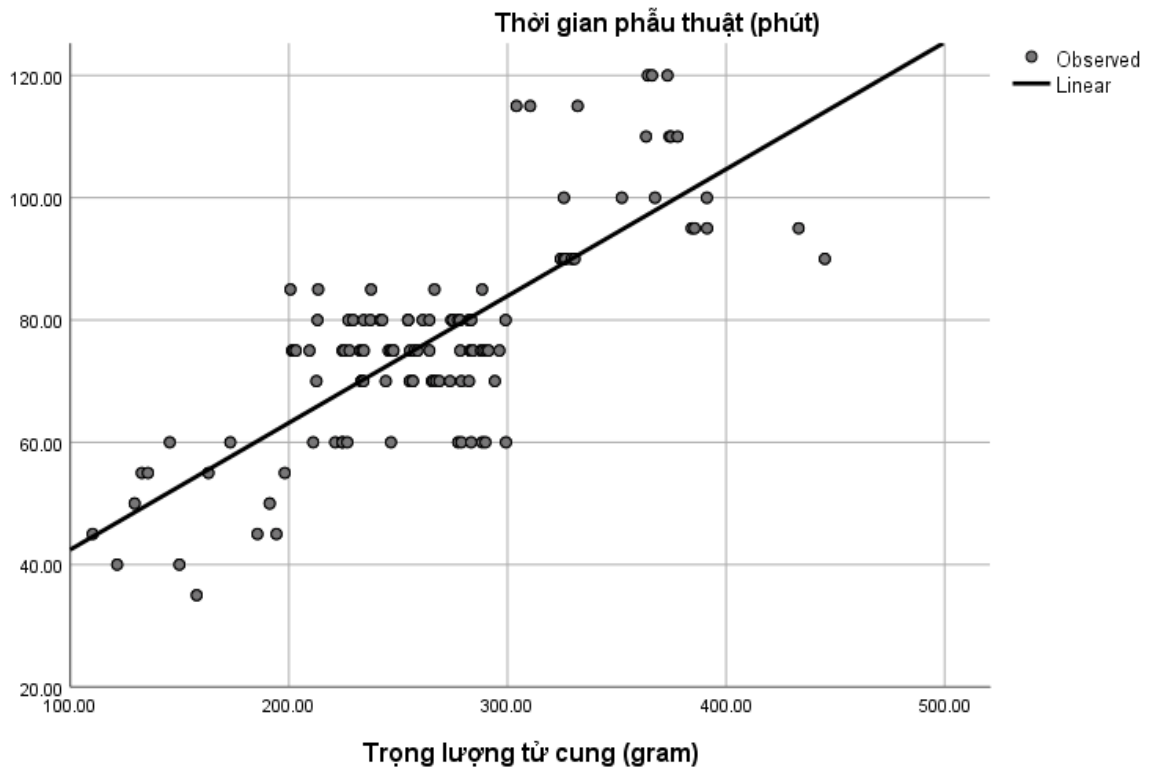
Thời gian (phút)	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo		<b><i>p = 0.004</i></b>  <i>(student's t test)</i>
	n	%	n	%	
< 60	24	10.2	12	15.8	
60 - 90	174	74.4	56	73.7	
> 90	36	15.4	8	10.5	
<b>Tổng</b>	234	100	76	100	
<b>Mean ± SD</b> <b>(Min – Max)</b>	76.6 ± 17.3 (35 – 120)		69.9 ± 16.8 (40 – 110)		

*Nhận xét:*

- Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm CTCNS dài hơn so với nhóm CTCĐAĐ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,004$ .

- Trong nhóm CTCNS, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 35 phút, lâu nhất là 120 phút. Trong nhóm CTCĐAĐ, ngắn nhất là 40 phút, lâu nhất là 110 phút.

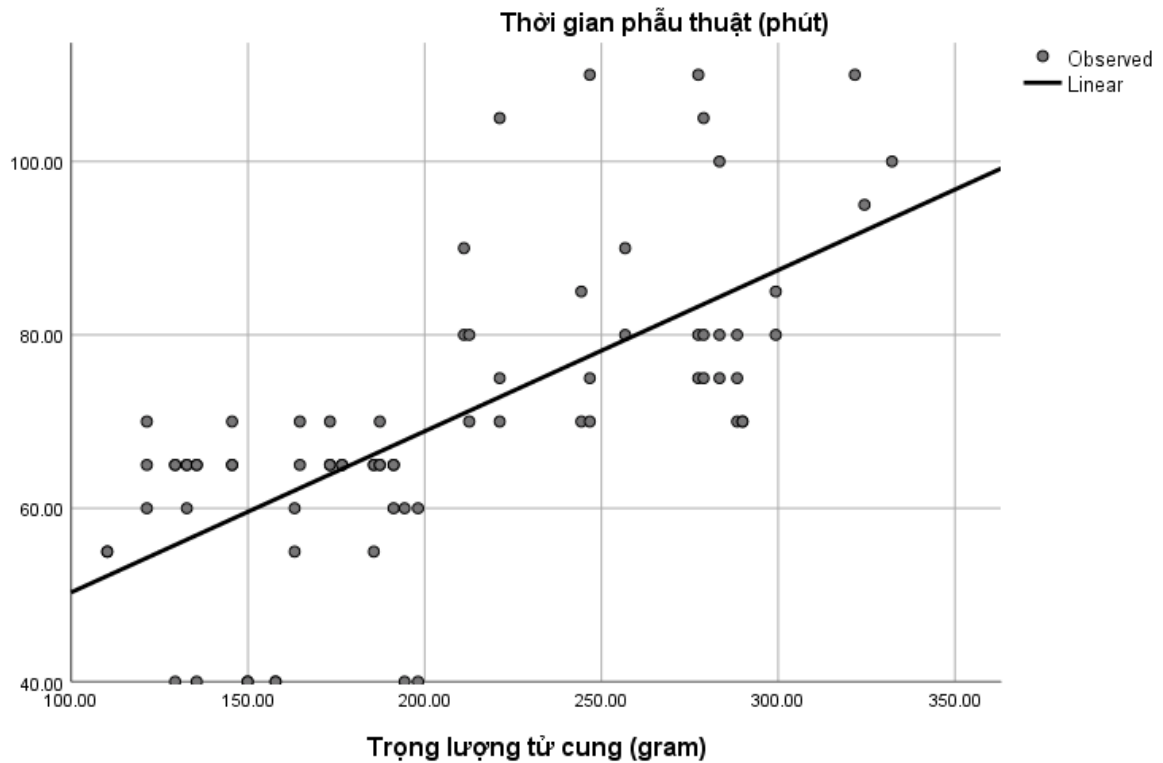
### 3.3.4. Ảnh hưởng của trọng lượng tử cung tới thời gian phẫu thuật



***Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung trong phẫu thuật nội soi***

*Nhận xét:*

- Phương trình tương quan:  $y = 0,207x + 21,707$  (y: thời gian phẫu thuật, x: trọng lượng tử cung), hệ số tương quan  $r = 0,779$ , ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$
- Thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung tương quan tuyến tính đồng biến với nhau trong CTCNS.



***Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung trong phẫu thuật qua đường âm đạo***

*Nhận xét:*

- Phương trình tương quan:  $y = 0,186x + 31,72$  (y: thời gian phẫu thuật, x: trọng lượng tử cung), hệ số tương quan  $r = 0,682$ , mức ý nghĩa thống kê  $< 0,001$ .

- Thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung tương quan tuyến tính đồng biến với nhau trong CTCĐAD.

### 3.3.5. Ảnh hưởng của chỉ số khối cơ thể với thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.15. Liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và thời gian phẫu thuật**

<b>BMI</b>	<b>Cắt tử cung nội soi</b>		<b>p</b>	<b>Cắt tử cung đường âm đạo</b>		<b>p</b>
	Số lượng	Thời gian (phút)		Số lượng	Thời gian (phút)	
Không béo phì	229	76.4 ± 17.4	0.335	73	69.9 ± 17.1	0.856
Béo phì	5	84 ± 11.9		3	71.7 ± 7.6	
<b>Tổng</b>	234	76.6 ± 17.3		76	69.9 ± 16.8	

*Nhận xét:* Không có sự khác nhau giữa bệnh nhân béo phì và không béo phì về thời gian phẫu thuật ở cả hai đường với  $p = 0,335$  (nội soi) và  $p = 0,856$  (đường âm đạo).

### 3.3.6. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật

**Bảng 3.16. Tỷ lệ cắt phần phụ trong phẫu thuật**

<b>Xử trí phần phụ</b>	<b>Cắt tử cung nội soi</b>		<b>Cắt tử cung đường âm đạo</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Để lại 2 phần phụ	152	65	62	81.6	<b><math>p = 0.024</math></b>
Cắt 1 phần phụ	13	5.5	2	2.6	
Cắt 2 phần phụ	69	29.5	12	15.8	
<b>Tổng</b>	234	100	76	100	

*Nhận xét:* Tỷ lệ để lại 2 phần phụ trong CTCĐAĐ là 81,6% cao hơn so với CTCNS là 65 %. Tỷ lệ cắt 2 phần phụ trong CTCNS là 29,5% cao hơn trong CTCĐAĐ là 15,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,024$ .

### 3.3.7. Diễn biến sau mổ

**Bảng 3.17. Tình trạng sốt của người bệnh sau mổ**

Ngày	Cắt tử cung nội soi (n = 234)		Cắt tử cung đường âm đạo (n = 76)	
	n	%	n	%
Ngày thứ 1	20	8.5	11	14.5
Ngày thứ 2	15	6.4	7	9.2
Ngày thứ 3	3	1.3	3	3.9

*Nhận xét:*

- Phần lớn bệnh nhân sau mổ không sốt.
- Tỷ lệ bệnh nhân sốt sau mổ giảm dần theo thời gian. Trong CTCNS và đường âm đạo, tỷ lệ sốt tương ứng là ngày đầu 8,5% và 14,5%, sốt ngày 2 là 6,4% và 9,2%, sốt ngày 3 là 1,3% và 3,9%.

**Bảng 3.18. Thời gian trung tiện sau mổ**

Thời gian	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo		<b><i>p = 0.497</i></b>
	n	%	n	%	
< 24h	190	81.2	59	77.6	
24h – 48h	44	18.8	17	22.4	
> 48h	0	0	0	0	
<b>Tổng</b>	234	100	76	100	

*Nhận xét:*

- Phần lớn bệnh nhân trung tiện trong vòng 24h đầu sau mổ, CTCNS là 81,2%, CTCĐAĐ là 77,6%. Số còn lại đều trung tiện trong vòng 24h – 48h sau mổ.
- Không có sự khác biệt về thời gian trung tiện giữa hai phương pháp phẫu thuật với  $p = 0,497$ .

**Bảng 3.19. Thời gian hồi phục vận động sau mổ**

Thời gian phục hồi vận động		CTCNS (n = 234)		CTCĐAĐ (n = 76)	
		n	%	n	%
Ngày thứ nhất	Nằm	16	6.9	73	96
	Ngồi dậy	133	56.8	3	4
	Đi lại	85	36.3	0	0
Ngày thứ 2	Nằm	2	0.9	1	1.3
	Ngồi dậy	12	5.1	68	89.5
	Đi lại	220	94	7	9.2
Ngày thứ 3	Nằm	0	0	0	0
	Ngồi dậy	0	0	0	0
	Đi lại	234	100	76	100

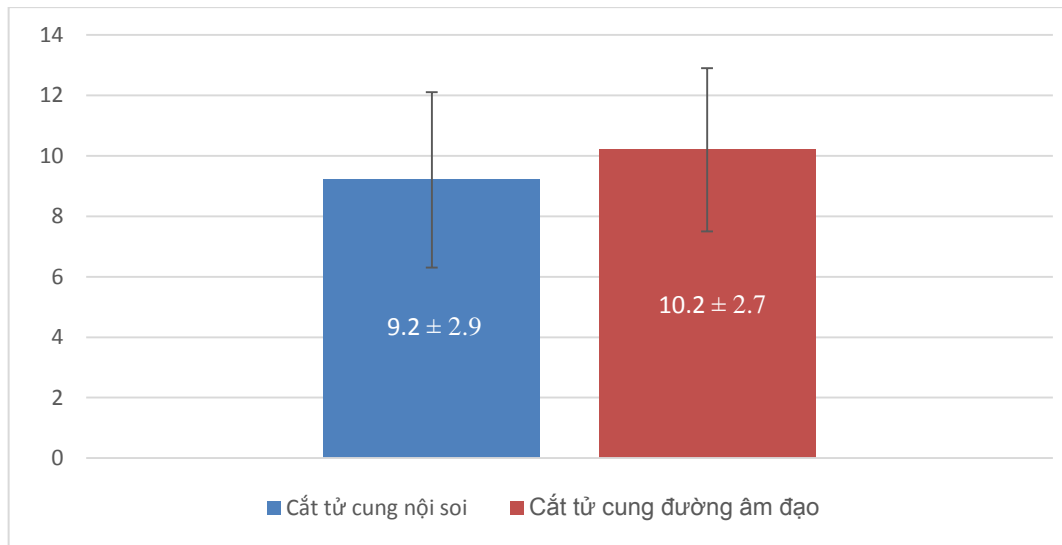
*Nhận xét:*

- Trong CTCNS, phần lớn bệnh nhân có thể ngồi dậy (56,8%) và có thể đi lại (36,3%) vào ngày thứ nhất sau mổ, chỉ có 16 bệnh nhân (6,6%) phải nằm tại chỗ. Ngày thứ 2 sau mổ chỉ còn 2 bệnh nhân phải nằm tại chỗ, còn lại phần lớn có thể đi lại được (94%). Ngày thứ 3 tất cả bệnh nhân đều có thể đi lại được.

- Trong CTCĐAĐ, ngày thứ nhất sau mổ có 94% bệnh nhân phải nằm tại chỗ, chỉ có 3 bệnh nhân có thể ngồi dậy. Ngày thứ 2 chỉ có 1 bệnh nhân phải nằm, 89,5% bệnh nhân có thể ngồi dậy, 9,2% bệnh nhân có thể đi lại. Ngày thứ 3 sau mổ tất cả bệnh nhân đều có thể đi lại.



### 3.3.8. Thay đổi nồng độ Hemoglobin sau mổ so với trước mổ



**Biểu đồ 3.5. Sự sụt giảm nồng độ Hb sau mổ so với trước mổ**

**Nhận xét:** Loại trừ số bệnh nhân được truyền máu trong mổ (5 bệnh nhân phẫu thuật nội soi và 3 bệnh nhân cắt tử cung đường âm đạo) và những bệnh nhân tai biến chảy máu, tụ máu sau mổ. Nồng độ Hb trung bình giảm đi (ngày thứ 2 sau mổ so với trước mổ) trong CTCĐAĐ là  $10,2 \pm 2,7$  g/l nhiều hơn so với CTCNS là  $9,2 \pm 2,9$  g/l với  $p = 0,007$  (*student's t test*).

### 3.3.9. Thời gian nằm viện sau mổ

**Bảng 3.20. Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian	Cắt tử cung nội soi		Cắt tử cung đường âm đạo		<b><math>p = 0.392</math></b> ( <i>student's t test</i> )
	n	%	n	%	
< 5 ngày	4	1.7	4	5.3	
5-7 ngày	222	94.9	68	89.5	
>7 ngày	8	3.4	4	5.2	
Tổng	234	100	76	100	
<b>Mean ± SD</b> <b>(Min – Max)</b>	6.4 ± 0.9 (4 – 10)		6.2 ± 1.1 (4 – 10)		

*Nhận xét:*

- Thời gian nằm viện sau mổ của bệnh nhân chủ yếu là 5 – 7 ngày (nội soi là 94,9%, đường âm đạo là 89,5%). Ở cả 2 phương pháp phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 10 ngày.

- Không có sự khác nhau về số ngày nằm viện sau mổ giữa hai nhóm bệnh nhân CTCNS và CTCĐAĐ với  $p = 0,392$ .

**3.3.10. Tỷ lệ thành công mỗi phương pháp phẫu thuật.****Bảng 3.21. Tỷ lệ thành của phương pháp CTCĐAĐ và CTCNS**

<b>Kết quả phẫu thuật</b>	<b>CTCNS</b>		<b>CTCĐAĐ</b>		<b><math>p &lt; 0.001</math></b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Thành công	234	95.5	76	95	
Chuyển mổ mở	11	4.5	4	5	
<b>Tổng</b>	245	100	80	100	

*Nhận xét:*

Có 11(4,5%) ca PTNS phải chuyển mổ mở trong tổng số 245 ca được chỉ định nội soi và 4 ca CTCĐA Đ chuyển mổ mở (5%) trong 80 ca có chỉ định CTCĐAĐ. Tỷ lệ chuyển mổ mở của 2 phương pháp không có sự khác biệt.

### 3.3.11. Các tai biến trong và sau mổ.

**Bảng 3.22. Các tai biến trong và sau mổ**

Các tai biến và biến chứng	Cắt tử cung nội soi (n=234)		Cắt tử cung đường âm đạo (n= 76)	
	n	%	n	%
Chảy máu mổ cắt	3	1.3	2	2.6
Tụ máu mổ cắt	2	0.8	2	2.6
Nhiễm trùng mổ cắt	7	3	4	5.3
Tổn thương hệ tiết niệu	2	0.8	1	1.3

*Nhận xét:*

- Trong số các trường hợp phẫu thuật nội soi, có 3 ca chảy máu mổ cắt sau mổ, 2 ca tụ máu mổ cắt, 2 ca tổn thương đường tiết niệu (1 ca tổn thương bàng quang trong mổ, 1 ca rò niệu quản sau mổ). Trong nhóm phẫu thuật qua đường âm đạo chảy máu mổ cắt và tụ máu mổ cắt mỗi loại 2 trường hợp, 1 ca tổn thương bàng quang trong mổ.

- Nhìn chung tỷ lệ tai biến không có sự khác nhau giữa 2 phương pháp phẫu thuật duy nhất có tỷ lệ nhiễm trùng mổ cắt trong CTCĐAĐ là 5.3% cao hơn trong CTCNS là 3% (OR = 1,7) tuy nhiên sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,382$ ).

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Tỷ lệ cắt tử cung.

Cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường âm đạo là 2 phương pháp cắt tử cung ít xâm lấn và được ứng dụng ngày càng rộng rãi, dần thay thế phương pháp cắt tử cung cổ điển là phẫu thuật mở bụng do những ưu điểm của nó có được. Tuy nhiên so với cắt tử cung đường âm đạo, cắt tử cung nội soi có xu hướng phổ biến hơn.

Tỷ lệ CTCĐAD theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Hình và cộng sự tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương những năm đầu thực hiện tăng dần theo thời gian, tỷ lệ này trong các năm 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 lần lượt là 3,1%; 4,4%; 8,9%; 11,7% và 20,1%.<sup>33</sup> Những năm gần đây không có tổng kết nào cho biết tỷ lệ CTCĐAD tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương nhưng theo quan sát của chúng tôi trong thời gian học tập tại đây, tỷ lệ này có lẽ đang giảm thay vào đó phẫu thuật nội soi xu hướng tăng dần.

Nghiên cứu của Adnan Orhan và cộng sự tại Bệnh viện đại học Bursa Uludag, Thổ Nhĩ Kỳ trên 7558 bệnh nhân cắt tử cung từ năm 1995 – 2018 cho thấy tỷ lệ CTCĐAD năm 1995 là 8% và năm 2018 tăng lên 29,7% (OR = 4,87) và tỷ lệ CTCNS năm 1995 chỉ có 2,4% nhưng năm 2018 lên tới 44,7% (OR = 33,22).<sup>34</sup> Như vậy cả hai phương pháp đều được sử dụng ngày càng nhiều tuy nhiên CTCNS phát triển vượt trội hơn hẳn so với CTCĐAD.

Nghiên cứu của Kathrine Dyhr Lycke và cộng sự tại Đan Mạch về xu hướng tỷ lệ cắt tử cung trong giai đoạn từ 2000 – 2015 cho thấy CTCNS có tỷ lệ trung bình hàng năm tăng 20,4% ngược lại tỷ lệ CTCĐAD có tỷ lệ trung bình hàng năm giảm 5,9%.<sup>35</sup>

Tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa những năm gần đây cũng theo xu hướng như vậy. Theo biểu đồ 3.1, tỷ lệ cắt tử cung đường âm đạo năm 2017 là 8,5% đến năm 2020 tỷ lệ này chỉ còn 4,8% ngược lại PTNS tăng từ 9,8% trong năm 2017 lên 18,5% trong năm 2020.

Điều này là do CTCĐAD là một kỹ thuật khó, phẫu trường hẹp, khó quan sát nên vấn đề thực hiện thao tác và kiểm soát chảy máu gặp khó khăn đặc biệt là những tử cung có kích thước lớn trong khi đó PTNS có tầm quan sát rộng, độ phân giải camera cao với sự hỗ trợ của dụng cụ hiện đại nên thao tác cắt, bóc tách và kiểm soát chảy máu tốt hơn nhiều so với CTCĐAD. Thêm vào đó, PTNS là xu hướng thời đại với sự phát triển của trang thiết bị, dụng cụ nội soi và các kỹ thuật vì thế nhiều phẫu thuật viên sẽ lựa chọn phương pháp này hơn là CTCĐAD.

## 4.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

### 4.2.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 4.1. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu của một số tác giả**

Tác giả	Tuổi trung bình	
	CTCNS	CTCĐAD
Lê Thị Hòa, Trương Quang Vinh (2013) <sup>27</sup>	45,2 ± 5,9	48,6 ± 4,4
Birsen Bilge và cộng sự (2018) <sup>29</sup>	50,08	50,91
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	38,56	40,47
Adnan Orhan và cộng sự (2019) <sup>34</sup>	50 ± 10,3	53,5 ± 13,5
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	46 ± 5.6	45 ± 5.02

Theo bảng trên ta có thể thấy tuổi trung bình các đối tượng trong nghiên cứu của Dr. Oby Nagar thấp hơn so với các tác giả còn lại. Điều này có lẽ do địa điểm nghiên cứu khác nhau, yếu tố địa dư, con người ở mỗi vùng miền khác nhau. Thêm vào đó cỡ mẫu nghiên cứu của tác giả này thấp (mỗi nhóm

có 30 bệnh nhân). Nhìn chung không có sự khác biệt nhiều về độ tuổi trung bình các đối tượng nghiên cứu giữa các tác giả.

Các nghiên cứu đều có đặc điểm chung là không có sự khác nhau về độ tuổi trung bình giữa hai nhóm CTCNS và CTCĐAĐ. Điều này có thể dễ hiểu do 2 nhóm bệnh nhân đều liên quan tới bệnh lý tử cung mà chủ yếu là UXTC, mặt bệnh này thường xuất hiện vào lứa tuổi trung niên. Thêm vào đó các phẫu thuật viên thường lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa vào các yếu tố như: kích thước tử cung, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, độ rộng rãi của âm đạo, sở thích, sở trường của phẫu thuật viên... và ít dựa vào tuổi.

#### **4.2.2. Nghề nghiệp.**

Biểu đồ 3.2 cho thấy nông dân vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân (CTCNS: 35,9%, CTCĐAĐ: 39,5%). Tỷ lệ nghề nghiệp CTCNS thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Văn Lựu tại Bệnh viện 198 - Bộ Công An với nghề nghiệp làm ruộng chiếm 59,3%<sup>36</sup>, Nguyễn Văn Đồng tại cùng bệnh viện với nghề nghiệp làm ruộng là 45,9%<sup>37</sup>, giống với nghiên cứu Nguyễn Thành Long trong CTCĐAĐ với tỷ lệ làm ruộng là 32,3%<sup>38</sup> và khác với các nghiên cứu của Trương Việt Bắc khi nghề nghiệp chủ yếu là tự do (37,5%) và công chức (32,5%).<sup>39</sup> Điều này là do khác nhau ở đặc điểm dân cư ở mỗi vùng miền.

Nghề nghiệp không phải là yếu tố trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật do đó trong nghiên cứu của chúng tôi nên nhìn chung không có sự khác nhau nhiều về tỷ lệ nghề nghiệp giữa hai nhóm bệnh nhân.

#### **4.2.3. Tiền sử sản khoa.**

Trong nghiên cứu chúng tôi, số bệnh nhân đẻ 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (CTCNS 75,2%, CTCĐAĐ 68,4%). Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có từ 3 lần đẻ trở lên trong CTCĐAĐ cao hơn so với CTCNS (OR = 1,9, p = 0,028).

Trong nghiên cứu của Birsen Bilge và cộng sự, số lần đẻ trung bình của các đối tượng nghiên cứu trong CTCNS là 2,62 lần thấp hơn so với trong CTCĐAĐ là 3,48 lần.<sup>29</sup> Theo nghiên cứu của Oby Nagar và cộng sự thì số lần đẻ trung bình trong CTCNS là 2,4 lần thấp hơn trong CTCĐAĐ là 3,8 lần.<sup>30</sup> Một nghiên cứu khác của Adnan Orhan và cộng sự với 1229 bệnh nhân CTCĐAĐ và 1192 bệnh nhân CTCNS thì số lần sinh  $\geq 3$  lần trong CTCĐAĐ là 38% cao hơn trong CTCNS là 32%.<sup>34</sup>

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự với 3 nghiên cứu trên. Giải thích điều này là do số lần đẻ mặc dù không phải là yếu tố trực tiếp nhưng lại là yếu tố gián tiếp trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân đẻ càng nhiều thì độ giãn nở và độ rộng của âm đạo càng cao nên việc tiến hành CTCĐAĐ dễ dàng hơn.

#### 4.2.4. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng.

**Bảng 4.2. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng của một số tác giả**

Tác giả	Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	
	CTCNS	CTCĐAĐ
Nguyễn Thành Long (2018) <sup>38</sup>	-	4,8%
Birsen Bilge và cộng sự (2018) <sup>29</sup>	37,5%	30%
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	33,33%	3,33%
Adnan Orhan và cộng sự (2019) <sup>34</sup>	71,6%	71,8%
Trương Việt Bắc (2020) <sup>39</sup>	13,3%	-
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	9,4%	3,9%

Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng có thể gây nên khó khăn trong phẫu thuật vùng bụng nói chung trong đó có trong cắt tử cung do dính các tạng trong tiểu khung. Dính tiểu khung nhiều cũng từng là chống chỉ định trong PTNS. Đặc biệt, CTCĐAĐ diện quan sát phẫu trường hẹp, các phương

tiện cố định tử cung nằm sâu gây khó khăn trong bóc lột, gỡ dính, kiểm soát vì vậy vấn đề dính các tạng tiểu khung do vết mổ cũ là một cản trở lớn trong CTCĐAĐ.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 9,4% các trường hợp CTCNS và 3,9% các trường hợp CTCĐAĐ là có phẫu thuật ổ bụng trước đó trong khi nghiên cứu của Adnan Orhancó tới 71,6% ca CTCNS và 71,8% ca CTCĐAĐ có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Trong nghiên cứu của Birsen Bilge cũng có tới 37,5% ca CTCNS và 30% ca CTCĐAĐ có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Điều này là do ở các nước phát triển các kỹ thuật này được thực hiện từ khá lâu cùng với đội ngũ chuyên gia phẫu thuật có trình độ tay nghề cao, gây mê hồi sức tốt cộng với thiết bị, máy móc hiện đại. Cụ thể nghiên cứu của Adnan Orhan được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Bursa Uludag là một trong những trung tâm phẫu thuật nội soi lớn nhất tại Thổ Nhĩ Kỳ. Thêm vào đó, phần lớn chỉ định CTCĐAĐ trong nghiên cứu này là những bệnh nhân có sa sinh dục, yếu tố giúp cho CTCĐAĐ được dễ dàng hơn trong khi nghiên cứu của Oby Nagar, Nguyễn Thành Long và nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhân không sa tử cung vì vậy tỷ lệ bệnh nhân CTCĐAĐ có tiền sử phẫu thuật ổ bụng thấp tương đương nhau.

Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa là một bệnh viện tuyến tỉnh, những năm gần đây có những tiến bộ trong CTCNS và CTCĐAĐ tuy nhiên CTCNS mới được bắt đầu năm 2013 và CTCĐAĐ bắt đầu thực hiện năm 2014 do đó kinh nghiệm còn chưa nhiều. Thêm vào đó, trang thiết bị vẫn chưa được tốt với điều kiện một bệnh viện tuyến tỉnh. Vì vậy cả trong CTCNS và CTCĐAĐ bệnh viện chúng tôi thường hạn chế lựa chọn những bệnh nhân có vết mổ cũ do đó mặc dù tỷ lệ có vết mổ cũ trên bệnh PTNS cao hơn CTCĐAĐ ( $OR = 2,5$ ) nhưng sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,129$ ).



#### 4.2.5. Tiền sử phụ khoa.

Theo bảng 3.5, tỷ lệ bệnh nhân có RLKN là 45,3% trong CTCNS giống với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn triệu chứng RLKN là 46,8%<sup>40</sup>. Trong CTCĐAĐ tỷ lệ này 47,4% gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thành Long là 52,1%.<sup>38</sup> Tiếp đến là tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện u xơ trước mổ là 69,2% trong CTCNS gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng là 72,4%,<sup>37</sup> cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp (2006) chỉ có 21,3% bệnh nhân phát hiện u xơ trước vào viện.<sup>41</sup> Trong CTCĐAĐ tỷ lệ phát hiện u xơ trước mổ là 55,3% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Long (2018) là 45,8%<sup>38</sup>. Cuối cùng tỷ lệ bệnh nhân được được điều trị nội khoa trước mổ trong CTCNS là 59% cao hơn một chút so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng (2017) tại cùng bệnh viện 54,4% và cao hơn hẳn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan (2005) tại BVPSTW khi chỉ có 12,5% bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ.<sup>42</sup>

Trong điều kiện xã hội phát triển như hiện nay, nhận thức của người dân về bệnh tật tốt hơn nên tỷ lệ đi khám định kỳ cao hơn nhiều so với nhiều năm trước đây vì vậy tỷ lệ phát hiện u xơ tử cung cao hơn nhiều. Thêm vào đó vấn đề điều trị nội khoa được chú trọng hơn, giúp cho khối u xơ giảm kích thước tạo điều kiện thuận lợi cho CTCNS và CTCĐAĐ. Vì đều được chú trọng trong vấn đề khám định kỳ phát hiện u xơ và điều trị nội khoa trước mổ nên không có sự khác nhau nhiều về tỷ lệ này ở cả hai nhóm bệnh nhân ( $p = 0,161$ ,  $p = 0,241$ ).

#### 4.2.6. Chỉ số khối cơ thể.

**Bảng 4.3. BMI trung bình các đối tượng nghiên cứu của một số tác giả**

Tác giả	BMI trung bình (kg/m <sup>2</sup> )	
	CTCNS	CTCĐAĐ
Lê Thị Hòa, Trương Quang Vinh (2013) <sup>27</sup>	21,8 ± 2,4	21,7 ± 1,9
Birsen Bilge và cộng sự (2018) <sup>29</sup>	30,02	30,38
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	25,65	25,25
Adnan Orhan và cộng sự (2019) <sup>34</sup>	28,4 ± 4,7	28,2 ± 4,5
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	21,4 ± 2,2	21,1 ± 2,5

Chỉ số BMI trung bình ở hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Hòa và Trương Quang Vinh và thấp hơn các nghiên cứu của Birsen Bilge, Oby Nagar, Adnan Orhan. Điều này là do đặc điểm thể hình con người Việt Nam nhỏ hơn so với các nước bên châu Âu, Ấn Độ.

Đặc điểm chung trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu còn lại là không có sự khác biệt về BMI trung bình giữa hai nhóm bệnh nhân. Qua quá trình thực hành tại bệnh viện chúng tôi nhận thấy vấn đề thể trạng bệnh nhân béo hay gầy không ảnh hưởng quá nhiều đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Thành bụng bệnh nhân dày hay mỏng không ảnh hưởng nhiều đến thao tác qua đường âm đạo. Trong PTNS cũng vậy thành bụng dày không gây quá nhiều khó khăn khi vào trocar qua thành bụng, khi ổ bụng được bơm CO<sub>2</sub> góc quan sát vẫn được đảm bảo. Tại bảng 3.16 cho thấy thời gian phẫu thuật ở cả hai phương pháp không phụ thuộc vào bệnh nhân có béo phì hay không.

### 4.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

#### 4.3.1. Triệu chứng lâm sàng.

##### *\* Triệu chứng cơ năng*

Tại bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có RLKN và đau bụng hạ vị chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân (RLKN trong CTCNS là 47,8%, trong CTCĐAĐ là 40,8%, đau hạ vị trong CTCNS là 43,6%, CTCĐAĐ là 31,6%). Đây cũng là 2 triệu chứng phổ biến nhất trong u xơ tử cung và là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng trong CTCNS là 60,7%<sup>37</sup> và Nguyễn Thành Long trong CTCĐAĐ 52,1% bệnh nhân bị rối loạn kinh nguyệt.<sup>38</sup> Điều này là do thời gian gần đây, ý thức bệnh nhân về bệnh tật tốt hơn nên tỷ lệ bệnh nhân đi khám định kỳ cao hơn nên giảm tỷ lệ các biến chứng do u xơ tử cung.

Số bệnh nhân tự sờ thấy u ở cả hai nhóm không nhiều (CTCNS là 5,1%, CTCĐAĐ là 2,6%). Tại BVPSTH, do vấn đề kinh nghiệm nên chúng tôi thường lựa chọn những bệnh nhân có kích thước tử cung không quá to để tiến hành phẫu thuật. Vì vậy tỷ lệ bệnh nhân tự sờ thấy u ở cả hai nhóm là rất thấp.

##### *\* Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng*

Tại bảng 3.8, tỷ lệ tử cung kích thước to bằng tử cung có thai 8 – 12 tuần là 69,2% trong CTCNS thấp hơn nghiên cứu của Trương Việt Bắc là 86,7%<sup>39</sup> và tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Lựu là 55,5%.<sup>36</sup> Trong CTCĐAĐ tỷ lệ này là 52,6% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thành Long 58,7%<sup>38</sup>. Sự khác nhau với nghiên cứu của Trương Việt Bắc là do trình độ, kinh nghiệm phẫu thuật viên, trang thiết bị của Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội hơn bệnh viện chúng tôi.

Tỷ lệ bệnh nhân CTCNS có kích thước to bằng tử cung có thai 8 – 12 tuần gấp 2,02 lần so với CTCĐAĐ ( $p = 0,008$ ). Điều này phù hợp với kỹ thuật CTCNS với diện quan sát rộng, thao tác kiểm soát tốt hơn nên có thể

tiến hành với tử cung có kích thước lớn hơn so với CTCĐAĐ khi mà phẫu trường hẹp, khó quan sát hơn. Tuy nhiên vì kinh nghiệm cùng với điều kiện thiết bị tại bệnh viện tuyến tỉnh như BVPSTH chưa cao nên các phẫu thuật viên cũng chưa lựa chọn những bệnh nhân có tử cung có kích thước to > 12 tuần để phẫu thuật.

#### **4.3.2. Đặc điểm siêu âm**

*\* Kích thước u xơ trên siêu âm (theo đường kính lớn nhất)*

Tại bảng 3.9 cho thấy kích thước u xơ trung bình trên siêu âm trong CTCNS là  $45,5 \pm 8,3$  mm trong đó tỷ lệ u xơ có kích thước > 60 mm chiếm 5,2% trong khi nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng tại cùng bệnh viện (2017) không có u xơ nào có kích thước > 60 mm.<sup>37</sup> Điều này cho thấy sự tiến bộ trong CTCNS tại BVPSTH trong những năm qua có thể CTCNS ở những trường hợp có kích thước tử cung lớn hơn. Tuy nhiên kích thước u xơ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Trương Việt Bắc tại BVPSHN (2020) với kích thước trung bình  $49,9 \pm 10,5$  mm trong đó tỷ lệ u xơ kích thước > 60 mm chiếm tới 17,5%.<sup>39</sup> Điều này dễ hiểu là do BVPSHN là một bệnh viện lớn tại Hà Nội phát triển hơn so với BVPSTH. Trong CTCĐAĐ tỷ lệ u xơ kích thước 50 – 60 mm là 18,4% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Long tại cùng bệnh viện là 30,1%<sup>38</sup>. Điều này có lẽ là do những năm gần đây, vấn đề CTCĐAĐ không còn được chú trọng phát triển so với CTCNS.

Cũng tại bảng 3.9 ta thấy kích thước u xơ tử cung trung bình trong CTCNS cao hơn trong nhóm CTCĐAĐ. Điều này dễ hiểu là do CTCNS có góc quan sát tốt hơn trong CTCĐAĐ nên dễ kiểm soát hơn, vì vậy được sử dụng cho những UXTC có kích thước lớn hơn.

*\* Vị trí UXTC trên siêu âm*

Trong CTCĐAĐ, UXTC chủ yếu gặp ở thân tử cung chiếm tỷ lệ 82,9%, 13,2% ở eo tử cung cao hơn trong CTCNS là 9% và 1 trường hợp ở cổ tử cung. Trong CTCNS Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp cắt tử cung qua nội soi có 5,7% u xơ ở eo tử cung và không có trường hợp nào u xơ ở cổ tử cung. Theo tác giả thì đối với u xơ tử cung ở eo và cổ tử cung sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật nội soi đặc biệt trong thì bóc tách bàng quang nên ít chỉ định cho nội soi.<sup>41</sup> Điều này nói lên ưu thế phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo đối với u xơ ở eo và cổ tử cung so với mổ nội soi cắt tử cung.

*\* Số lượng UXTC trên siêu âm*

Bảng 3.11 cho thấy bệnh nhân chủ yếu có 1 nhân xơ tử cung (CTCNS chiếm 81,6%, CTCĐAĐ chiếm. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng trong CTCNS là 83,3%<sup>37</sup> và của Nguyễn Thành Long trong CTCĐAĐ là 84,6%.<sup>38</sup> Số lượng u xơ có lẽ không ảnh hưởng nhiều tới lựa chọn phương pháp phẫu thuật nên không có sự khác nhau nhiều về số lượng UXTC ở cả hai nhóm bệnh nhân.

**4.3.3. Tình trạng thiếu máu trước mổ**

Các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là không có thiếu máu trước mổ ( $Hb \geq 110$  g/l) với tỷ lệ 82,9% trong CTCNS và 80,3% trong CTCĐAĐ còn lại số ít có thiếu máu từ nhẹ đến vừa và không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn một chút tại BVPSTW với tỷ lệ bệnh nhân không thiếu máu là 73%<sup>40</sup> trong CTCNS. Nghiên cứu của Đỗ Minh Thịnh tại BVPSTW có 20,7% thiếu máu nhẹ; 12,8% thiếu máu trung bình và 2,6% thiếu máu nặng.<sup>43</sup>

Tình trạng thiếu máu phản ánh hậu quả của bệnh lý UXTC vì khi kích thước tử cung quá to, nhiều u xơ, vị trí u xơ gần niêm mạc tử cung sẽ gây khó

khăn cho quá trình thực hiện phẫu thuật đặc biệt là PTNS. Mặt khác thiếu máu nặng ảnh hưởng đến tình trạng huyết động gây tăng nguy cơ chảy máu trong mổ và tăng gánh nặng cho gây mê hồi sức.

Tại BVPSTH vấn đề kinh nghiệm và điều kiện cơ sở vật chất chưa được cao, dự trữ máu tại bệnh viện không nhiều nên bệnh viện chúng tôi chưa thể lựa chọn nhiều những bệnh nhân có tình trạng thiếu máu đặc biệt là thiếu máu nặng để tiến hành phẫu thuật. Vì vậy ở cả hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này không có sự khác nhau nhiều về tình trạng thiếu máu trước mổ.

#### **4.4. Kết quả phẫu thuật**

##### ***4.4.1. Phương pháp vô cảm***

Tất cả bệnh nhân CTCNS trong nghiên cứu của chúng tôi đều được gây mê nội khí quản trong khi CTCĐAD chủ yếu là gây tê tủy sống (93,4%), số ít còn lại gây mê nội khí quản. Điều này là do trong PTNS là phẫu thuật cần phải sử dụng thuốc giãn cơ cao hơn do bơm CO<sub>2</sub> vào ổ bụng và cần phải kiểm soát huyết động. Sử dụng gây tê tủy sống chỉ tê vùng từ D10 trở xuống (từ rốn trở xuống, nếu cao hơn có nguy cơ liệt cơ hô hấp) và dùng ít giãn cơ hơn nên không thể bơm áp lực CO<sub>2</sub> cần thiết để phẫu thuật vì bơm cao sẽ gây đau cho bệnh nhân nhiều. Thêm vào đó PTNS có nguy cơ biến chứng liên quan đến tim mạch, hô hấp do bơm CO<sub>2</sub>, vì vậy việc gây mê NKQ là gần như tuyệt đối. Trái lại CTCĐAD gây tê tủy sống tốt hơn vì vùng phẫu thuật là âm đạo, tân sinh môn, thời gian phẫu thuật nhanh hơn PTNS, tránh được nhiều biến chứng do gây mê, chỉ sử dụng gây mê trong một số trường hợp chống chỉ định với gây tê tủy sống.

#### 4.4.2. Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật.

**Bảng 4.4. Trọng lượng tử cung trung bình sau phẫu thuật của một số tác giả**

Tác giả	Trọng lượng trung bình tử cung sau phẫu thuật (gr)	
	CTCNS	CTCĐAĐ
Kong-ju Choi và cộng sự (2012) <sup>44</sup>	297.3 ± 154.1	251.2 ± 144.2
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	465,93	469,33
Sailofsky và cộng sự (2021) <sup>32</sup>	384	376
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	264.6 ± 65.1	205.6 ± 61.5

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trọng lượng tử cung trung bình sau phẫu thuật trong nhóm CTCNS cao hơn so với CTCĐAĐ ( $p < 0,001$ ). Điều này phù hợp với kỹ thuật CTCNS với tầm quan sát rộng, có thể kiểm soát tốt nên áp dụng được với tử cung có kích thước và trọng lượng lớn hơn so với CTCĐAĐ. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng khác với 3 nghiên cứu còn lại.

Nghiên cứu của Kong-ju Choi tại Hàn Quốc cho thấy trọng lượng tử cung trung bình trong CTCNS cao hơn một chút so với CTCĐAĐ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,091$ ). Điều này liên quan tới trình độ phẫu viên và trang thiết bị tại cơ sở nghiên cứu khác nhau.

Nghiên cứu của Oby Nagar có trọng lượng tử cung trung bình lớn hơn và không có sự khác nhau giữa 2 nhóm bệnh nhân CTCNS và CTCĐAĐ. Điều này do địa điểm nghiên cứu của tác giả có điều kiện về trang thiết bị vật chất và con người có chất lượng tốt hơn bệnh viện chúng tôi rất nhiều nên có thể tiến hành được với những tử cung có kích thước lớn kể cả trong CTCĐAĐ. Thêm vào đó do đặc điểm sinh học của người dân tại đất nước tác giả nghiên cứu (Ấn Độ) khác với ở Việt Nam, âm đạo của các đối tượng nghiên cứu rộng rãi và giãn nở tốt hơn vì vậy có thể lấy tử cung ra dễ dàng hơn.

Cũng với lý do tương tự, nghiên cứu của Sailofsky tại Hoa Kỳ cũng cho thấy trọng lượng tử cung trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi và không có sự khác nhau giữa trọng lượng tử cung trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân. Lý do nữa đối tượng nghiên cứu của tác giả là những bệnh nhân có trọng lượng tử cung lớn ( $> 250$  gr) và bao gồm cả những trường hợp sa sinh dục.

#### 4.4.3. Thời gian phẫu thuật.

**Bảng 4.5. Thời gian phẫu thuật trung bình của các tác giả**

Tác giả	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	
	CTCNS	CTCĐAD
Kim H. B. và cộng sự (2010) <sup>45</sup>	179,95 $\pm$ 49.13	93,85 $\pm$ 19,79
Lê Thị Hòa, Trương Quang Vinh (2013) <sup>27</sup>	96,3 $\pm$ 23,5	77,3 $\pm$ 27,1
Birsen Bilge và cộng sự (2018) <sup>29</sup>	156.63	37.54
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	100.76	71.57
Sybil Sailofsky và cộng sự (2021) <sup>32</sup>	122	77
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	76,6 $\pm$ 17,3	69,9 $\pm$ 16,8

Nghiên cứu của chúng tôi quy ước thời gian CTCNS được tính từ lúc bắt đầu rạch mở lỗ trocar đầu tiên đến lúc đóng xong lỗ trocar cuối cùng, thời gian CTCĐAD tính từ lúc bắt đầu đặt van âm đạo tới khi đóng xong mồm cắt. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trong CTCNS thấp hơn so với các tác giả khác, đặc biệt là các nghiên cứu tại nước ngoài. Điều này là do các nước phát triển kỹ thuật cắt tử cung của họ có sự chuẩn chỉ và mô phạm hơn. Thứ hai là các trường hợp cắt tử cung của các tác giả nước ngoài có nhiều ca khó hơn như kích thước tử cung to, nhiều vết mổ cũ trong đó có



nghiên cứu của Kim H. B. thực hiện phẫu thuật trên bệnh nhân trọng lượng tử cung  $> 300 \text{ gr}^{45}$  nên thời gian phẫu thuật ở cả hai phương pháp là lâu nhất so với với các nghiên cứu còn lại, trong khi đó với kinh nghiệm tại bệnh viện chúng tôi chỉ tiến hành trên những trường hợp bệnh nhân không quá khó. Thời gian phẫu thuật CTCĐAĐ trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống với các nghiên cứu khác, chỉ lâu hơn của Birsen Bilge là 37,54 phút. Điều này có thể do chỉ định phẫu thuật trong nghiên cứu của tác giả chỉ có 11,4% là UXTC, còn lại các trường hợp có kích thước tử cung bình thường hoặc không quá to như: tổn thương CIN, quá sản nội mạc tử cung, lạc nội mạc trong cơ tử cung, polyp nội mạc tử cung, xuất huyết bất thường tử cung.<sup>29</sup>

Tất cả các nghiên cứu trên đều chỉ ra rằng thời gian phẫu thuật trong CTCĐAĐ ngắn hơn so với CTCNS. Điều này là do thao tác tiếp cận tử cung trong các thì CTCĐAĐ rõ ràng là nhanh hơn so với CTCNS khi mà kỹ thuật này cần phải tốn thời gian ở các thì như vào các lỗ trocar, chờ bơm  $\text{CO}_2$ , khảo sát ổ bụng, thao tác đốt cắt qua các trocar với dụng cụ kích thước dài hơn và đặc biệt là kỹ thuật khâu móm cắt qua nội soi khó và mất thời gian hơn nhiều so với khâu móm cắt trong CTCĐAĐ. Bên cạnh đó CTCNS tiến hành trên nhiều bệnh nhân khó hơn như kích thước tử cung to, có vết mổ cũ.

#### ***4.4.4. Ảnh hưởng của trọng lượng tử cung tới thời gian phẫu thuật.***

Biểu đồ 3.3 và 3.4 cho thấy trọng lượng tử cung và thời gian phẫu thuật đều tương quan tuyến tính đồng biến với nhau và có độ lớn mối tương quan cao ( $r = 0,779$  trong CTCNS và  $r = 0,682$  trong CTCĐAĐ). Nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Trương Việt Bắc tại BVPSHN trong CTCNS với hệ số tương quan rất cao  $r = 0,901^{39}$  và cả với nghiên cứu của Lê Thị Hòa, Trương Quang Vinh ở cả hai phương pháp cắt tử cung ( $r^2 = 0,2597$  trong CTCNS và  $r^2 = 0,3084$  trong CTCĐAĐ).<sup>27</sup>

Không phải trường hợp nào trọng lượng tử cung cũng tỷ lệ thuận với kích thước tử cung vì còn phụ thuộc vào vị trí nhân xơ ở tử cung (nhân xơ nằm càng sâu về phía niêm mạc thì kích thước tử cung càng ít thay đổi so với nhân xơ nằm về phía thanh mạc) và đặc điểm mô bệnh học của u xơ. Khối nhân xơ càng nhiều tế bào xơ hơn so với các sợi cơ trơn thì nhân xơ đó càng nặng. Tuy nhiên thì phần nhiều trọng lượng tử cung càng cao thì kích thước tử cung càng lớn và phẫu thuật sẽ càng mất nhiều thời gian hơn.

#### ***4.4.5. Ảnh hưởng của chỉ số khối cơ thể lên thời gian phẫu thuật.***

Tại bảng 3.16 cho thấy bệnh nhân có béo phì hay không không ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Mueller A. và cộng sự (2011) trên 567 bệnh nhân CTCNS cho thấy không có tương quan giữa BMI với thời gian PT với  $rs = 0,07$ <sup>46</sup> và giống với nghiên cứu của Lê Thị Hòa và Trương Quang Vinh cũng cho thấy không có sự khác nhau giữa thời gian phẫu thuật trên bệnh nhân béo phì và không béo vì ở cả hai phương pháp CTCNS và CTCĐAD.

Như chúng tôi đã nói ở trên, thành bụng bệnh nhân dày hay mỏng không ảnh hưởng nhiều đến thao tác qua đường âm đạo. Trong PTNS cũng vậy thành bụng dày không gây quá nhiều khó khăn khi vào trocar qua thành bụng, khi ổ bụng được bơm CO<sub>2</sub> góc quan sát vẫn được đảm bảo. Do đó vấn đề thể trạng bệnh nhân gầy hay béo không ảnh hưởng nhiều đến thời gian phẫu thuật.

#### ***4.4.6. Xử trí phần phụ trong phẫu thuật.***

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

Tại bảng 3.17 phần lớn bệnh nhân để lại 2 phần phụ trong cả 2 nhóm. Có 69 trường hợp (29,5%) CTCNS và 12 trường hợp (15,8%) CTCĐAD được cắt

bỏ hai phần phụ. Những trường hợp cắt 2 phần phụ trong CTCNS gồm 44 trường hợp > 50 tuổi và 25 trường hợp < 50 tuổi nhưng có u buồng trứng 2 bên kèm theo hoặc phần phụ bị tổn thương, viêm dính nặng. Trong CTCĐAĐ có 12 trường hợp cắt 2 phần phụ gồm 11 bệnh nhân > 50 tuổi và 1 bệnh nhân < 50 tuổi có u buồng trứng 2 bên kèm theo. Các trường hợp còn lại cắt 1 phần phụ đều có tổn thương 1 bên buồng trứng (u buồng trứng, tổn thương viêm dính nặng). Theo Nguyễn Văn Giáp những đối tượng nghiên cứu trong quá trình phẫu thuật nếu phần phụ nào quá dính thì nên cắt bỏ, chỉ để lại phần phụ bên ít dính hơn.<sup>41</sup>

Xu hướng hiện nay trong phẫu thuật TC đã thay đổi so với trước đây. Sự e ngại để lại buồng trứng ở tuổi gần mãn kinh hay đã mãn kinh sẽ là một tiềm năng xuất hiện bệnh lý của buồng trứng đã được cân nhắc với lợi ích của nó tác động trên sức khỏe của người phụ nữ sau khi cắt TC, và kết quả sẽ tùy thuộc sự tư vấn khoa học của thầy thuốc và nguyện vọng của bệnh nhân. Khi bảo tồn buồng trứng, một phần còn lại của vòi tử cung được để lại, vấn đề này không được giải thích rõ trong sách phụ khoa kinh điển và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của nó đến kết quả phẫu thuật.<sup>47</sup> Vì vậy quan điểm tại bệnh viện chúng tôi, những bệnh nhân > 50 tuổi gần như có chỉ định cắt tử cung + 2 phần phụ ở bất kỳ phương pháp cắt tử cung nào

Chúng tôi nghĩ rằng ở các phụ nữ chưa mãn kinh nhất là dưới 45 tuổi giữ lại phần phụ cho họ sẽ đảm bảo chức năng sinh lý sau phẫu thuật. Nếu phần phụ bị cắt bỏ khi còn kinh nguyệt sẽ gây các rối loạn về thần kinh - nội tiết - thể dịch dù thoáng qua cũng sẽ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ.

Có sự khác nhau về tỷ lệ cắt phần phụ ở 2 nhóm bệnh nhân ( $p = 0,024$ ), cụ thể tỷ lệ cắt phần phụ (1 hoặc 2 phần phụ) trong nhóm CTCNS cao hơn so với CTCĐAĐ. Điều này có 2 lý do, thứ nhất tỷ lệ bệnh nhân > 50 tuổi trong

CTCNS cao hơn so với CTCĐAĐ. Thứ hai, những bệnh nhân có u buồng trứng kèm theo (xác định qua siêu âm) đa phần chúng tôi lựa chọn PTNS để thực hiện do PTNS có ưu điểm quan sát rộng nên vấn đề kiểm soát và xử trí u buồng trứng sẽ tốt hơn, dễ dàng hơn, tránh bỏ sót so với CTCĐAĐ với phẫu trường hẹp, khó kiểm soát.

#### **4.4.7. Diễn biến sau mổ.**

##### **4.4.7.1. Tình trạng sốt của người bệnh sau mổ.**

Nhiễm khuẩn sau mổ là một trong những biến chứng nặng cho bệnh nhân. Một trong các dấu hiệu đầu tiên của nhiễm khuẩn là sốt, theo dõi nhiệt độ cơ thể bệnh nhân hàng ngày là điều bắt buộc đối với công tác điều dưỡng.

**Bảng 4.6. Tình trạng sốt sau mổ của một vài tác giả**

<b>Tác giả</b>	<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	<b>Tỷ lệ % sốt sau mổ</b>		
		<b>Ngày 1</b>	<b>Ngày 2</b>	<b>Ngày 3</b>
Đỗ Minh Thịnh (2007) <sup>43</sup>	CTCĐAĐ	13,2%	7,1%	5,6%
Nguyễn Văn Lựu(2014) <sup>36</sup>	CTCNS	10%	8%	2%
Nguyễn Văn Đồng (2017) <sup>37</sup>	CTCNS	9,5%	5,1%	1,3%
Nguyễn Thành Long (2018) <sup>38</sup>	CTCĐAĐ	15,2%	9,1%	5,5%
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	CTCNS	8,5%	6,4%	1,3%
	CTCĐAĐ	14,5%	9,2%	3,9%

Qua một vài nghiên cứu trên, ta có thể thấy phần lớn bệnh nhân không có sốt sau mổ. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ sốt ngày đầu và tỷ lệ này giảm dần qua các ngày sau. Bên cạnh đó bảng trên cũng cho ta thấy tỷ lệ bệnh nhân sốt trong CTCĐAĐ cao hơn so với CTCNS đặc biệt ngày thứ nhất sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân sốt ngày đầu trong CTCĐAĐ là 14,5% cao hơn trong CTCNS là 8,5% và cũng tương đương với nghiên cứu

của Đỗ Minh Thịnh (13,2%) và Nguyễn Thành Long (15,2%) trong CTCĐAĐ. Tỷ lệ sốt ngày đầu trong CTCNS của nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lựu và Nguyễn Văn Đồng.

Sốt ngày đầu sau mổ thường là do phản ứng viêm sau mổ, không liên quan đến vấn đề nhiễm trùng (vì không dùng thêm kháng sinh sau mổ sau khi đã dùng kháng sinh dự phòng).<sup>48</sup> Theo JF Peipert tần suất sốt sau mổ cắt tử cung nói chung là 14%, các nguy cơ cho sốt sau phẫu thuật cắt tử cung là không sử dụng kháng sinh dự phòng và bệnh nhân mất nhiều máu khi mổ. Tác giả đưa ra kết luận: để làm giảm bệnh suất sốt sau phẫu thuật nên tập trung vào việc phẫu thuật tỉ mỉ để tránh mất máu nhiều và sử dụng thường quy và thời gian thích hợp điều trị kháng sinh dự phòng.<sup>49</sup>

Tỷ lệ sốt trong CTCĐAĐ trong nghiên cứu của chúng tôi và cũng như một vài tác giả khác thường cao hơn trong CTCNS có lẽ liên quan đến vấn đề mất máu trong mổ. Trong CTCĐAĐ lượng máu mất thường nhiều hơn trong CTCNS nên phản ứng sốt sau mổ thường xảy ra hơn trong CTCĐAĐ.

#### 4.4.7.2. Thời gian trung tiện sau mổ.

Tại bảng 3.18 cho thấy, phần lớn bệnh nhân trung tiện trong 24h đầu (CTCNS là 81,2%, CTCĐAĐ là 77,6%), các bệnh nhân còn lại đều trung tiện vào ngày thứ 2 (24h – 48h) sau mổ. Không có bệnh nhân nào phải chờ đến sau 48h. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đỗ Minh Thịnh trong CTCĐAĐ với Nghiên cứu của Đỗ Minh Thịnh cho thấy 78,9% bệnh nhân trung tiện được vào cuối hay đêm ngày thứ nhất sau mổ.<sup>43</sup> Tất cả các bệnh nhân còn lại đều trung tiện vào ngày thứ hai. Kết quả trên cao hơn so với Nguyễn Đình Tời (57% bệnh nhân trung tiện vào ngày thứ nhất, 42% trung tiện vào ngày thứ 2 và 1% trung tiện vào ngày thứ 3) <sup>48</sup> trong CTCĐAĐ và thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp trong CTCNS với 89,3% bệnh nhân có thể trung tiện được vào ngày thứ nhất. Sự khác nhau này có thể do khác nhau ở kỹ thuật mổ và vấn đề gây mê, gây tê.

Theo một số giả thiết, liệt ruột sau mổ do kích hoạt sự ức chế cung phản xạ tủy sống. Về mặt giải phẫu, nó liên quan đến 3 phản xạ khác nhau : phản xạ siêu ngắn trong thành ruột, phản xạ ngắn liên quan đến hạch trước cột sống và phản xạ dài liên quan đến tủy sống.<sup>53</sup> Các phản xạ dài là quan trọng nhất. Kỹ thuật gây tê tủy sống, cắt giao cảm bụng và cắt giảm thần kinh đã được chứng minh có thể ngăn ngừa hoặc làm giảm bớt nguy cơ liệt ruột.

Như vậy trong CTCĐAĐ thường được gây tê tủy sống, phẫu thuật ít đụng chạm đến ruột nên về lý thuyết CTCĐAĐ ít gây liệt ruột cơ năng hơn. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không có không thấy có sự khác nhau về thời gian trung tiện giữa hai nhóm bệnh nhân ( $p = 0,497$ ). Có lẽ cỡ mẫu trong nhóm CTCĐAĐ của chúng tôi ít, thêm vào đó chúng tôi chưa tính thời gian trung tiện cụ thể theo giờ từ lúc mổ xong đến lúc bệnh nhân trung tiện được.

#### 4.4.7.3. Thời gian phục hồi vận động sau mổ.

Tại bảng 3.19 cho thấy phần lớn bệnh nhân CTCNS có thể ngồi dậy và đi lại trong ngày đầu sau mổ, chỉ có 6,9% số bệnh nhân phải nằm tại chỗ. Trái lại có tới 96% bệnh nhân CTCĐAĐ phải nằm tại chỗ, chỉ có 3 bệnh nhân (4%) có thể ngồi dậy. Ngày thứ 2 thì có tới 94% bệnh nhân CTCNS có thể đi lại và 89,5% bệnh nhân CTCĐAĐ có thể ngồi dậy. Ngày thứ 3 sau mổ tất cả bệnh nhân đều có thể đi lại. Nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng khi có tới 95,9% bệnh nhân CTCNS có thể ngồi dậy hoặc đi lại<sup>37</sup> và giống với nghiên cứu của Đỗ Minh Thịnh khi toàn bộ 266 bệnh nhân (100%) CTCĐAĐ phải nằm tại giường trong ngày thứ nhất sau mổ.<sup>43</sup> Theo nghiên cứu của Oby Nagar và cộng sự thì thời gian trung bình phục hồi vận động sau mổ ở nhóm bệnh nhân CTCNS là 3,43 ngày thấp hơn so với nhóm bệnh nhân CTCĐAĐ là 4,8 ngày ( $p < 0,001$ ).<sup>30</sup>

Như vậy nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian phục hồi vận động sau mổ CTCĐAĐ kém hơn hơn so với CTCNS.

#### 4.4.8. Thay đổi nồng độ Hemoglobin sau mổ so với trước mổ.

Lượng máu mất sau phẫu thuật là một vấn đề quan tâm trong nhiều nghiên cứu. Lượng máu mất trong mổ được tính bằng tổng lượng máu mất đi của bệnh nhân từ khi bắt đầu phẫu thuật đến lúc kết thúc phẫu thuật. Trong PTNS đo lường lượng máu mất trong mổ được tính bằng ml dựa vào số lượng dịch trong bình hút trừ đi lượng dịch đưa vào rửa ổ bụng. Tuy nhiên đối với phẫu thuật CTCĐAĐ thì việc ước lượng này rất khó và hầu hết chúng tôi không định lượng được. Vì vậy, tất cả bệnh nhân sau mổ chúng tôi đều làm lại công thức máu vào ngày thứ 2 sau mổ và so nồng độ Hb với trước mổ để so sánh lượng máu mất giữa hai nhóm bệnh nhân. Những trường hợp được truyền máu (5 bệnh nhân CTCNS và 3 bệnh nhân CTCĐAĐ được truyền máu trong mổ) và những bệnh nhân có tai biến chảy máu hoặc tụ máu sau mổ (5 trường hợp CTCNS và 4 trường hợp CTCĐAĐ) chúng tôi loại trừ không đưa vào so sánh.

**Bảng 4.7. Sự thay đổi nồng độ Hemoglobin sau mổ so với trước mổ của một số tác giả**

Tác giả	Sự thay đổi nồng độ Hb sau mổ so với trước mổ (g/l)	
	CTCNS	CTCĐAĐ
Kong-Ju Choi và cộng sự (2012) <sup>44</sup>	$12 \pm 7$	$10 \pm 7$
Chattopadhyay S và cộng sự (2017) <sup>50</sup>	$9 \pm 3,85$	$11,5 \pm 5,18$
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	5,6	5
Hyo-Shin Kim và cộng sự (2020) <sup>55</sup>	19	18
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	$9,2 \pm 2,9$	$10,2 \pm 2,7$

Nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Chattopadhyay S khi mà nồng độ Hb trung bình giảm đi trong CTCĐAĐ cao hơn so với

CTCNS và khác với nghiên cứu của Kong-Ju Choi, Oby Nagar và Hyo-Shin Kim khi mà nồng độ Hb trung bình giảm đi trong CTCNS cao hơn trong CTCĐAĐ, tuy vậy sự khác nhau trong nghiên cứu của Kong-Ju Choi không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,116$ ). Trong nghiên cứu của Raxita Patel (2014) và cộng sự lượng máu mất trung bình trong CTCNS là 204,4 ml cao hơn trong CTCĐAĐ là 187,01 ml.<sup>51</sup> Nghiên cứu của Birsen Bilge (2018) lượng hematocrit trung bình giảm đi sau mổ trong CTCNS là 7% cao hơn trong CTCĐAĐ là 3,46%.<sup>29</sup>

Như vậy so sánh lượng máu mất giữa hai phương pháp phẫu thuật còn khác nhau ở nhiều nghiên cứu. Điều này có lẽ liên quan đến kỹ thuật mổ, trình độ, sở trường của các phẫu thuật viên mỗi nơi là khác nhau. Tại bệnh viện chúng tôi, CTCĐAĐ thường mất máu nhiều hơn do kỹ thuật mổ này thao tác qua đường âm đạo mà mạch máu tại khu vực này khá dồi dào cộng thêm phẫu trường hẹp khó kiểm soát chảy máu. Thêm vào đó theo thói quen hầu hết phẫu thuật viên không sử dụng dao điện trong CTCĐAĐ nên việc cầm máu hạn chế hơn. Ngược lại trong CTCNS vẫn dễ kiểm soát chảy máu tốt hơn do diện quan sát rộng rãi với việc sử dụng đốt lưỡng cực (Bipolair) đốt cầm máu, đốt tổ chức trước khi cắt nên có thể hạn chế việc chảy máu.

#### ***4.4.9. Thời gian nằm viện sau mổ.***

Thời gian nằm viện sau mổ được tính từ ngày phẫu thuật đến ngày ra viện. Khoảng thời gian này phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong quá trình phẫu thuật như: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian phục hồi chức năng ruột, các biến chứng sớm sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có khoảng thời gian nằm viện chủ yếu là 5 – 7 ngày với 94,9% trường hợp CTCNS và 89,5% trường hợp CTCĐAĐ (Bảng 3.20). Có 8 bệnh nhân CTCNS và 4 bệnh nhân CTCĐAĐ nằm viện > 7 ngày trong đó lâu nhất 10 ngày là những bệnh nhân có biến chứng sớm sau mổ như chảy máu mồm cắt, tụ máu mồm cắt hoặc



nhiễm trùng mồm cắt mà chủ yếu là nhiễm trùng mồm cắt khi phải điều trị kháng sinh kéo dài hơn. Thời gian nằm viện sau mổ thường tương ứng với số ngày điều trị kháng sinh sau mổ.

**Bảng 4.8. So sánh thời gian nằm viện sau mổ của một vài nghiên cứu**

Tác giả	Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày)		p
	CTCNS	CTCĐAĐ	
Kong-Ju Choi và cộng sự (2012) <sup>44</sup>	7,5 ± 0,9	7,5 ± 1,2	0,787
Slavcho T. Tomov và cộng sự (2015) <sup>56</sup>	3,14 ± 1,23	5,29 ± 1,42	< 0,05
Lê Thị Hòa, Trương Quang Vinh (2013) <sup>27</sup>	4,8 ± 1,3	5,4 ± 3,4	> 0,05
Oby Nagar và cộng sự (2018) <sup>30</sup>	5,7	7,13	< 0,001
Birsen Bilge và cộng sự (2018) <sup>29</sup>	4	2	< 0,001
<b>Nguyễn Thị Tú Anh (2021)</b>	6,4 ± 0,9	6,2 ± 1,1	0,392

So sánh số ngày nằm viện giữa hai phương pháp phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi giống với nghiên cứu của Kong-Ju Choi và Lê Thị Hòa khi mà không có sự khác nhau về số ngày nằm viện trong CTCNS và CTCĐAĐ tuy nhiên lại khác với các nghiên cứu còn lại. Nghiên cứu của Slavcho T. Tomov và Oby Nagar cho thấy số ngày nằm viện trong CTCĐAĐ dài hơn so với CTCNS trong khi nghiên cứu của Birsen Bilge thì số ngày nằm viện trong CTCĐAĐ ngắn hơn CTCNS. Nghiên cứu của Seung Hyun Lee và cộng sự (2019) bằng phân tích gộp gồm 1618 bệnh nhân của 18 nghiên cứu không thấy khác nhau giữa số ngày nằm viện ở 2 phương pháp cắt tử cung.<sup>31</sup> Có lẽ điều này là do kỹ thuật mổ, trình độ, kinh nghiệm và sở trường của phẫu thuật viên, điều kiện chăm sóc và điều trị hậu phẫu khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi có số ngày nằm viện dài hơn so với một số nghiên cứu khác đặc biệt trong CTCNS. Sở dĩ như trên là vì bệnh viện chúng tôi triển khai 2 kỹ thuật cắt tử cung này chưa lâu nên kinh nghiệm chưa có nhiều kèm theo điều kiện chăm sóc hậu phẫu tại bệnh viện chưa thực sự tốt. Vì vậy chúng tôi muốn theo dõi đến khi tình trạng bệnh nhân thật sự ổn định mới cho ra viện vì sợ biến chứng sau mổ. Mặt khác việc không dùng kháng sinh dự phòng và thói quen sử dụng kháng sinh dài ngày của thầy thuốc (thường dùng kháng sinh từ 6 – 7 ngày sau mổ) dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài hơn.

#### ***4.4.10. Tỷ lệ thành công mỗi phương pháp và các tai biến trong và sau mổ.***

Tại bảng 3.21 cho thấy có 11/245 trường hợp được chỉ định CTCNS và 4/80 trường hợp được chỉ định CTCĐA Đ phải chuyển mổ mở. Lý do thường gặp là do dính nhiều ở tiểu khung khiến cho việc thao tác qua nội soi đặc biệt là qua đường âm đạo không khả thi. Thứ hai hay gặp là trong quá trình phẫu thuật tổn thương mạch máu, chảy máu nhiều khó cầm máu.

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp tổn thương hệ tiết niệu trong CTCNS trong đó 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong do bóc tách, gỡ dính bàng quang ở bệnh nhân có vết mổ cũ, bàng quang treo cao. Bệnh nhân được kiểm tra bằng bơm xanh methylen vào bàng quang phát hiện có lỗ thủng nhỏ. Tuy nhiên do lỗ thủng nhỏ nên bệnh nhân không can thiệp trong mổ mà được điều trị bằng đặt sonde tiểu liên tục 7 ngày sau mổ. Sau đó bệnh nhân ổn định ra viện. Một bệnh nhân có biến chứng rò niệu quản phát hiện vào ngày thứ 3 sau mổ khi dẫn lưu ổ bụng ra nhiều nước tiểu. Bệnh nhân sau đó được chuyển chuyên khoa tiết niệu điều trị. Trong CTCĐAĐ có 1 ca rách bàng quang trong mổ trong thì đẩy bàng quang lên cao. Bệnh nhân sau đó được mời chuyên khoa ngoại tiết niệu khâu phục hồi bàng quang điều trị theo dõi sát sau mổ. Sau 10 ngày bệnh nhân ổn định xuất viện.

Biến chứng hay gặp nhất ở cả hai phương pháp phẫu thuật là nhiễm trùng mủm cắt với 7 ca CTCNS (3%) và 4 ca CTCĐAĐ (5,2%). Trong đó có 4 trường hợp CTCNS và 2 trường hợp CTCĐAĐ được phát hiện sau mổ ngày thứ 5, các trường hợp còn lại ra viện và quay trở lại bệnh viện với các triệu chứng ra nhiều dịch mủ, hôi. Tất cả bệnh nhân đều được dùng kháng sinh, làm thuốc âm đạo. Các bệnh nhân đều ổn định và ra viện. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng trong CTCNS tại cùng bệnh viện với tỷ lệ nhiễm trùng mủm cắt là 4,8%<sup>37</sup> và nghiên cứu của Nguyễn Thành Long trong CTCĐAĐ với tỷ lệ 7,3%<sup>38</sup> cũng tại cùng bệnh viện. Điều này nói lên kỹ thuật mổ và vấn đề chăm sóc, điều trị hậu phẫu cho bệnh nhân đã có nhiều tiến bộ so với trước đây. Các trường hợp chảy máu mủm cắt đều được xử trí bằng chèn gạc hoặc khâu lại cầm máu qua đường âm đạo, các bệnh nhân đều ổn định. Các trường hợp tụ máu mủm cắt (2 bệnh nhân CTCNS và 2 bệnh nhân CTCĐAĐ) đều được điều trị kháng sinh liều cao và theo dõi sát tiến triển của khối máu tụ. Có 1 trường hợp CTCĐAĐ được chọc hút khối máu tụ dưới hướng dẫn siêu âm. Các bệnh nhân đều ổn định, không có trường hợp nào phải mổ lại.

Theo nghiên cứu của Slavcho T. Tomov và cộng sự (2015) trên 1023 bệnh nhân cắt tử cung với 4 phương pháp gồm 635 bệnh nhân CTCNS, 289 ca cắt tử cung đường mở bụng, 45 ca CTCĐAĐ và 54 ca cắt tử cung dưới sự hỗ trợ của robot. Kết quả cho thấy tất cả bệnh nhân CTCĐAĐ không có tai biến trong khi CTCNS có 5 ca tổn thương bàng quang – tiết niệu, 9 ca chảy máu phải mổ lại, 3 ca tụ máu thành bụng trước.<sup>56</sup> Nghiên cứu của Birsen Bilge và cộng sự (2018) cho thấy tất cả trường hợp CTCĐAĐ không có biến chứng hệ tiết niệu trong khi có 8,6% trường hợp CTCNS có tổn thương bàng quang và niệu quản.<sup>29</sup> Năm 2021, Sybil Sailofsky và cộng sự nghiên cứu trên 1870 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo và 3740 trường hợp cắt tử

cung hoàn toàn nội soi với trọng lượng tử cung > 250 gr. Kết quả cho thấy tỷ lệ tai biến chung giữa hai phương pháp là như nhau, tỷ lệ tổn thương niệu quản trong mổ nội soi cao hơn so với đường âm đạo (1.2% vs 0.2%, OR 0.12).<sup>32</sup>

Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi và một vài nghiên cứu khác đều cho thấy tai biến tổn thương đường tiết niệu (bàng quang, niệu quản) hay gặp trong CTCNS hơn. Điều này cho thấy ưu điểm của CTCĐAĐ so với CTCNS. Một phần do CTCNS thường tiến hành trên những bệnh nhân khó hơn như tử cung to, dính vùng chậu...thứ hai thao tác đốt cắt trong PTNS không cẩn thận có thể gây tổn thương niệu quản, bàng quang. CTCĐAĐ trong thì đẩy bàng quang lên cao có thể tách rời niệu quản ra xa động mạch tử cung nên ít nguy cơ gây tổn thương niệu quản.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 234 trường hợp CTCNS và 76 trường hợp CTCĐAĐ tại BVPSTH trong 2 năm 2019 – 2020, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu, lâm sàng, cận lâm sàng

- Không có sự khác nhau về tuổi trung bình các đối tượng nghiên cứu ở 2 nhóm bệnh nhân (CTCNS là  $46 \pm 5,6$  tuổi, CTCĐAĐ là  $45 \pm 5,02$  tuổi).
- Tỷ lệ đẻ  $\geq 3$  lần trong CTCĐAĐ gấp 1,9 lần so với CTCNS.
- Không có sự khác nhau về tiền sử phụ khoa, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, chỉ số BMI ở 2 nhóm bệnh nhân.
- Rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng phổ biến nhất sau đó đến đau bụng vùng hạ vị ở cả 2 nhóm bệnh nhân.
- Kích thước u xơ tử cung trên siêu âm của CTCNS là  $45,5 \pm 8,3$  mm cao hơn so với nhóm CTCĐAĐ là  $40,2 \pm 7,8$  mm. Đa số bệnh nhân có 1 nhân xơ trên siêu âm và nhân xơ chủ yếu nằm ở thân tử cung ở cả 2 nhóm.
- Phần lớn các bệnh nhân ở cả 2 nhóm không có thiếu máu trước mổ.

### 2. Kết quả phẫu thuật.

- Trọng lượng tử cung trong CTCNS là  $264,6 \pm 65,1$  gr cao hơn trong CTCĐAĐ là  $205,6 \pm 61,5$  gr.
- Thời gian phẫu thuật trong CTCNS là  $76,6 \pm 17,3$  phút dài hơn CTCĐAĐ là  $69,9 \pm 16,8$  phút.
- Thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung có mối tương quan thuận với nhau ở cả 2 phương pháp phẫu thuật.
- Tỷ lệ cắt phần phụ (1 hoặc 2 phần phụ) trong CTCNS cao hơn CTCĐAĐ.

- Mức độ đau sau phẫu thuật ngày thứ nhất (theo VAS) trong CTCNS là  $5,8 \pm 1,3$  cm thấp hơn trong CTCĐAĐ là  $6,4 \pm 1,1$  cm.
- Thời gian phục hồi vận động sau mổ trong CTCĐAĐ kém hơn CTCNS.
- Mức độ mất máu trong mổ dựa trên sự sụt giảm nồng độ Hb sau mổ so với trước mổ trong CTCNS là  $9,2 \pm 2,9$  g/l thấp hơn CTCĐAĐ là  $10,2 \pm 2,7$  g/l.
- Không có sự khác nhau về thời gian trung tiện (tất cả bệnh nhân đều trung tiện trong vòng 48h đầu sau mổ) và thời gian nằm viện (CTCNS:  $6,4 \pm 0,9$  ngày, CTCĐAĐ:  $6,2 \pm 1,1$  ngày).
- Tỷ lệ nhiễm trùng mồm cắt gặp nhiều nhất ở 2 nhóm bệnh nhân (CTCNS là 3%, CTCĐAĐ là 5,2%), 2 trường hợp CTCNS và 1 trường hợp CTCĐAĐ có tổn thương đường tiết niệu.

## KIẾN NGHỊ

Tiếp tục đẩy mạnh ứng dụng, phát triển 2 phương pháp cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường âm đạo trong thời gian tới. Tăng cường đào tạo, nâng cao số lượng và chất phẫu thuật viên có chuyên môn và tay nghề cao để thực hiện được 2 kỹ thuật này. Đầu tư thêm trang thiết bị để thực hiện tốt hai kỹ thuật trên.

Mở rộng chỉ định 2 phương pháp cắt tử cung nội soi và đường âm đạo dần với những ca khó hơn như: kích thước tử cung lớn hơn ( $> 12$  tuần), có vết mổ cũ, có u buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, ứ mủ vòi trứng kèm theo...

Nâng cao năng lực điều trị và chăm sóc hậu phẫu giúp giảm các biến chứng như nhiễm trùng, giảm thời gian nằm viện và điều trị kháng sinh cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Frances CJ, Lucas CA, Buie VC, Golosinskiy A. 2006. National Hospital Discharge Survey, *National Health Statistics Report*. 2008; 5: 1–20
2. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM et al. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States 2000-2004. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 2008; 198(1): 34 e1-7
3. Lepine LA, Hillis SD, Marcbanks PA, Koonin LM, Morrow B, Kieke BA et al. Hysterectomy surveillance-United States 1980-1993. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1997; 46(4):1-15
4. Kathrine Dyhr Lycke, Johnny Kahlert, Rikke Damgaard, Ole Mogensen, Anne Hammer. Trends in Hysterectomy Incidence Rates During, 2000–2015 in Denmark: Shifting from Abdominal to Minimally Invasive Surgical Procedures. *Clinical Epidemiology*. 2021; 13: 407 - 416
5. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 8(3):CD003677.
6. Driessen SR, Van Zwet EW, Haazebroek P, Sandberg EM, Blikkendaal MD, Twijnstra AR, et al. A dynamic quality assessment tool for laparoscopic hysterectomy to measure surgical outcomes. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 2016; 215(6): 754 e18.
7. Moen MD, Richter HE. Vaginal hysterectomy: past, present, and future. *International Urogynecol Journal*. 2014; 25(9):1161–5.
8. Candiani M, Izzo S, Bulfoni A, Riparini J, Ronzoni S, Marconi A. Laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 2009; 200(4):368 e1–7



9. Nguyễn Quang Quyền. *Bài giảng giải phẫu học (tập 2)*. In lần thứ 17. Thành phố Hồ Chí Minh: Nhà xuất bản y học; 2015: 222 - 232.
10. Frank H. Netter, MD. *ATLAS giải phẫu người*. In lần thứ 6. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2016: 400.
11. Phan Trường Duyệt. Giải phẫu có liên quan đến phẫu thuật ở tử cung. *Phẫu thuật sản phụ khoa*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 330-350.
12. Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình. U xơ tử cung. *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2019: 58 - 67, 88 -107.
13. Nguyễn Đức Hình. Tai biến của phẫu thuật nội soi cắt tử cung. *Một số kỹ thuật cắt tử cung*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2011:188-189.
14. Nguyễn Đức Hình. *Một số kỹ thuật cắt tử cung*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2011: 44 - 45, 62 - 63.
15. Garry R. Laparoscopic surgery. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 20(1): pp 89 - 104
16. Ferrari MM., Berlanda N., Mezzopane R. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomized comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. *BJOG*. 2000; 107(5): pp 620 - 625.
17. Vũ Bá Quyết, Nguyễn Viết Tiến, Nguyễn Đức Hình. Kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2005 - 2008. *Nội sản sản phụ khoa*. 2009; 33 – 36.
18. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Chu Thị Bá và cộng sự. 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.
19. Dicker, R. C., Greenspan, J. R., Strauss, L. T., Cowart, M. R., Scally, M. J., Peterson, H. B., ... & Ory, H. W. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States: the collaborative review of sterilization. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1982; 144(7): 841-848.

20. Garry, R., Fountain, J., Mason, S., Hawe, J., Napp, V., Abbott, J., ... & Bridgman, S. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *bmj*. 2004; 328(7432): 129.
21. Raju, K.S., & Auld, B. J. A randomised prospective study of laparoscopic vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy each with bilateral salpingoophorectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1994; 101(12): 1068-1071.
22. Phan Trường Duyệt. Phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo. *Phẫu thuật sản phụ khoa*. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học Hà Nội tr. 506-529.
23. Garry R. The future of hysterectomy. *BJOG*. 2005; 112(2): pp. 133-139.
24. Schwart S. Principles of Surgery. 11th edition USA. pp. 448-452, 477-478, 1841-1845, 1862-1866, 1873-1876.
25. Nguyễn Đức Hình. Nghiên cứu 48 trường hợp cắt tử cung qua âm đạo ở bệnh viện Phụ sản Trung ương (2006 – 2008). *Tạp chí y học Việt Nam*. 2013;413(1) : 3-6 .
26. Pernoll, M. L., & Benson, R. C. (1994). Medical and surgical complications during pregnancy. *Handbook of obstetrics and gynecology. Ninth Edition. USA: McGraw-Hill Inc*, 376-430.
27. Lê Thị Hòa, Trương Quang Vinh. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung toàn phần đường âm đạo và nội soi ở bệnh lý tử cung không sa. *Tạp chí phụ sản*. 2013; 11(1): 32 - 43.
28. Trương Đình Hải, Lê Minh Toàn, Phan Viết Tâm. Kết quả và chất lượng sống trên bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung toàn phần do bệnh lý u xơ tử cung. *Tạp chí phụ sản*. 2016; 14(3): 110 - 117.

29. Birsen Bilge, Ayse Zehra Ozdemir, Pervin Karli, Idris Kocak. Vaginal hysterectomy compared to abdominal and laparoscopic hysterectomies in patients without uterine prolapse. *Sanamed*. 2018; 13(3): 259 - 267.
30. Oby Nagar, Akanksha Sharma, Vijay Shankar, Gunjan Agarwal, Shalini Agarwal. A comparative study of total laparoscopic hysterectomy and non-descent vaginal hysterectomy for treatment of benign diseases of uterus. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2018; 2(4): 63 - 68.
31. Seung Hyun Lee, So Ra Oh, Yeon Jean Cho, et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*. 2019;19 - 83.
32. Sybil Sailofsky, Christina Darin, Anood Alfahmy, David Sheyn. Comparison of Surgical Outcomes After Total Laparoscopic Hysterectomy or Total Vaginal Hysterectomy for Large Uteri. *Obstetrics & Gynecology*. 2021; 137(3): 445- 453
33. Nguyễn Đức Hình. *Điều trị u xơ tử cung bằng cắt tử cung đường âm đạo*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2014: 53-54, 59-68, 85-98, 95, 108.
34. Adnan Orhan, Kemal Ozerkan, Isil Kasapoglu, et al. Laparoscopic hysterectomy trends in challenging cases (1995–2018). *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2019; 48: 791 - 798.
35. Kathrine Dyhr Lycke, Johnny Kahlert, Rikke Damgaard, Ole Mogensen, Anne Hamme. Trends in Hysterectomy Incidence Rates During 2000–2015 in Denmark: Shifting from Abdominal to Minimally Invasive Surgical Procedures. *Clinical Epidemiology*. 2021; 13: 407 - 416.
36. Nguyễn Văn Lựu. *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện 198 – Bộ Công An*. [Luận văn thạc sĩ y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

37. 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]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
38. Nguyễn Thành Long. *Nghiên cứu cắt tử cung đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa*. [Luận văn thạc sĩ y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
39. Trương Việt Bắc. *Nhận xét kết quả nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*. [Luận văn thạc sĩ y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
40. Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung quan nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương. *Tạp chí sản phụ khoa*. 2010; 9(3):34 – 38.
41. 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]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.
42. 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]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
43. Đỗ Minh Thịnh. *Đánh giá phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2003 – 2007*. [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
44. Kong-ju choi, md, hong-bae kim, md, sung-ho park, md. The comparison of postoperative pain: total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy. *Korean J Obstet Gynecol*. 2012; 55(6):384-391.
45. Kim H. B., Song J. E., Kim G. H., Cho H. Y. and Lee K. Y. Comparative of clinical effects between total vaginal hysterectomy and total laparoscopic hysterectomy on large uteruses over 300 grams. *Obstetrics and Gynecology Research*. 2010; 36(3): pp.656 - 660.

46. Mueller A., Boosz A., Koch M., Jud S., Faschingbauer F., Schrauder M., Löhberg C., Mehlhorn G., Renner S. P., Lux M. P., Beckmann M. W., Thiel F. C. The Hohl instrument for optimizing total laparoscopic hysterectomy: result of more than 500 procedures in a university trainingcenter. *Arch Gynecol Obstet* © Springer-Verlag. 2011.
47. Ghezzi F., Cromi A., Siesto G., Bergamini V., Zefiro F., Bolis P. Infectious morbidity after total laparoscopic hysterectomy: does concomitant salpingectomy make a difference?. *BJOG*. 2008; 116: pp.589- 593.
48. Nguyễn Đình Tòì. *Bước đầu đánh giá ưu nhược điểm của phương pháp cắt tử cung đường âm đạo tại Viện Bà mẹ và Trẻ sơ sinh*. [Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II]. Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
49. Peipert, J. F., Weitzen, S., Cruickshank, C., Story, E., Ethridge, D., & Lapane, K.. Risk factors for febrile morbidity after hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*. 2004; 103(1): 86 - 91.
50. Chattopadhyay S, Patra K K, Halder M, Mandal A, Pal P, Bhattacharyya S. A comparative study of total laparoscopic hysterectomy and non-descent vaginal hysterectomy for treatment of benign diseases of uterus. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2017 Mar; 6(3):1109-1112.
51. Raxita Patel, Nisha Chakravarty. Comparative study of laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2014; 3(3): 335 – 337.
52. Delaunay L. Analgésie après hystérectomie. *Journées thématiques de la Sfar*. 2004.
53. Milon D. Hystérectomies. *Évaluation et traitement de la douleur*. 2006; pp.667 – 676.

54. Holte K, Kehlet H. Postoperative ileus: a preventable event. *Br J Surg*. Nov 2000; 87(11):1480-93.
55. Hyo-Shin Kim, Yu-Jin Koo, Dae-Hyung Lee. Clinical outcomes of hysterectomy for benign diseases in the female genital tract: 6 years' experience in a single institute. *Yeungnam Univ J Med*. 2020; 37(4):308-313.
56. Slavcho T. Tomov, Grigor A. Gortchev, Latchesar S. Tantchev, et al. Perioperative outcomes of laparoscopic hysterectomy: comparison with abdominal, vaginal, and robot-assisted surgical approaches. *J Biomed Clin Res*. 2015; 8(1): 52 – 60.

## PHIẾU BỆNH ÁN THU THẬP SỐ LIỆU

### I- Hành chính

Họ và tên BN:

Tuổi:

Ngày vào viện:

Lý do vào viện:

Ngày mổ:

Ngày ra viện:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Nghề nghiệp:

Mã vào viện:

### II. Tiền sử

- Tiền sử nội khoa: có ☐ không ☐

- Tiền sử sản khoa:

Chưa đẻ ☐ đẻ 1 lần ☐ đẻ 2 lần ☐ đẻ  $\geq 3$  lần ☐

- Tiền sử phụ khoa:

Chưa mổ ☐ Có mổ ☐

Rong kinh, rong huyết: Không ☐ Có ☐

Điều trị nội khoa trước khi vào viện: Có ☐ Không ☐

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: ☐

Không ☐ Mổ lấy thai Phụ khoa ☐ Ngoại khoa ☐

### III. Tình trạng người bệnh trước phẫu thuật:

- Rong kinh, rong huyết: có ☐ không ☐

- Đau bụng hạ vị: có ☐ không ☐

- Rối loạn tiết niệu: có ☐ không ☐

- Ra khí hư âm đạo: có ☐ không ☐

- Chiều cao:.....cm Cân nặng:.....BMI.....

- Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng:

To bằng TC có thai <8tuần ☐ To bằng TC có thai 8-12 tuần ☐

To bằng TC có thai > 12 tuần ☐

- Nồng độ huyết sắc tố trước mổ (g/l):

$\geq 110$  ☐ Từ 90 – 109 ☐ Từ 71 - 99 ☐  $\leq 70$  ☐

- Đặc điểm u xơ tử cung trên siêu âm:

Vị trí u xơ tử cung: Thân TC ☐ Eo TC ☐ Cổ TC ☐

Số lượng u xơ tử cung: 1, 2,  $\geq 3$

Kích thước lớn nhất của u xơ tử cung: ..... (mm)

#### IV.Đánh giá sau phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật (phút):
- Lượng máu mất trong mổ (ml):
- Xử trí phần phụ trong mổ:

để 2 phần phụ ☐ cắt 1 phần phụ ☐ cắt 2 phần phụ ☐

- Trọng lượng tử cung cân được sau phẫu thuật: gr

- Không ☐ Có ☐

#### V. Các yếu tố phẫu thuật

- PT thành công ☐ PT chuyển mổ mở ☐ Thất bại ☐

- Lý do chuyển mổ mở:

#### V. Các yếu tố sau mổ

- Nhiệt độ sau mổ:

Ngày 1: không sốt ☐ sốt ☐

Ngày 2: không sốt ☐ sốt ☐

Ngày 3: không sốt ☐ sốt ☐



- Thời gian phục hồi vận động sau mổ (giờ):

$\leq 24$  ☐ 25-48 ☐  $>48$  ☐

Thời gian trung tiện sau mổ (giờ):

$\leq 24$  ☐ 25-48 ☐  $>48$  ☐

- Mức độ đau sau mổ theo VAS (cm): ngày thứ nhất cm

Ngày thứ 2 cm

Ngày thứ 3 cm

- Vết khâu mổ cắt âm đạo:

Bình thường ☐ Chảy máu ☐ Nhiễm trùng ☐

- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)

## VI. Tai biến trong và sau mổ

Tai biến gây mê Có ☐ Không ☐

Chảy máu mổ cắt Có ☐ Không ☐

Tụ máu mổ cắt Có ☐ Không ☐

Tổn thương tiết niệu : Có ☐ Không ☐

Loại tổn thương:

Tổn thương hệ tiêu hóa: Có ☐ Không ☐

Nhiễm trùng mổ cắt: Có ☐ Không ☐

Thời gian phát hiện: Xử trí:

Số lượng máu mất.....ml, số đơn vị máu truyền sau mổ.....