

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung, đây là một khối u sinh dục hay gặp nhất ở khoảng tuổi giữa hay cuối của thời kỳ sinh sản. Tỷ lệ u xơ gặp khoảng 25% số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và chiếm khoảng 65% số trường hợp cắt tử cung. UXTC là một bệnh lý rất phổ biến, một vài nghiên cứu đã chứng minh có 60% đến 80% số phụ nữ bị bệnh này. Tuy nhiên hầu hết những phụ nữ bị bệnh lại không có biểu hiện triệu chứng hay không biết mình bị bệnh. Bệnh lý diễn ra âm thầm, kín đáo. Trong các yếu tố nguy cơ của u xơ có yếu tố chủng tộc, vì người ta thấy rằng phụ nữ da đen bị u xơ cao gấp 3 lần phụ nữ da trắng, các yếu tố nguy cơ khác như: béo phì, sinh đẻ ít còn chưa được biết rõ [1].

Giai đoạn đầu, UXTC thường không có triệu chứng lâm sàng, nhiều khi được phát hiện tình cờ qua khám phụ khoa hoặc kiểm tra sức khỏe định kỳ. Khi có triệu chứng, UXTC có thể gây đau bụng, rối loạn kinh nguyệt như rong kinh, rong huyết hoặc băng kinh. Tình trạng này kéo dài có thể dẫn đến thiếu máu và ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh [2].

Ở lứa tuổi sinh đẻ, UXTC ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ như gây ra chậm có thai hoặc vô sinh. Theo P.Lopes ở phụ nữ có UXTC, tỷ lệ thai kém phát triển là 3,5%; thai chết lưu là 1,75%. Tỷ lệ sảy thai sớm do UXTC dao động từ 4 – 8% theo GLevin [3].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung như: điều trị bằng thuốc, điều trị bằng phương pháp nút mạch, điều trị bằng phẫu thuật. Sự lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tiến triển của bệnh, tuổi và mong muốn có con của người phụ nữ [4].

Cắt tử cung là phương pháp triệt để nhất để điều trị các nguyên nhân như u xơ tử cung (UXTC), xuất huyết tử cung; là một kỹ thuật thường được

thực hiện nhiều nhất trong phẫu thuật phụ khoa. Tại Mỹ, số phụ nữ tính đến tuổi 60 thì có khoảng 30% bị cắt tử cung, trong đó khoảng 90% phụ nữ bị cắt tử cung do bệnh lý phụ khoa lành tính, nhất là UXTC [5]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo liên quan đến UXTC là 84%. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Bích Ngọc[6], tỷ lệ này là 94,5%. Theo Nguyễn Văn Giáp, chỉ định cắt tử cung liên quan đến UXTC là 97,6% [7]. Theo Đinh Bích Thủy, chỉ định cắt tử cung liên quan đến UXTC chiếm 50%[8]. Kỹ thuật cắt tử cung có nhiều tiến bộ, từ kỹ thuật mổ bụng lớn, nặng nề hồi phục chậm, đã dần dần được thay thế bằng kỹ thuật ít xâm lấn hơn như cắt tử cung hoàn toàn bằng đường âm đạo, cắt tử cung đường âm đạo có trợ giúp của nội soi ổ bụng, cắt tử cung bằng đường nội soi. ở các nước tiên tiến như Mỹ đã sử dụng rô bốt để hỗ trợ cắt TC hoàn toàn qua nội soi.

Trong những năm gần đây phẫu thuật nội soi đã thực sự là một cuộc cách mạng trong ngành phẫu thuật nội soi đã tạo ra bước chuyển biến mạnh mẽ, ngày một hoàn thiện và đang dần thay thế nhiều phẫu thuật cổ điển và đem lại nhiều kết quả tốt cho người bệnh như: nhanh chóng phục hồi sau mổ, ra viện sớm, giảm được biến chứng nhiễm khuẩn và có tính thẩm mỹ cao. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã làm thay đổi một cách đáng kể bộ mặt của các chuyên ngành có liên quan đến ngoại khoa trong đó có phụ khoa [9].

Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là phẫu thuật mới được Harry Reich, nhà phẫu thuật phụ khoa người Hoa Kỳ thực hiện lần đầu tiên vào năm 1989, từ đó đến nay kỹ thuật này đã và đang được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới.

Năm 2004, chỉ có 24 (8%) của 292 trường hợp cắt tử cung được thực hiện với điều kiện u lành tính tại Bệnh viện Newton - Wellesley (NWH) là phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ này tăng lên hơn 50%(189/365) vào năm 2008, và trong năm 2012, đã có tới 72%(316/439)trường hợp cắt tử cung được thực

hiện thông qua một phương pháp nội soi truyền thống. Đến năm 2012, hơn 93%(411/439) của tất cả các trường hợp cắt tử cung được thực hiện với cách xâm lấn tối thiểu [10].

Ở Việt Nam, phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi đã được tiến hành tại các bệnh viện như: Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTW), Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Trung ương Huế và một số bệnh viện tuyến tỉnh đã thực hiện trong những năm gần đây.

Ban đầu là cắt tử cung bán phần và sau đó là cắt tử cung hoàn toàn. Đến nay kỹ thuật đã được hoàn thiện, đem lại kết quả tốt đẹp và sự hài lòng cho người bệnh. Để tìm hiểu và đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại BVPSTW, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện phụ sản Trung ương”** với hai mục tiêu sau:

- 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh u xơ tử cung được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện phụ sản Trung ương từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2019.***
- 2. Đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này.***

## Chương 1

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Giải phẫu định khu vùng tử cung

##### *1.1.1. Kích thước, vị trí của tử cung trong tiểu khung*

- Tử cung nằm trong tiểu khung, dưới phúc mạc, trên hoành chậu hông, sau bàng quang và trước trực tràng.
- Kích thước trung bình: Cao 6 - 7cm; rộng 4 - 4,5cm; dày 2cm.
- Trọng lượng trung bình là 40 - 50g ở người chưa đẻ và 50 - 70g ở người đã đẻ.
- Tư thế bình thường của tử cung.
- + Gấp trước: trục của thân tử cung hợp với trục của cổ tử cung thành một góc  $120^\circ$ , mở ra trước.
- + Ngả trước: trục của thân tử cung hợp với trục của chậu hông (trục âm đạo) thành một góc  $90^\circ$ , mở ra trước[11].

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

- Tử cung có hình nón cụt, rộng và dẹt ở trên, hẹp và tròn ở dưới. Gồm 3 phần: thân, eo, và cổ tử cung.
- Thân tử cung có hình thang, dài 4cm, rộng 4,5cm, ở trên rộng hơn gọi là đáy, hai bên là hai sừng tử cung, nơi cắm vào của vòi tử cung. Ngoài ra còn có dây chằng tròn và động mạch tử cung - buồng trứng bám vào.

Thân tử cung có hai mặt: Mặt trước dưới và mặt sau trên, đáy ở trên và hai bờ bên.

Mặt trước dưới: mặt này lõm, nhìn xuống dưới và ra trước.

Phúc mạc phủ mặt trước xuống tận eo tử cung, sau đó lật lên phủ mặt trên bàng quang, tạo thành túi cùng bàng quang - tử cung. Qua túi cùng này tử cung liên quan với mặt trên bàng quang.

Phúc mạc phủ đoạn thân thì dính chặt, còn đoạn eo thì lỏng lẻo dễ bóc tách.

Mặt sau trên: mặt này lồi, nhìn lên trên và ra sau. Phúc mạc phủ mặt này xuống tận 1/3 trên thành sau âm đạo, rồi quặt lên phủ mặt trước trực tràng, tạo nên túi cùng tử cung - trực tràng (túi cùng Douglas) và qua túi này tử cung liên quan với trực tràng, đại tràng sigma và quai ruột non.

Túi cùng Douglas là nơi thấp nhất của ổ phúc mạc.

Đáy: là bờ trên của thân. Có phúc mạc phủ liên tiếp từ mặt trước ra mặt sau. Đáy liên quan với các quai ruột non và đại tràng sigma.

Bờ bên: dày và tròn, dọc theo bờ này có dây chằng rộng bám, giữa 2 lá của dây chằng rộng có động mạch tử cung.

+ Eo tử cung: là đoạn thắt nhỏ, dài 0,5cm nằm giữa thân ở trên và cổ ở dưới. Khi chuyển dạ thì eo tử cung giãn ra tạo thành đoạn dưới. Phía trước có phúc mạc lỏng lẻo, liên quan với đáy túi cùng bàng quang - tử cung và mặt sau bàng quang. Phía sau và 2 bên liên quan giống như ở thân tử cung.

+ Cổ tử cung (CTC): hình trụ, dài 2,5cm, rộng 2,5cm, có âm đạo bám vào, chia làm 2 phần: phần trên âm đạo và phần trong âm đạo.

+ Âm đạo bám vào cổ tử cung theo đường chéo lên trên ra sau, phía trước bám vào 1/3 dưới, phía sau bám vào 1/3 trên.

- Phần trên âm đạo: mặt trước CTC dính vào mặt dưới bàng quang bởi tổ chức lỏng lẻo dễ bóc tách.

Mặt sau có phúc mạc che phủ, liên quan với túi cùng Douglas và qua túi này liên quan với mặt trước trực tràng.

Hai bên cổ gân eo trong đáy dây chằng rộng có động mạch tử cung bắt chéo trước niệu quản, chỗ bắt chéo cách cổ tử cung 1,5cm. Đặc điểm giải phẫu này luôn được chú ý trong khi cắt tử cung hoàn toàn để tránh gây tổn thương niệu quản.

- Phần trong âm đạo: nhìn từ dưới lên trông như mõm cá mè, thò vào trong âm đạo. Đỉnh mõm có lỗ ngoài tử cung, lỗ này tròn ở người chưa đẻ, bè ngang ở người đã đẻ.

- Thành âm đạo quay xung quanh CTC tạo nên túi bịt gồm 4 phần: trước, hai bên và sau, trong đó túi bịt sau sâu nhất và liên quan với túi cùng Douglas[4].

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

Tử cung được giữ tại chỗ nhờ đường bám của âm đạo vào cổ tử cung, tư thế của tử cung, các dây chằng giữ tử cung.

#### ***1.1.3.1. Âm đạo bám vào cổ tử cung***

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

#### ***1.1.3.2. Tư thế của tử cung***

Tư thế của tử cung là gấp trước và ngả trước, đè lên mặt trên của bàng quang, có tác dụng làm tử cung không tụt xuống.

#### ***1.1.3.3. Các dây chằng***

- Dây chằng rộng

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 tạo thành. Chạy từ bờ bên tử cung, vò tử cung 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 cổ tử cung 1,5cm. Ngoài ra trong nền còn có tổ chức liên kết, thần kinh.

- Dây chằng tròn

Dây chằng tròn dài 10-15cm. Cấu tạo là thừng nửa sợi nửa cơ. Chạy từ góc bên tử cung ra trước đội phúc mạc lá trước dây chằng rộng lên cho tới thành bên chậu hông, chui vào trong lỗ bẹn sâu, chạy trong ống bẹn và thoát ra ở lỗ bẹn nông, đồng thời tỏa ra các nhánh nhỏ tận hết ở mô liên kết gò mu và môi lớn.

- Dây chằng tử cung - cùng

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

- Dây chằng ngang cổ tử cung

Dây chằng ngang cổ tử cung (dây chằng Mackenrodt) là dải mô liên kết đi từ bờ bên cổ tử cung ngay trên túi bịt âm đạo chạy ngang sang bên dưới nền dây chằng rộng, trên hoành chậu hông tới thành bên chậu hông.

- Dây chằng mu - bàng quang - sinh dục: là các thớ từ bờ sau xương mu đến bàng quang: Các thớ từ bờ sau xương mu đến cổ tử cung và các thớ từ bàng quang đến cổ tử cung[11].

#### ***1.1.4. Mạch máu, thần kinh***

##### ***1.1.4.1. Động mạch tử cung***

Động mạch tử cung được tách ra từ động mạch hạ vị, dài 10-15cm, chạy ngang từ thành bên chậu hông đến tử cung. Về liên quan: động mạch tử cung được chia làm 3 đoạn:

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

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

- Đoạn cạnh tử cung: khi chạy tới sát bờ bên cổ tử cung thì động mạch chạy ngược lên trên theo bờ bên tử cung, giữa 2 lá dây chằng rộng. Đoạn này động mạch chạy xoắn như lò xo. Khi tới sừng tử cung thì chia thành 4 nhánh tận[11].

##### ***1.1.4.2. Tĩnh mạch***

Tĩnh mạch gồm có 2 đường:

- Đường nông: là đường tĩnh mạch chạy kèm theo động mạch tử cung, cũng 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.



#### *1.1.4.3. Bạch mạch*

Bạch huyết của cổ tử cung và phần dưới của thân tử cung thông với nhau, sau đổ vào thân chung, chạy bên ngoài động mạch tử cung rồi trở về hạch bạch huyết động mạch chậu trong, hạch bạch huyết động mạch chậu chung, cuối cùng đổ về hạch bạch huyết cạnh động mạch chủ.

#### *1.1.4.4. Thần kinh*

Thần kinh chi phối cho tử cung tách ra từ các sợi ở đám rối tử cung - âm đạo. Đám rối này gồm các sợi giao cảm và phó giao cảm, tách ra từ đám rối hạ vị. Có tác dụng chi phối vận động và cảm giác. Các sợi này đi theo dây chằng tử cung cùng tới chi phối cho tử cung[11].

### **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 [4].

#### *1.2.2. Cơ chế bệnh sinh*

Cơ chế sinh bệnh của UXTC còn chưa biết rõ ràng, điều này lý giải đến nay vẫn chưa có điều trị căn nguyên[4, 12]. Nhiều tác giả cho rằng u xơ là biểu hiện cường estrogen tại chỗ. Người ta dựa vào lý lẽ sau để giữ giả thuyết này.

- Không có UXTC trước tuổi dậy thì.
- UXTC có thể tồn tại hoặc có thể giảm bớt sau thời kỳ mãn kinh hoặc sau khi cắt bỏ buồng trứng.
- UXTC tăng đột ngột trong quá trình thai nghén và bé đi sau khi kết thúc thai nghén.

- UXTC to lên khi điều trị bằng estroprogestatif.
- UXTC to lên sau mãn kinh nếu điều trị bằng estrogen.
- Niêm mạc của người bị UXTC cho thấy có cường estrogen, thông thường có quá sản niêm mạc tử cung gây rong kinh, rong huyết.

Có nhiều giả thuyết khác cũng đặt ra:

- Thuyết về nội tiết:

Vai trò riêng rẽ của estrogen và progesterone chưa được xác định, vai trò của chúng có thể trực tiếp hay gián tiếp thông qua các yếu tố tăng trưởng như EGF(Epidermal Growth Factor) và IGF1(Insulike Growth Factor 1)

- Thuyết về di truyền:

Người ta tìm thấy có các rối loạn ở nhiễm sắc thể 6, 7, 10, 11, 14 trong tế bào khối u[13].

### **1.2.3. Phân loại UXTC**

Dựa vào tương quan vị trí giữa đường kính ngang lớn nhất của khối u xơ với lớp cơ tử cung chia làm ba loại[12, 13].

- UXTC dưới thanh mạc: phát triển từ cơ tử cung ra phía thanh mạc, thường có nhân to, ít gây rối loạn kinh nguyệt nhưng có thể gây xoắn.

- U xơ kẽ: nằm trong bề dày cơ tử cung, thường nhiều nhân và làm cho tử cung to lên một cách toàn bộ, gây rối loạn kinh nguyệt rõ rệt, hay gây sảy thai, đẻ non.

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

So với từng phần của tử cung chia làm 3 vị trí:

- + U xơ ở thân tử cung.
- + U xơ ở eo tử cung.
- + U xơ ở cổ tử cung.

### **1.2.4. Chẩn đoán UXTC**

#### **1.2.4.1. 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 u xơ được phát hiện trong chương trình sàng lọc sớm ung thư phụ khoa hay qua siêu âm[4, 12]. Cũng có một số trường hợp đi khám vì rối loạn kinh nguyệt và phát hiện ra u xơ.

- Triệu chứng cơ năng

Ra huyết từ tử cung là triệu chứng chính gặp trong 60% trường hợp[14].

Ra khí hư loãng như nước đặc biệt trước hành kinh thường gặp ở u dưới niêm mạc hoặc u 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 u xơ.

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 u ở vùng hạ vị là những triệu chứng liên quan đến mức độ phát triển khối u.

- Triệu chứng thực thể

+ Khám bụng.

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

+ Đặt mỏ vịt:

Có thể đánh giá tổn thương cổ tử cung, khí hư hặc 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.

#### 1.2.4.2. 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.

- + U xơ 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 là thay đổi hình dạng tử cung.

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

- + U xơ dưới niêm mạc: ít gặp chiếm 5% trong tổng số. 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 u xơ 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 u xơ 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 cổ 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

#### ***1.2.5. Các phương pháp điều trị UXTC***

Điều trị u xơ tử cung phụ thuộc vào tuổi, tình trạng thai nghén, sự mong muốn có thai trong tương lai, sức khỏe, triệu chứng, kích thước, vị trí khối u. Nếu u xơ nhỏ, chưa có biến chứng có thể theo dõi, kiểm tra hàng năm. Nếu u xơ ngày càng lớn dần, gây các biến chứng đau vùng chậu, rong kinh, rong huyết, băng kinh, chèn ép bàng quang, khi có thai gây sảy thai liên tiếp cần phải điều trị [2, 15].

##### ***1.2.5.1. Điều trị nội khoa***

- Người ta cho rằng UXTC có nguồn gốc của sự cường estrogen, do đó những thuốc kháng estrogen hay được sử dụng. Các thuốc phối hợp estrogen và progestagen không nên dùng vì dễ làm u to và hoại tử vô trùng. Không dùng nội tiết nam, tuy có tác dụng ức chế vùng dưới đồi – tuyến yên song làm nam tính hóa[1].

Các thuốc tương tự LH-RH (Decapeptyl, Zoladex, Synarel...) có tác dụng làm cho hai buồng trứng ở trạng thái nghỉ hoạt động có hồi phục. Thuốc làm cho kích thước u xơ bé đi 50% trong một nửa số trường hợp nhưng không thể thay thế hoàn toàn cho việc phẫu thuật. Sau khi ngừng điều trị 6 tháng UXTC to trở lại như ban đầu. Điều trị trước mổ nhằm làm nhỏ lại để mổ. Điều trị trên 6 tháng sẽ có dấu hiệu như mãn kinh: những cơn bốc hỏa, khô âm đạo, loãng xương.

Điều trị nội khoa là điều trị triệu chứng với chảy máu, chỉ nên sử dụng khi:

+ Rong huyết.

+ U xơ tử cung nhỏ hay trung bình, không có triệu chứng hoại tử [16].

-Thuốc đông y điều trị UXTC: Nhiều công trình nghiên cứu khoa học trong và ngoài nước đi sâu nghiên cứu một số loại thảo dược có tác dụng điều trị u xơ tử cung, một trong số loại thảo dược đó là Trinh nữ hoàng cung. Năm 2005, Nguyễn Đức Vy và cộng sự đã nghiên cứu thử nghiệm điều trị u xơ tử cung bằng thuốc viên chế từ cao khô Trinh nữ hoàng cung tại Viện Phụ sản Trung ương, bước đầu thu được kết quả khả quan [17].

#### *1.2.5.2. Điều trị bằng phương pháp làm tắc mạch tử cung*

Đây là một phương pháp mới điều trị UXTC vì nó làm giảm lượng máu đến khối u, gây hoại tử và làm khối u bé đi. Đây là thủ thuật X – quang can thiệp qua da tiến hành dưới tác dụng của thuốc giảm đau và phong bế thần kinh hạ vị, giúp bệnh nhân có thể ra viện trong ngày[18, 19].

Năm 1979 trường hợp đầu tiên được nút mạch thành công do chảy máu sau đẻ. Năm 1994, Rivina và cộng sự đã mô tả một số trường hợp tắc động mạch tử cung trong điều trị UXTC[19].

Theo Millerjanet và cộng sự (2003), phương pháp làm tắc mạch làm giảm đáng kể triệu chứng cường kinh ở phụ nữ 79 – 93% trường hợp [20]. Những nghiên cứu khác chỉ ra rằng triệu chứng đa kinh giảm đi sau 3 tháng làm tắc mạch khối u và giảm rõ rệt sau 1 năm[21]. Theo Ahmad và cộng sự, phương pháp làm tắc mạch không ảnh hưởng đến chức năng sinh lý bình thường của buồng trứng và là phương pháp an toàn trong điều trị UXTC ở bệnh nhân trẻ tuổi[22].

### 1.2.5.3. Điều trị ngoại khoa

#### \* Chỉ định điều trị ngoại khoa trong u xơ khi có:

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

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

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

+ khuyến cáo cắt tử cung nếu tử cung có u xơ to hơn tử cung có thai 12 tuần dù là không có triệu chứng [1].

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

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

- Chảy máu âm đạo quá nhiều, biểu hiện:

+ Ra máu âm đạo ồ ạt, máu loãng lẫn máu cục, kéo dài trên 3 ngày.

+ Thiếu máu do mất máu cấp hay mãn tính.

- Khối u gây biến chứng ở tiểu khung:

+ Cấp tính hay mãn tính.

+ Đau bụng vùng dưới hay đau lưng kéo dài.

+ Đái rắt do khối u đè ép vào bàng quang mà không do nhiễm trùng tiết niệu [1].

Điều trị ngoại khoa vẫn là hướng điều trị chính cho những bệnh nhân u xơ tử cung. Đây là phương pháp điều trị tích cực, đem lại kết quả tốt nhất. Việc điều trị nội khoa hiện nay hầu hết đóng vai trò điều trị hỗ trợ trước phẫu thuật[13].

Điều trị phẫu thuật bao gồm: Cắt u xơ dưới niêm mạc qua soi buồng tử cung, bóc nhân xơ tử cung, phẫu thuật cắt tử cung bán phần và cắt tử cung hoàn toàn.

### ***1.2.6. Các kỹ thuật cắt tử cung***

#### ***1.2.6. 1. Kỹ thuật cắt tử cung***

Phẫu thuật cắt tử cung có nhiều mức độ khác nhau, chỉ định áp dụng các loại phẫu thuật cắt tử cung tùy thuộc vào bệnh lý, tiên lượng và điều kiện thực hiện.

Phẫu thuật cắt tử cung gồm hai loại chính: cắt tử cung bán phần và cắt tử cung hoàn toàn[23].

#### ***1.2.6.2. Phẫu thuật cắt tử cung bán phần***

Cắt tử cung bán phần là cắt eo và thân để lại cổ tử cung. Phẫu thuật cắt tử cung bán phần được đặt ra khi tình trạng cổ tử cung không có tổn thương, bệnh nhân còn trẻ. Phẫu thuật này có ưu điểm là đơn giản, dễ làm và giữ được cổ tử cung cho người bệnh, tuy nhiên vẫn có nguy cơ tái phát tổn thương và ung thư cổ tử cung. Do đó sau phẫu thuật vẫn phải thường xuyên theo dõi bằng tế bào học âm đạo – cổ tử cung[13].

#### ***1.2.6.3. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn***

Cắt tử cung hoàn toàn là cắt tử cung và cổ tử cung. Là phẫu thuật tốt và triệt để nhất. Tuy nhiên phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật cao hơn, khó khăn trong các trường hợp u xơ tử cung to ở eo hoặc khối u gần bàng quang, niệu quản, trực tràng, hoặc dính do tiền sử phẫu thuật ở bụng [13, 23].



Cắt tử cung hoàn toàn có thể thực hiện bằng các đường: đường bụng, đường âm đạo, đường nội soi hay kết hợp.

Hiện nay cắt tử cung đường bụng đã được thay thế phần lớn bằng phẫu thuật nội soi, chỉ mở bụng khi u quá to, quá dính hay có chống chỉ định với nội soi.

Như các phẫu thuật khác, cắt tử cung hoàn toàn cũng có những nguy cơ, biến chứng sau mổ là: chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương vào cơ quan nội tạng xung quanh trong lúc bóc tách như niệu quản, bàng quang, trực tràng, nếu không được phát hiện kịp thời sẽ gây ra các hậu quả nặng nề đe dọa tính mạng người bệnh.

#### *1.2.6.3. Thái độ xử trí phần phụ*

Xử trí phần phụ trong phẫu thuật cắt tử cung gồm:

- Cắt hai phần phụ
- Không cắt phần phụ hoặc có thể cắt một phần phụ.

Vấn đề để lại phần phụ hay cắt bỏ phần phụ trong phẫu thuật cắt tử cung được một số thầy thuốc phụ khoa quan tâm.

Theo Phan Trường Duyệt thì tùy theo từng trường hợp để có chỉ định cắt tử cung để lại hai phần phụ hoặc cắt cả hai phần phụ. Chỉ định cắt phần phụ nên cân nhắc thận trọng, đặc biệt đối với phụ nữ trẻ, hoặc đang tuổi sinh đẻ.

Theo Nguyễn Đức Hình thì bảo tồn buồng trứng khi buồng trứng không có tổn thương và người bệnh còn trẻ [13].

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

Trường hợp cắt tử cung qua nội soi đầu tiên trên thế giới vào năm 1989 được thực hiện bởi Harry Reich là nhà phẫu thuật phụ khoa ở Hoa Kỳ.

Đây là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm, đặc biệt là có thể quan sát kỹ về giải phẫu, dễ dàng tiếp cận quan sát âm đạo và trực tràng, có thể

cầm máu tốt và bơm rửa những cục máu đông trong quá trình dùng nước kiểm tra lại. Người bệnh cũng đỡ đau đớn nhiều sau mổ vì tránh phải rạch rộng thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, hồi phục nhanh, đặc biệt tỷ lệ nhiễm khuẩn thành bụng rất thấp[24].

### ***1.3.1. 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 đưa 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 - LAVH).

- 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 – LH).

- 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 – TLH).

### ***1.3.2. Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung do UXTC***

#### ***1.3.2.1. Chỉ định***

Chỉ định cắt tử cung (TC) 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[25].

Chỉ định ngoại khoa cho các trường hợp sau:

- U xơ có biến chứng: ra máu, điều trị nội khoa không kết quả, chèn ép, hoại tử, xoắn hay kèm với vô sinh.
- U xơ 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.
- U xơ có kích thước trên 8cm đường kính hoặc u xơ tử cung to dần lên.
- U xơ làm biến dạng buồng tử cung (u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu hay nhiễm khuẩn) [13].

#### *1.3.2.2. 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 u xơ tử cung 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[1].

#### *1.3.3. Kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi*

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:
  - + Xét nghiệm máu, nước tiểu, X quang tim phổi, điện tim, siêu âm.

+ Khám toàn trạng bệnh nhân, khám phụ khoa đánh giá kích thước, độ di động tử cung và phần phụ đi kèm.

+ Bệnh nhân tắm rửa vệ sinh, ăn cháo nhẹ chiều hôm trước, nhịn tháo 2 lần (6 giờ tối hôm trước và 5 giờ sáng hôm sau).

-Kíp phẫu thuật:

+ Phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân

+ Phụ 1 đứng bên phải bệnh nhân

+ Phụ 2 ngồi giữa hai chân bệnh nhân để đẩy và bộc lộ tử cung cho phẫu thuật viên

+ 1 phụ dụng cụ

- Người bệnh nằm tư thế Trendelenburg.

- Gây mê nội khí quản

-Các bước kỹ thuật

+Thì 1:đặt cần nâng tử cung.

+Thì 2:vào ổ bụng:

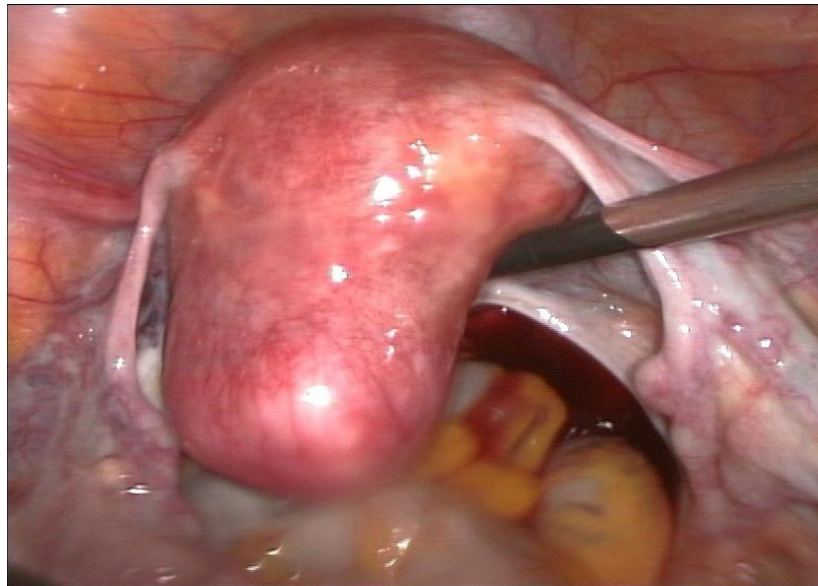
+ Bơm hơi vào ổ bụng: Có hai cách bơm hơi vào ổ bụng:

Cách 1: phẫu thuật viên dùng dao rạch một đường dài 1cm tại một vị trí quanh rốn, dùng kim Veress chọc qua vết rạch vào ổ bụng để bơm khí CO<sub>2</sub>. Phẫu thuật viên có thể có cảm giác khi kim Veress xuyên qua lớp cân của thành bụng và phúc mạc khi nghe tiếng nhảy lò xo hai lần hoặc dùng một bơm tiêm để test. Bơm khí CO<sub>2</sub> vào ổ bụng đến khi đạt áp lực 12mmHg thì rút kim Veress và tiến hành chọc trocar kính soi (trocar 10mm) theo vị trí của kim chọc bơm khí CO<sub>2</sub>. Cách này thường áp dụng cho các trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng.

Cách 2: phẫu thuật viên dùng dao rạch một đường dài 1cm ngay dưới rốn rồi chọc trocar 10 vào ổ bụng sau đó bơm khí CO<sub>2</sub> đạt áp lực 12mmHg.

+ Chọc 3 trocars phẫu thuật (trocar 5mm): một trocar ở vị trí đường trắng giữa dưới rốn trên bờ xương vẹo 2 cm, hai trocars bên vị trí trên gai chậu trước trên 3 cm và hướng vào giữa bụng 3 cm.

-Thì 3:Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, thăm dò tử mỷ, toàn diện ổ bụng và tiểu khung, chú ý vị trí và giới hạn của bàng quang, niệu quản, đại tràng, trực tràng và các mạch máu lớn, bộc lộ tử cung và phần phụ.

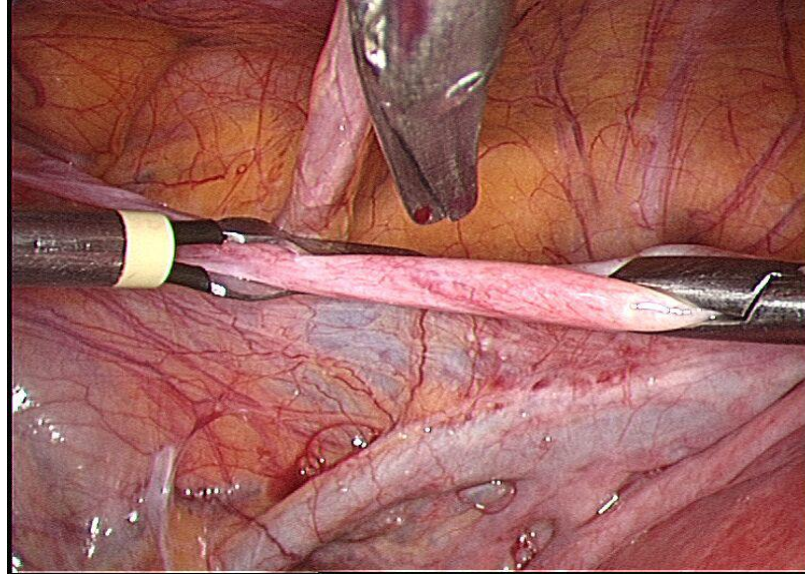


**Hình 2.1. Kiểm tra ổ bụng và tử cung, phần phụ[26]**

-Thì 4:Đốt và cắt cuống mạch phần phụ:

Tử cung được đẩy về một phía đối diện. Dùng dao siêu âmđốt và cắt dây chằng tròn, dây chằng tử cung - buồng trứng. Phức mạc được cắt thẳng đứng song song với cạnh của tử cung. Nếu cắt cả phần phụ thì đốt và cắt dây chằng thất lưng - buồng trứng. Khi đốt và cắt dây chằng tròn không nên cắt quá gần tử cung, nên để lại phần dây chằng tròn ở tử cung từ 1,5 - 2cm tránh chảy máu từ các tĩnh mạch của phần phụ.

Tiếp đó đẩy đáy dây chằng rộng ngoài động mạch tử cung, cầm máu bằng dao điện lưỡng cực.

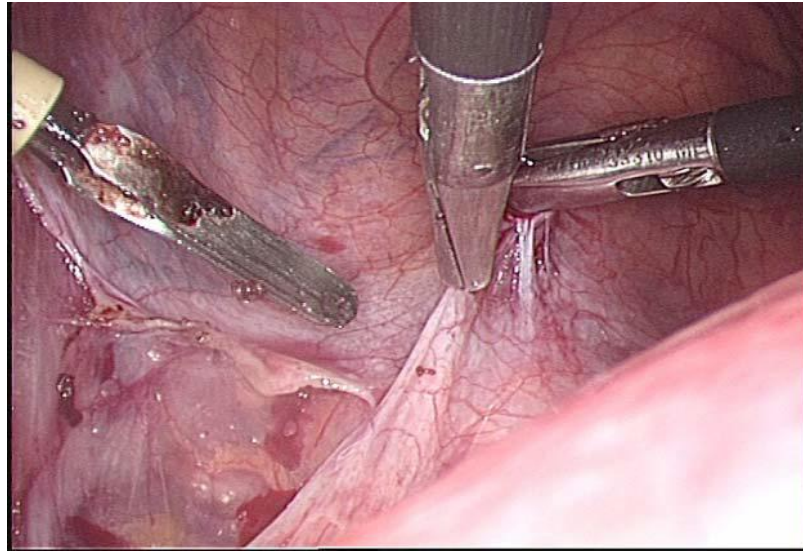


***Hình 2.2. Đốt và cắt cuống mạch phần phụ[26]***

Kỹ thuật làm tương tự với phần phụ bên kia.

**- Thì 5: Bóc tách túi cùng tử cung - bàng quang**

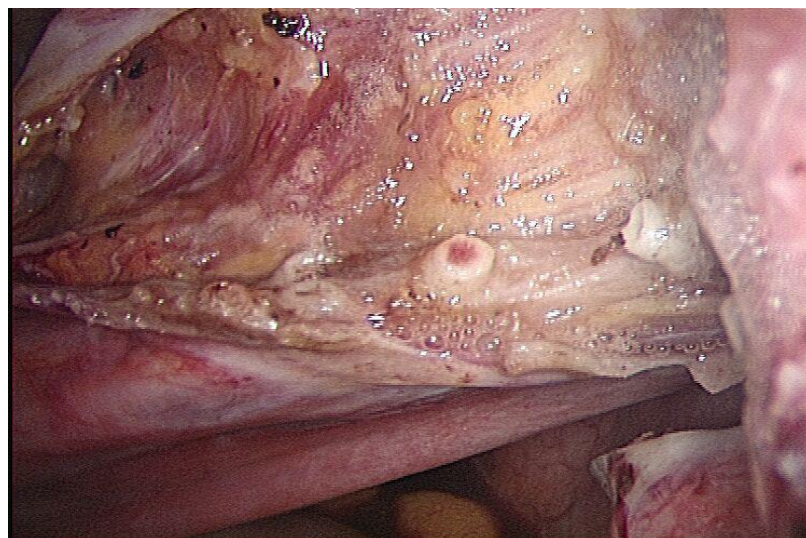
Tử cung được đặt ở vị trí trung gian, đẩy lên cao tối đa, phúc mạc bàng quang - tử cung được gấp lên bằng kẹp có máu rồi cắt sau khi cầm máu bằng dao lưỡng cực. Đốt và cắt tất cả các dải xơ, đẩy bàng quang xuống tận túi cùng trước âm đạo. Đốt cầm máu càng gần về phía tử cung càng tốt để tránh hoại tử gây rò bàng quang.



**Hình 2.3. Bóc tách túi cùng tử cung – bàng quang [26]**

**- Thì 6: Đốt và cắt động mạch tử cung**

Tử cung được đẩy tối đa về phía đối diện. Một người phụ dùng kẹp có máu kéo đầu của dây chằng tròn về phía đối diện để bộc lộ rõ động mạch tử cung. Đốt và cắt dần dần ít một mô lá trước và lá sau của dây chằng rộng. Đốt và cắt lá trước đến tận cùng bàng quang - tử cung và lá sau tới dây chằng tử cung - cùng. Đốt động mạch tử cung nhiều lần bằng dao lưỡng cực rồi cắt bằng dao đơn cực

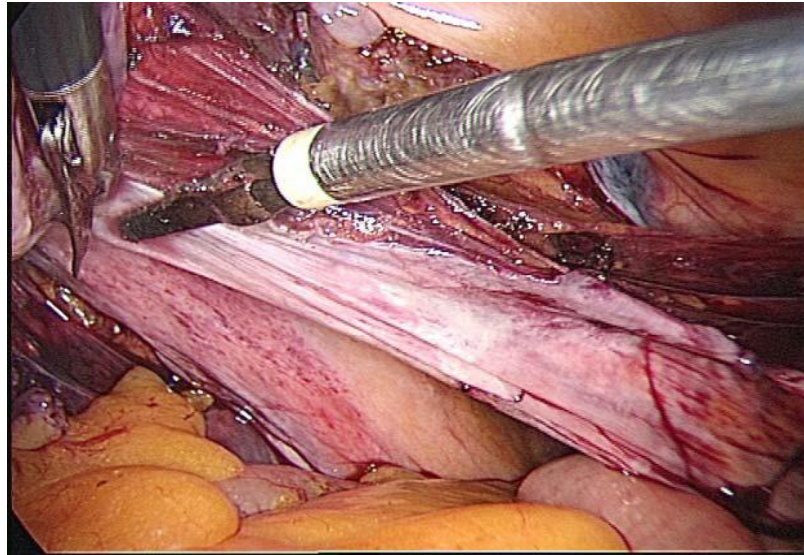


**Hình 2.4. Đốt và cắt động mạch tử cung [26]**



**-Thì 7:Đốt và cắt bó mạch cổ tử cung - âm đạo**

Dùng dao điện lưỡng cực đốt và cắt mạch máu cổ tử cung - âm đạo trong lớp cân. Tiếp theo dùng kéo phẫu tích thẳng góc xuống tận túi cùng bên âm đạo rồi vòng ra sau tới dây chằng tử cung-cùng.



**Hình 2.5. Đốt và cắt bó mạch cổ tử cung – âm đạo [26]**

**-Thì 8:Đốt và cắt dây chằng tử cung-cùng**

Sau khi cắt phúc mạc ở túi cùng sau, đốt và cắt dây chằng tử cung - cùng bằng dao điện lưỡng cực. Trước khi cắt dây chằng này phải đảm bảo là trực tràng đã được đẩy ra xa. Trường hợp túi cùng Douglas đầy hoặc lạc niêm mạc tử cung phải phẫu tích giải phóng túi cùng Douglas và đẩy trực tràng xuống.

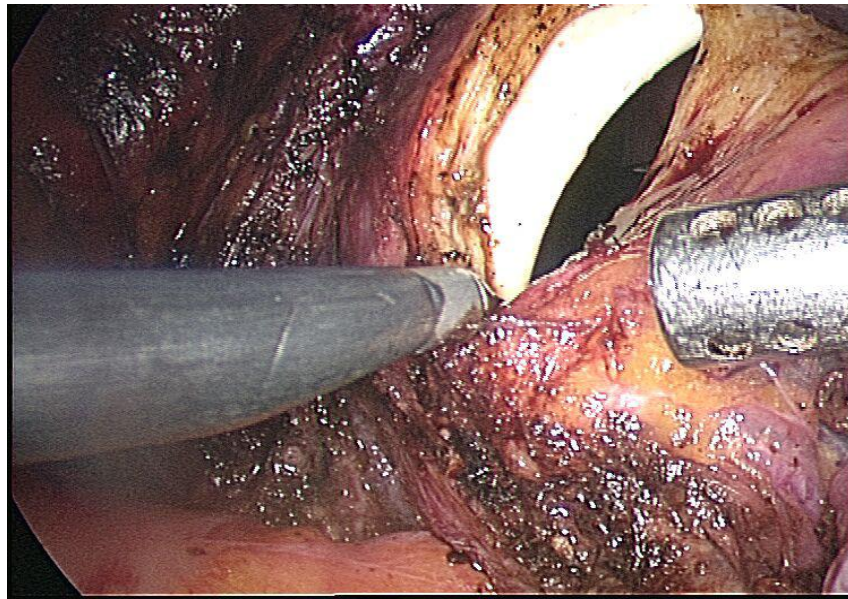
**-Thì 9:Mở âm đạo, lấy tử cung và đóng mổ cắt âm đạo**

+ Người phụ xoay phần di động của van Hourcable đẩy tối đa túi cùng trước lên, dùng dao đơn cực mở túi cùng trước rồi vòng ra bên và sau, luôn luôn cắt trên van. Kéo tử cung ra ngoài theo van Hourcable.



Trường hợp u xơ tử cung kích thước lớn, dùng dao kết hợp 2 van âm đạo xẻ nhỏ tử cung để lấy qua đường âm đạo. Hoặc sử dụng máy gia tốc cắt nhỏ bệnh phẩm ( Morcellator ) để lấy bệnh phẩm qua thành bụng.

Mỏ cắt âm đạo được khâu bằng hai mũi chữ X chỉ Vicryl số 1 qua nội soi.



**Hình 2.6. Mở âm đạo [26]**

**-Thì 10: Kiểm tra rửa ổ bụng**

Rửa ổ bụng bằng huyết thanh ấm, lấy hết máu cục. Cầm máu kỹ bằng dao lưỡng cực, kiểm tra bàng quang, niệu quản. Trường hợp mổ khó khăn hay nghi ngờ tổn thương bàng quang thì bơm 200-300ml huyết thanh lẫn xanh methylen vào bàng quang để kiểm tra.

Tháo dụng cụ, khâu phục hồi các lỗ trocar. Không cần dẫn lưu ổ bụng.



**Hình 2.7. Kiểm tra rửa ổ bụng[26]**

#### ***1.3.4 Tai biến của phẫu thuật nội soi cắt tử cung***

Phẫu thuật nội soi cũng có những tai biến đặc trưng, thậm chí là nguy hiểm: biến chứng của gây mê, các tai biến xảy ra trong quá trình phẫu thuật thường liên quan đến bơm hơi ổ bụng, thao tác của phẫu thuật nội soi,... Một nghiên cứu qua 10110 trường hợp cắt tử cung cho thấy: tỷ lệ tai biến của cắt tử cung qua nội soi là 19%, đường bụng 17,2% và đường âm đạo là 23% [27]. Trong cắt tử cung qua nội soi, tai biến cho niệu quản có nguy cơ cao hơn nhiều so với đường bụng (RR= 7,2) (Makinen, 2001). Một nghiên cứu 1165 trường hợp cắt tử cung qua nội soi cho thấy tỷ lệ tai biến là 10,2%, trong đó: nhiễm khuẩn 5,6%, tổn thương tiết niệu 2,7%, tai biến chạm mạch máu 1,2% và tổn thương ruột 0,4% (Harkki, 1997)[28].

##### ***1.3.4.1. 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,..

#### *1.3.4.2. Các tai biến do chọctrocar*

- 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.

#### *1.3.4.3. 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, 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 [1].

#### *1.3.5. 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[27, 29].

Theo 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 (mức đánh giá 3,51 so với 3,88)[30].

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[31].

Nghiên cứu của Carter đánh giá mức độ vận động sau mổ của người bệnh theo thang 10 độ (với 10 là vận động bình thường) thì vào ngày thứ 14 cắt tử cung qua nội soi có độ vận động là 9,2 so với cắt tử cung qua đường bụng là 6,4[32].

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[33].

#### ***1.3.6. 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 phẫu thuật nội soi.
- 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 nhận xét 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[34].

### ***1.3.7. Một số nghiên cứu cắt tử cung bằng thuật nội soi điều trị UXTC***

#### ***1.3.7.1. Nghiên cứu trên thế giới***

- Härkki-Sirén nghiên cứu đánh giá những ưu điểm và nhược điểm của phẫu thuật nội soi trong khoảng thời gian 2 năm khi kỹ thuật mới này được giới thiệu với một số bệnh viện ở Phần Lan[35].

Nghiên cứu trên 1165 cắt tử cung qua nội soi được thực hiện từ tháng 1 năm 1993 đến tháng năm 1994. Các trường hợp được chỉ định do u xơ tử cung (54%), rong kinh (27%), đau bụng kinh (8%), lạc nội mạc tử (2%), và các lý do khác (9%) của 68 bác sĩ phụ khoa tại 30 bệnh viện thì tai biến phẫu thuật có tỷ lệ 10,2% trong đó: nhiễm khuẩn 5,6%, tổn thương hệ tiết niệu 2,7% tai biến chạm vào mạch máu 1,2%, tổn thương ruột 0,4%....[28].

-Schwartz đã nghiên cứu về biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt tử cung trên 45 trường hợp, kết quả cho thấy có 11% các tai biến trong mổ, gây mê 7%, sau mổ 16% và do dụng cụ PTNS chiếm nhiều nhất 56%[36].

- Dall'Asta và cộng sự đã làm một nghiên cứu quan sát hồi cứu trên 101 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ năm 2008 đến năm 2012. Các quy trình phẫu thuật đã được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật cùng với các kỹ thuật phẫu thuật tương tự. Bệnh nhân có bệnh lành tính và giai đoạn ung thư nội mạc tử cung I- II (FIGO 2009).

Trong 101 bệnh nhân có 80 trường hợp là lành tính, u xơ tử cung là 42 bệnh nhân, có 37 trường hợp phải cắt cả 2 buồng trứng, thời gian phẫu thuật trung bình là 81 phút cho bệnh lành tính và 112 phút đối với bệnh ác tính. Trọng lượng tử cung của bệnh nhân phẫu thuật dao động giữa 38 và 700 g. trọng lượng tử cung trung bình là  $196,40 \pm 142,32$  g.

Có 1 trường hợp chuyển mổ mở. Không ai trong số các yếu tố xét xem (tuổi, BMI, loại phẫu thuật) có liên quan đáng kể với tăng tần suất các biến chứng trong và sau mổ[37].

- Năm 2014 Paul PG và cộng sự đã nghiên cứu tỷ lệ xuất huyết sau cắt bỏ tử cung qua nội soi. Có Tổng cộng có 1613 bệnh nhân đã trải qua tổng phẫu thuật nội soi trong thời gian nghiên cứu, và 21 bệnh nhân có xuất huyết thứ phát sau khi cắt bỏ tử cung, chiếm 1,3%. Kích thước trung bình của tử cung là 541,4 g trong nhóm xuất huyết thứ phát và 318,9 g ở bệnh nhân không có xuất huyết, trong đó có ý nghĩa thống kê. Khoảng thời gian trung bình giữa cắt bỏ tử cung và xuất huyết thứ phát là 13 ngày [38].

- Năm 2016 Neis KJ, Zubke và cộng sự đã nghiên cứu trong số 746 bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi cắt tử cung với phương pháp khâu cổ điện, thời gian mổ trung bình 96,9 phút. Chấn thương đường tiết niệu đã được báo cáo trong 8 bệnh nhân. chấn thương đường tiết niệu bao gồm 6 trường hợp chấn thương bàng quang và 3 trường hợp chấn thương niệu quản. Không có trường hợp nhiễm trùng mồm cắt, tụ máu, tổn thương ruột hoặc biến chứng vết thương ở bụng. Tất cả các trường hợp liên quan đến các biến chứng xảy ra trước năm 2010 [36].

#### *1.3.7.2. Nghiên cứu trong nước*

- Năm 2001 Nguyễn Bá Mỹ Nhi đã nghiên cứu áp dụng cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi, nghiên cứu trên 680 trường hợp đầu tiên triển khai, có 650 trường hợp phẫu thuật thành công và 30 trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian trung bình phẫu thuật là 60 – 80 phút[34].

- Năm 2006 Nguyễn Văn Giáp đã nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại BVPSTW. Nghiên cứu trên 122 trường hợp.

Thời gian mổ trung bình  $62,9 \pm 24,5$  phút. Có 5 trường hợp tổn thương tiết niệu chiếm 4,1% và nhiễm khuẩn mồm cắt có 2 trường hợp chiếm 1,6%[39].

- Năm 2010 Nguyễn Quốc Tuấn nghiên cứu hồi cứu mô tả gồm 111 trường hợp cắt tử cung qua nội soi. Kết quả: tuổi trung bình  $46,88 \pm 6,62$  tuổi; có 5 bệnh nhân dưới tuổi 39. Có 1 bệnh nhân chưa có con chiếm 1,3%. 105 trường hợp mổ nội soi thành công, 6 trường hợp chuyển mổ mở vì khó khăn. Đa số bệnh nhân có kích thước tử cung nhỏ hơn có thai 12 tuần (88,3%). U xơ có kích thước trung bình  $6,3 \pm 2$  cm, đường kính lớn nhất chỉ 12cm và trọng lượng lớn nhất là 500gram. Thời gian phẫu thuật trung bình  $55 \pm 17,7$  phút. Kết luận: cắt tử cung qua nội soi là phương pháp an toàn, hiệu quả, giá trị thẩm mỹ cao[40].

- Năm 2012 nghiên cứu của Trần Thanh Hương tại Bệnh viện quân đội 108 với 90 trường hợp được cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi, thời gian mổ trung bình là  $79,3 \pm 18,5$  phút, thời gian nằm viện trung bình  $4,5 \pm 0,7$  ngày, có 6 trường hợp tai biến trong và sau mổ[41].

## 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 có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2019 đến 30/06/2019.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán UXTC và có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi vì:

- Băng kinh, rong kinh điều trị nội thất bại
- U xơ tử cung kèm theo khối u phần phụ
- Tổn thương nghi ngờ CTC
- Quá sản niêm mạc tử cung

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- CCĐ gây mê hồi sức
- Tiên lượng dính
- Ung thư CTC, ung thư buồng trứng

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu mô tả tiến cứu.

##### 2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: chúng tôi áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất.



- Trong thời gian trên có bao nhiêu bệnh nhân UXTC có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa Điều trị theo yêu cầu BVPSTW đều được đưa vào nghiên cứu.

#### **2.2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu**

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lập một phiếu thu thập số liệu theo dõi các chỉ số theo các giai đoạn

#### **2.2.5. Biến số nghiên cứu**

Biến số nghiên cứu bao gồm:

- Tuổi.
- Nghề nghiệp.
- Số lần đẻ.
- Tiền sử phụ khoa:
  - + Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt, thời gian có triệu chứng RLKN....
  - + Thời gian từ lúc phát hiện UXTC đến khi vào viện...
  - + Điều trị nội khoa trước khi vào viện..
  - + Tình trạng mãn kinh.
  - + Tiền sử phẫu thuật ổ bụng.
- Lý do phẫu thuật: ngoại khoa; sản phụ khoa: mổ lấy thai, chữa ngoài tử cung, u buồng trứng.
- Nồng độ huyết sắc tố (Hb) trước mổ (g/dl).
- Kích thước lớn nhất của UXTC trên siêu âm (mm), số lượng UXTC trên siêu âm.
- Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng.
- Phẫu thuật cắt tử cung nội soi thành công, PTNS chuyên mổ mở.
- Lý do chuyển mổ mở

- Thời gian phẫu thuật (phút): tính từ khi rạch da đến khi khâu da mũi cuối cùng.
- Xử trí phần phụ trong mổ: để hai phần phụ, cắt một phần phụ, cắt hai phần phụ.
- Vị trí u xơ tử cung trong mổ: u ở thân TC, u ở eo TC, u dưới niêm mạc.
- Tình trạng dính ổ bụng và tiểu khung.
- Thời gian phục hồi vận động sau mổ (giờ): là thời gian người bệnh ngồi dậy, đi lại được.
- Thời gian trung tiện sau mổ (giờ): là thời gian xuất hiện trung tiện của người bệnh.
- Dùng thuốc giảm đau sau mổ: ngày thứ 1, ngày thứ 2, ngày thứ 3.
- Tình trạng vết mổ thành bụng: bình thường, nề đỏ, bầm tím, chảy máu.
- Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ (ngày).
- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày).
- Kết quả xét nghiệm mô bệnh học.
- Các tai biến trong và sau mổ: do gây mê, tràn khí, chảy máu nhiều, tổn thương hệ tiết niệu, tổn thương hệ tiêu hóa, viêm mủm cắt âm đạo.

#### **2.2.6. Xử lý số liệu**

- Làm sạch số liệu.
- Mã hóa số liệu.
- Số liệu được thu thập và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.
- Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học.
- Dùng các test thống kê:  $\chi^2$  test, t – test để so sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ.

### **2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

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

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2019 đến 30/06/2019 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã triển khai kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi, qua nghiên cứu 106 bệnh nhân được phẫu thuật, chúng tôi phân tích được một số kết quả dưới đây.

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

*Bảng 3.1. Tuổi của đối tượng mắc u xơ tử cung*

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
35 - 44	23	21,70
45 - 54	79	74,53
55 - 64	4	3,77
Tổng	106	100
X ± SD (GTNN - GTLN)	46,95 ± 3,87 (37 - 59)	

#### Nhận xét:

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 46,95 ± 3,87 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 59 tuổi.
- Nhóm tuổi từ 45 đến 54 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 74,53%.
- Thứ hai là nhóm tuổi từ 35 đến 44 tuổi với 21,70%.
- Chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm tuổi từ 55 đến 64 tuổi với 3,77%.

**Bảng 3.2. Nghề nghiệp**

<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Nông dân	16	15,09
Văn phòng, viên chức	46	43,40
Công nhân	5	4,72
Tự do, nội trợ	39	36,79
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- Phần lớn bệnh nhân là nhân viên văn phòng, viên chức chiếm tỉ lệ 43,40%.
- Tiếp theo là nghề tự do và nội trợ với tỉ lệ 36,79%; nông dân chiếm tỉ lệ 15,09% và thấp nhất là công nhân với tỉ lệ 4,72%.

**Bảng 3.3. Số lần đẻ**

<b>Số lần đẻ</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Chưa	4	3,77
1 lần	12	11,32
2 lần	67	63,21
$\geq 3$ lần	23	21,70
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

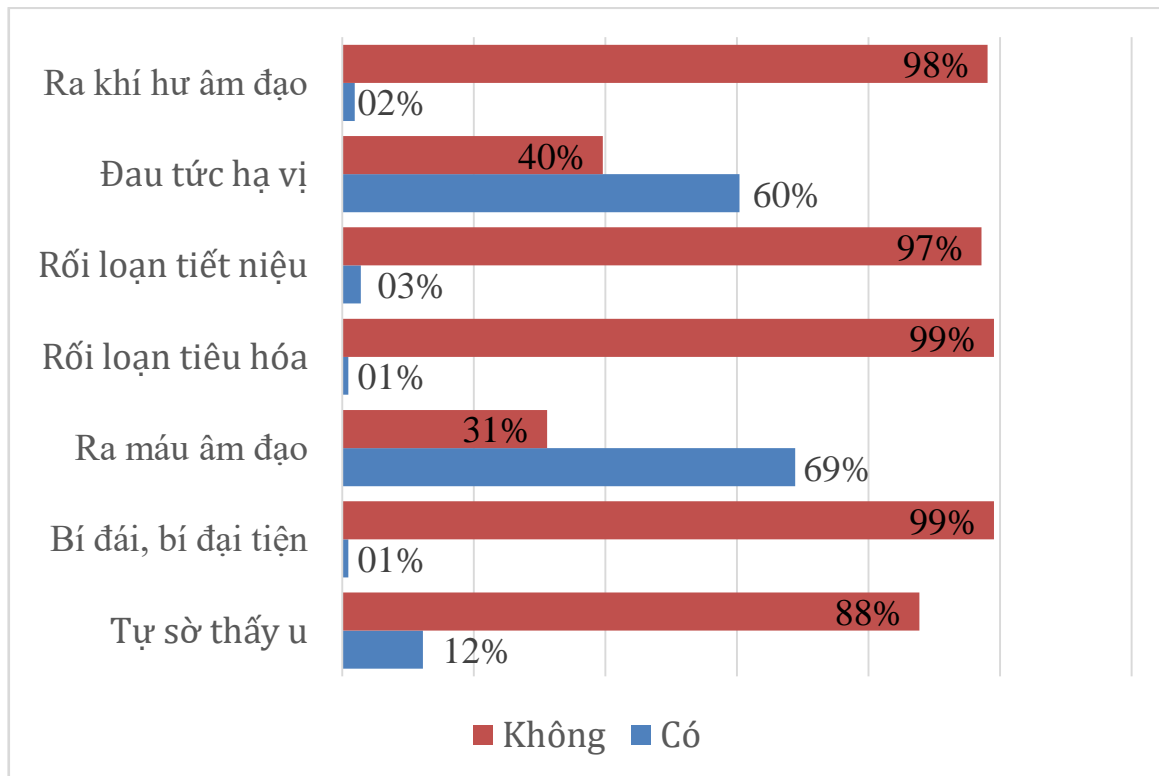
- Các bệnh nhân có tiền sử đẻ 2 lần chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,21% ; tiền sử đẻ 3 lần chiếm 21,70% ; 11,32% bệnh nhân đã đẻ 1 lần.
- Bệnh nhân chưa đẻ lần nào chiếm tỉ lệ thấp với 3,77%.

**Bảng 3.4. Tiền sử phụ khoa**

<b>Tiền sử</b>	<b>Giá trị</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Triệu chứng có rối loạn kinh nguyệt	Có	68	64,15
	Không	38	35,85
Thời gian phát hiện UXTC đến khi vào viện	Không	7	6,60
	< 1 năm	40	37,74
	≥ 1 năm	59	55,66
Điều trị nội khoa trước khi vào viện	Đã điều trị	16	15,09
	Chưa điều trị	90	84,91
Số con sống	0 con	3	2,86
	1-2 con	81	77,14
	≥ 3 con	21	20,00
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Chưa PT	94	88,68
	Đã PT	12	11,32

**Nhận xét:**

- Có 64,15% bệnh nhân có tiền sử rối loạn kinh nguyệt.
- Phần lớn các sản phụ nhập viện muộn sau khi đã phát hiện UXTC trên 1 năm với tỉ lệ 55,66%; tỉ lệ bệnh nhân không phát hiện u xơ tại thời điểm nhập viện là 6,60%.
- 84,91% bệnh nhân chưa được điều trị gì trước nhập viện.
- Số con còn sống 1-2 con chiếm tỉ lệ cao nhất là 77,14%.
- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: có 88,68% chưa phẫu thuật và 11,32% đã có tiền sử phẫu thuật.



***Biểu đồ 3.1. Triệu chứng lâm sàng***

**Nhận xét:**

- Triệu chứng hay gặp nhất là đau tức hạ vị và ra máu âm đạo với tỉ lệ lần lượt là 60,38% và 68,87%.
- Thứ hai là dấu hiệu tự sờ thấy u chiếm tỉ lệ 12,26%.
- Các triệu chứng bí đái, bí đại tiện, rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiết niệu và ra khí hư âm đạo ít gặp hơn, chiếm tỉ lệ lần lượt là 0,94%, 0,94%, 2,83% và 1,89%.

**Bảng 3.5. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng**

<b>Kích thước tử cung</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
TC to bằng TC có thai < 8tuần	16	15,09
TC to bằng TC có thai 8 - 12 tuần	50	47,17
TC kích thước bằng có thai > 12 tuần	40	37,74
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- Tử cung có kích thước to bằng tử cung có thai từ 8 đến 12 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,17%.
- Kích thước tử cung tương đương với tử cung có thai hơn 12 tuần đứng thứ 2 với 37,74%.
- Số bệnh nhân có kích thước tử cung nhỏ hơn tương đương có thai dưới 8 tuần chiếm tỉ lệ thấp nhất với 15,09%.



**Bảng 3.6. Kích thước, số lượng u xơ trên siêu âm**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Số lượng u xơ	1 u	49	46,23
	2 u	44	41,51
	$\geq 3$ u	13	12,26
Kích thước lớn nhất của u xơ (mm)	$< 50$	40	37,74
	50 – 60	26	24,53
	$> 60$	40	37,74

**Nhận xét:**

- Nghiên cứu ghi nhận phần lớn các bệnh nhân có từ 1 đến 2 u xơ, chiếm tỉ lệ lần lượt là 46,23% và 41,51%; 12,26% có từ 3 u trở lên.
- Tỉ lệ u xơ có kích thước dưới 50mm và trên 60mm là ngang nhau, đều chiếm 37,74%. U xơ có kích thước từ 50mm đến 60mm chiếm 24,53%.

**Bảng 3.7. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ**

<b>Hemoglobin (g/dl)</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
$\geq 11,0$	75	70,75
$9,0 - < 11,0$	21	19,81
$7,0 - < 9,0$	9	8,49
$< 7,0$	1	0,94
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- Các bệnh nhân không thiếu máu ( $Hb > 11,0$  g/dl) chiếm tỉ lệ cao là 70,75%.
- Số bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ và vừa chiếm 28,30%.
- Nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp có thiếu máu nặng ( $Hb < 7$  g/dl), chiếm 0,94%.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 3.8. Kết quả phẫu thuật cắt tử cung nội soi**

Phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Phẫu thuật cắt TCHT nội soi thành công	103	97,17
Phẫu thuật nội soi thất bại chuyển mổ mở	3	2,83
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi thành công chiếm 97,17%.
- Có 3 trường hợp (chiếm 2,83%) phẫu thuật nội soi thất bại chuyển mổ mở.

**Bảng 3.9. Trọng lượng tử cung sau khi cắt**

Trọng lượng (gram)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 200	1	0,94
200 – 300	34	32,08
> 300	71	66,98
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- Tử cung có trọng lượng trên 300g chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,98%.
- Thứ hai là tử cung nặng từ 200g đến 300g chiếm 32,08%.
- Tử cung có trọng lượng dưới 200g có tỉ lệ thấp với 0,94%.

**Bảng 3.10. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian (phút)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 60	18	16,98
60 - 90	88	83,02
> 90	0	0
Thời gian phẫu thuật trung bình (GTLN – GTNN)	50,99 ± 5,58 (35 - 70)	

**Nhận xét:**

- Thời gian phẫu thuật u xơ tử cung thường kéo dài từ 60 đến 90 phút, chiếm tỉ lệ 83,02%.
- Có 18 trường hợp phẫu thuật dưới 60 phút, chiếm 16,98%.
- Thời gian phẫu thuật trung bình là 50,99 ± 5,58; nhanh nhất là 35 phút và dài nhất là 70 phút.

**Bảng 3.11. Liên quan thời gian phẫu thuật của nhóm cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi thành công và nhóm thất bại chuyển mổ mở**

Kết quả phẫu thuật nội soi	n	Thời gian phẫu thuật (phút)	p
Thành công	103	50,68 ± 5,24	0,00
Thất bại chuyển mổ mở	3	61,67 ± 7,64	

**Nhận xét:**

- Thời gian phẫu thuật nội soi thành công là 50,68 ± 5,24 phút, của nhóm thất bại chuyển mổ mở là 61,67 ± 7,64 phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.12. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với trọng lượng tử cung sau khi cắt và kích thước tử cung trên lâm sàng**

Đặc điểm tử cung		n	Thời gian phẫu thuật (phút)	p
Kích thước tử cung trên lâm sàng	Bảng tử cung có thai < 8 tuần	16	50,63 ± 5,44 phút	0,93 (>0,05)
	Bảng tử cung có thai 8 - 12 tuần	50	51,20 ± 6,11 phút	
	Bảng tử cung có thai > 12 tuần	40	50,88 ± 5,05 phút	
Trọng lượng tử cung sau khi cắt (gram)	<200 gram	1	50,00 ± 0,00 phút	0,03 (<0,05)
	200-300 gram	34	48,97 ± 5,74 phút	
	>300 gram	71	51,97 ± 5,31 phút	

**Nhận xét:**

- Thời gian phẫu thuật của các nhóm trọng lượng tử cung sau phẫu thuật là có khác nhau. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.13. Mối liên quan giữa tuổi và phương pháp xử trí phần phụ**

Nhóm tuổi	Xử trí phần phụ						Tổng	
	Đẻ 2 phần phụ		Cắt 1 phần phụ		Cắt 2 phần phụ			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
35 – 39	4	100	0	0	0	0	4	100
40 – 44	18	94,74	0	0	1	5,26	19	100
45 – 49	51	91,07	5	8,93	0	0	56	100
≥ 50	9	33,33	2	7,41	16	59,26	27	100

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ tử cắt tử cung và cắt 2 phần phụ ở nhóm trên 50 tuổi là cao nhất với 59,26%.
- 100% trường hợp từ 35 đến 39 tuổi được để lại 2 phần phụ.
- Tỷ lệ cắt tử cung để lại 2 phần phụ ở nhóm từ 40 – 44 tuổi là 94,74%; cao hơn nhiều so với cắt tử cung kèm 2 phần phụ với 5,26%.
- Phương pháp cắt tử cung để 2 phần phụ cũng chiếm tỷ lệ cao ở nhóm 45 – 49 tuổi với 91,07%.

**Bảng 3.14. Thời gian phục hồi vận động sau mổ**

Thời gian (giờ)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
$\leq 24$	105	99,06
25 - 48	1	0,94
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- 100% bệnh nhân phục hồi vận động trong vòng 48 giờ sau mổ.
- Phần lớn các trường hợp phục hồi vận động sau mổ trước 24 giờ chiếm tỉ lệ 99,06%.
- Thời gian phục hồi vận động từ 25 đến 48 giờ ghi nhận được 1 trường hợp, chiếm tỉ lệ 0,94%.

**Bảng 3.15. Thời gian trung tiện sau mổ**

Thời gian (giờ)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
$\leq 24$	36	33,96
25 - 48	70	66,04
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

- 100% bệnh nhân trung tiện trong vòng 48 giờ sau mổ.
- Bệnh nhân thường trung tiện trong khoảng từ 25 đến 48 giờ sau mổ, chiếm 66,04%.
- 33,96% các trường hợp có thời gian trung tiện sau mổ trong vòng 24 giờ.

**Bảng 3.16. Dùng thuốc giảm đau sau mổ**

Ngày	Có dùng thuốc		Không dùng thuốc	
	n	(%)	n	(%)
Ngày thứ 1	16	15,09	90	84,91
Ngày thứ 2	0	0	106	100
Ngày thứ 3	0	0	106	100

**Nhận xét:**

- Nghiên cứu ghi nhận có 84,91% bệnh nhân không phải dùng thuốc giảm đau sau mổ trong ngày đầu tiên.
- 100% bệnh nhân không dùng thuốc giảm đau cho ngày thứ 2 và thứ 3 sau mổ.

**Bảng 3.17. Thời dùng kháng sinh**

Thời gian dùng kháng sinh (ngày)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
5	101	95,28
6 - 7	4	3,77
>7	1	0,94
Tổng	106	100
X ± SD	4,97 ± 0,81	
(GTLN – GTNN)	(3 - 11)	



**Nhận xét:**

- Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là  $4,97 \pm 0,81$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày.
- Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh điều trị, không có trường hợp nào sử dụng kháng sinh dự phòng.
- Nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh 5 ngày chiếm cao nhất 95,28%.

**Bảng 3.18. Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
$\leq 3$	3	2,83
4 – 5	96	6,60
$> 5$	7	90,57
Tổng	106	100
$X \pm SD$	5,01 $\pm$ 0,92	
(GTLN – GTNN)	(3 - 11)	

**Nhận xét:**

- Thời gian nằm viện trung bình là  $5,01 \pm 0,92$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày.
- 90,57% bệnh nhân nằm viện trên 5 ngày sau mổ.
- Có 2,83% trường hợp nằm viện không quá 3 ngày.

**Bảng 3.19. Tình trạng vết mổ thành bụng, âm đạo**

<b>Tình trạng vết mổ thành bụng, âm đạo</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Bình thường	106	100
Chảy máu thành bụng	0	0
Chảy máu mồm cắt	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Nhiễm trùng mồm cắt	0	0
Tổng	106	106

**Nhận xét:**

- 100% vết mổ thành bụng, âm đạo trong nghiên cứu bình thường.

**Bảng 3.20. Tai biến trong và sau mổ (N=106)**

<b>Tai biến</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Tai biến gây mê	0	0
Tràn khí dưới da	0	0
Chảy máu	0	0
Tổn thương hệ tiết niệu	0	0
Tổn thương hệ tiêu hóa	1	0,94
Tổng	1	0,94

**Nhận xét:**

- Nghiên cứu chỉ ghi nhận duy nhất 1 trường hợp tai biến có tổn thương hệ tiêu hóa chiếm 0,94%.

**Bảng 3.21. Kết quả xét nghiệm mô bệnh học**

<b>Tổn thương mô bệnh học</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
UXTC đơn thuần	39	36,79
UXTC + LNMTC	65	61,32
UXTC + nang buồng trứng lành tính	1	0,94
UXTC + tổn thương CTC (lành tính)	1	0,94
Tổng	106	100

**Nhận xét:**

Theo kết quả mô bệnh học:

- U xơ tử cung và lạc nội mạc tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,32%.
- Thứ 2 là u xơ tử cung đơn thuần với 36,37%.
- Có 1 trường hợp có kết quả UXTC + nang buồng trứng lành tính và 1 trường hợp UXTC + tổn thương CTC (lành tính), đều chiếm 0,94%.

## Chương 4

### BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 01/01/2019 đến 30/06/2019, tại Khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi thu thập được 106 bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và phân tích được một số kết quả dưới đây:

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

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

Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $46,95 \pm 3,87$  tuổi; nhóm tuổi từ 45 đến 54 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 74,53%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Văn Đồng tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa với tỉ lệ bệnh nhân trong độ tuổi từ 45 đến 55 tuổi là 60,7% [42]; nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi tại Bệnh viện Từ Dũ là 61% [43] và Nguyễn Văn Giáp tại Bệnh viện PSTU là 61,5% [7].

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

Tác giả	Năm	Độ tuổi trung bình
Jesse và cộng sự [44]	2011	$42,6 \pm 2,9$ tuổi
Shin JW và cộng sự [45]	2011	$44,51 \pm 6,35$ tuổi
Camran và cộng sự [46]	2016	$44,5 \pm 8,13$ tuổi
Rooma Sinha và cộng sự [47]	2019	$44,5 \pm 5,4$ tuổi
Chúng tôi	2019	$46,95 \pm 3,87$ tuổi

So với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, tuổi trung bình của đối tượng mắc u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương. Bên cạnh đó, tuổi trung bình cũng như độ tuổi hay gặp nhất trong nghiên cứu đều phù hợp với mô tả trong y văn [2].

#### ***4.1.2. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu***

Kết quả bảng 3.2 cho thấy phần lớn bệnh nhân là nhân viên văn phòng, viên chức chiếm tỉ lệ 43,40%. Tiếp theo là nghề tự do và nội trợ với tỉ lệ 36,79%; nông dân chiếm tỉ lệ 15,09% và thấp nhất là công nhân với tỉ lệ 4,72%.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp tại BVPSTU và Trần Thanh Hương tại Bệnh viện 108 cũng cho kết quả nhóm có nghề nghiệp là cán bộ chiếm cao nhất, 43,3% [7] và 36,1% [48].

Do nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nên đa số bệnh nhân đang sinh sống hoặc làm việc tại Hà Nội, vì vậy đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn phù hợp.

#### ***4.1.3. Triệu chứng lâm sàng***

Phần lớn phụ nữ bị u xơ tử cung hoặc không có triệu chứng hoặc xuất hiện các triệu chứng dần dần theo thời gian. Khi bệnh nhân có triệu chứng thì số lượng, kích thước và/hoặc vị trí của u xơ là những yếu tố quyết định quan trọng của các biểu hiện lâm sàng của nó. Các triệu chứng thường được báo cáo bao gồm rong kinh, đau bụng kinh, đau bụng không theo chu kỳ, triệu chứng về rối loạn tiểu tiện, rối loạn tiêu hóa và mệt mỏi [49, 50].

Theo biểu đồ 3.1, trong 106 bệnh nhân được phẫu thuật thì triệu chứng hay gặp nhất là đau tức hạ vị và ra máu âm đạo với tỉ lệ lần lượt là 60,38% và 68,87%.

Ra máu âm đạo nhiều là triệu chứng phổ biến nhất, xảy ra ở khoảng một phần ba số bệnh nhân và có thể dẫn đến thiếu máu đe dọa tính mạng [51]. Một nghiên cứu hồi cứu cho thấy u xơ tử cung là nguyên nhân gây chảy máu ở 48% phụ nữ nhập viện với biểu hiện ra máu âm đạo nhiều và nồng độ hemoglobin cực thấp [52].

Cùng với ra máu âm đạo, triệu chứng đau bụng do u xơ tử cung cũng là một vấn đề thường gặp [53]. Đối với u có đường kính vượt quá 10 cm có thể dẫn đến các triệu chứng tác động trực tiếp hoặc gián tiếp khác chẳng hạn như u lồi vào ổ bụng bụng gây chèn ép các cơ quan lân cận như bàng quang, đại tràng, trực tràng, làm tăng áp lực vùng chậu dẫn tới tình trạng tiểu gấp, tăng số lần đi tiểu, hoặc tiểu không tự chủ và táo bón [54, 55].

Đứng thứ hai là dấu hiệu tự sờ thấy u chiếm tỉ lệ 12,26%.

Các triệu chứng bí đái, bí đại tiện, rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiết niệu và ra khí hư âm đạo trong nghiên cứu ít gặp hơn, chiếm tỉ lệ lần lượt là 0,94%; 0,94%; 2,83% và 1,89%.

#### **4.1.4. Tiền sử sản khoa**

Kết quả bảng 3.3 cho thấy các bệnh nhân có tiền sử đẻ 2 lần chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,21% ; tiền sử đẻ từ 3 lần trở lên chiếm 21,70%; 11,32% bệnh nhân đã đẻ 1 lần. Bệnh nhân chưa đẻ lần nào chiếm tỉ lệ thấp với 3,77%.

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp, số bệnh nhân đẻ trên 2 lần chiếm tỉ lệ 88,6% [7].

Nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hương cũng cho thấy số người bệnh đẻ 1 - 2 lần có tỷ lệ chiếm đa số 79,3% [48].

Số lượng bệnh nhân chưa có con hoặc có 1 con chiếm tỉ lệ thấp có thể do nghiên cứu tập trung vào đối tượng phụ nữ bị u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung nên hầu hết các sản phụ đã có đủ con.

#### **4.1.5. Tiền sử phụ khoa**

Tiền sử sản phụ khoa của đối tượng nghiên cứu được thể hiện qua bảng 3.4, trong đó:

**\* *Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt:***

Có 68 người bệnh biểu hiện rối loạn kinh nguyệt, chiếm tỷ lệ 64,15%. Rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng gặp nhiều nhất so với các triệu chứng khác, điều này cũng giống trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Tuấn [40] triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chiếm 46,8%; của tác giả Nguyễn Văn Giáp [7] là 43,5%. Điều này là phù hợp với triệu chứng cơ năng hay gặp nhất của người bệnh bị UXTC trong y văn là rối loạn kinh nguyệt.

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

Phần lớn các sản phụ nhập viện muộn sau khi đã phát hiện UXTC trước phẫu thuật là 93,4%; trong đó số bệnh nhân phát hiện trên 1 năm chiếm tỉ lệ 55,66%; tỉ lệ bệnh nhân không phát hiện u xơ tại thời điểm nhập viện là 6,60%. Có 84,91% bệnh nhân chưa được điều trị gì trước nhập viện.

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng trên 257 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tử cung, số người bệnh được phát hiện u xơ trước nhập viện chiếm tỷ lệ cao hơn (72,4%) so với số người không được phát hiện u xơ với 27,6%. Trong đó 54,4% bệnh nhân đã được điều trị nội khoa trước đó [42].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan tại BVPSTU chỉ ra rằng 77,1% người bệnh không phát hiện có khối u xơ trước phẫu thuật và 87,5% chưa được điều trị nội khoa trước mổ [56].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ số người bệnh được phát hiện UXTC trước khi vào viện cao hơn các nghiên cứu khác vì người bệnh đã được theo dõi u xơ tử cung nhiều tháng tuy nhiên số bệnh nhân điều trị nội khoa trước đó lại chiếm tỉ lệ thấp với 15,09%. Nguyên nhân có thể do u xơ tử cung thường có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, ít ảnh hưởng đến đời sống

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

Do xã hội ngày càng phát triển và dân trí ngày càng cao nên ý thức khám chữa bệnh định kỳ tăng lên đáng kể vì vậy tỷ lệ phát hiện UXTC trước mổ trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn nhiều so với các nghiên cứu được tiến hành trước đó. Tuy nhiên nhận thức về u xơ tử cung của người dân trong quá trình điều trị vẫn còn nhiều điều bất cập. Vì vậy cần tăng cường tuyên truyền để nâng cao nhận thức của người bệnh về tầm quan trọng của việc điều trị bệnh ngay cả khi không có những biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng.

#### ***\* Tiền sử phẫu thuật ổ bụng***

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: có 88,68% chưa phẫu thuật và 11,32% đã có tiền sử phẫu thuật. Các trường hợp này bao gồm các phẫu thuật: mổ lấy thai, mổ chữa ngoài tử cung, u nang buồng trứng, ...

Tỷ lệ phẫu thuật ổ bụng trong nghiên cứu của tôi tương đối cao so với kết quả nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Văn Giáp khi nghiên cứu tại BVPSTU năm 2004 có 8/122 trường hợp đã phẫu thuật ổ bụng chiếm 6,6% [7] và tác giả Nguyễn Văn Lựu nghiên cứu tại Bệnh Viện 198 Bộ Công An năm 2014 có 3/54 trường hợp đã phẫu thuật ổ bụng chiếm 5,6% [57].

Sự khác biệt trên cho thấy chỉ định phẫu thuật u xơ tử cung bằng phương pháp nội soi đã rộng rãi hơn so với thời gian trước, nhất là đối với những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai vì có thể gặp khó khăn trong việc bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung vì những biến đổi về mặt giải phẫu sẽ gây cản trở cho việc nhận định và tăng nguy cơ tai biến.



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

Tử cung có kích thước to bằng tử cung có thai từ 8 đến 12 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,17%. Kích thước tử cung tương đương với tử cung có thai hơn 12 tuần đứng thứ 2 với 37,74%. Số bệnh nhân có kích thước tử cung nhỏ hơn tương đương có thai dưới 8 tuần chiếm tỉ lệ thấp nhất với 15,09%.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn, kích thước tử cung to bằng tử cung có thai 8 - 12 tuần cũng chiếm đa số với 60,4% [40]; tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lựu là 55,5% [57].

Tử cung có kích thước vừa và nhỏ sẽ thuận lợi hơn trong quá trình phẫu thuật. Trường hợp tử cung có kích thước lớn sẽ làm thu hẹp phẫu trường, gây khó khăn cho việc quan sát và thao tác của phẫu thuật viên dẫn đến kéo dài thời gian mổ, lượng máu mất nhiều hơn và tỷ lệ tai biến nhiều hơn.

Theo tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi chỉ định phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi phụ thuộc vào một số yếu tố trong đó có yếu tố kích thước tử cung và độ di động tử cung trên thăm khám lâm sàng [43].

Tác giả Sinha khi nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn nội soi đã nhận thấy những tử cung có kích thước lớn sẽ gây khó khăn cho việc cắt tử cung hoàn toàn do làm choán chỗ, tăng mức độ khó khăn cho kỹ thuật và tăng tỷ lệ tai biến [58].

Mặc dù các tác giả đều cho thấy kích thước tử cung đóng vai trò quan trọng nhất định đối với việc lựa chọn phương pháp loại bỏ tử cung hoàn toàn, tỉ lệ tử cung có kích thước lớn tương đương tử cung có thai trên 12 tuần tuổi được phẫu thuật cắt tử cung nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn tương đối cao. Điều này là hoàn toàn phù hợp do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương với đội ngũ phẫu thuật viên có trình độ cao và trang thiết bị hiện đại nên việc xử trí những trường hợp bệnh

nhân có tử cung kích thước tương đối lớn bằng phương pháp nội soi vẫn mang lại những kết quả tốt.

#### **4.1.7. Đặc điểm u xơ tử cung trên siêu âm**

##### **❖ Số lượng u xơ tử cung**

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn các bệnh nhân có từ 1 đến 2 u xơ, chiếm tỉ lệ lần lượt là 46,23% và 41,51%; 12,26% có từ 3 u trở lên. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với chỉ định của phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đồng cho tỉ lệ bệnh nhân có 1 u xơ là cao nhất 83,3% [42].

Tác giả Nguyễn Văn Giáp [7] và Nguyễn Thị Phương Loan [59] nghiên cứu tại BVPSTU năm 2006 và 2016, nhóm tử cung có 1 u xơ của 2 tác giả lần lượt là 69,8% và 54,4%.

##### **❖ Kích thước u xơ tử cung**

Tỉ lệ u xơ có kích thước dưới 5 cm và trên 6 cm là ngang nhau, đều chiếm 37,74%. U xơ có kích thước từ 5 cm đến 6 cm chiếm 24,53%.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng [42] tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa cho thấy phần lớn u xơ có kích thước  $\leq 5$  cm (70,8%). Có 75 trường hợp u xơ từ 5 - 6 cm chiếm 29,2%. Như vậy, trong nghiên cứu của tác giả, u xơ chủ yếu có kích thước nhỏ và vừa. Đặc biệt tác giả không ghi nhận trường hợp nào có kích thước u xơ lớn hơn 6 cm trong khi tỉ lệ này chiếm tới 37,74% trong nghiên cứu của tôi.

Theo Taniguchi F., kích thước u xơ chiếm ưu thế trong nhóm cắt tử cung nội soi là 9,5cm và lên tới 10,7cm ở nhóm kết hợp 2 phương pháp cắt u xơ nội soi và cắt tử cung nội soi [60].

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt tử cung nội soi với những u có kích thước nhỏ và vừa sẽ thuận lợi hơn cho phẫu thuật viên trong việc thao tác và xử trí. Tuy nhiên hiện nay tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, với đội

ngũ phẫu thuật viên trình độ cao và trang thiết bị hiện đại đã giúp xử trí nội soi thành công cho cả những trường hợp u có kích thước tương đối lớn, giảm lượng máu mất, thời gian hồi phục cũng như biến chứng cho bệnh nhân.

#### **4.1.8. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ**

Phần lớn các bệnh nhân không thiếu máu ( $Hb > 11,0$  g/dl) chiếm tỉ lệ 70,75%.

Số bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ và vừa chiếm 28,30%.

Nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp có thiếu máu nặng ( $Hb < 7$  g/dl), chiếm 0,94%. Trường hợp này bệnh nhân đủ con, đi khám vì rong kinh kéo dài suốt 3 tháng. Kết quả siêu âm cho thấy bệnh nhân có 1 u xơ kích thước xấp xỉ 7cm. Nồng độ huyết sắc tố ghi nhận tại thời điểm trước mổ là 6,9 g/dl.

Nghiên cứu về tình trạng thiếu máu của những người bệnh mắc u xơ tử cung được phẫu thuật nội soi năm 2010 tại BVPSTU, tác giả Nguyễn Quốc Tuấn cho kết quả có 73% trường hợp không thiếu máu; 25,5% bệnh nhân thiếu máu nhẹ và không có trường hợp nào là thiếu máu ở mức độ nặng [40].

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.

### **4.2. Kết quả điều trị**

#### **4.2.1. Tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung nội soi thành công**

Trong những năm gần đây, phẫu thuật cắt tử cung bằng phương pháp mổ mở trước đây đã dần được thay thế bằng phẫu thuật nội soi. So với phẫu thuật mổ mở cắt tử cung truyền thống, phẫu thuật nội soi cắt tử cung có những ưu điểm như thời gian phẫu thuật ngắn hơn, chấn thương nhỏ và phục hồi sau phẫu thuật nhanh chóng và nó có thể làm giảm hiệu quả nguy cơ nhiễm trùng vết thương và không gây đau đớn cho bệnh nhân [61, 62]. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi cắt tử cung có thể được sử dụng để kiểm tra các cơ quan vùng

chậu và bụng bằng phương pháp nội soi, trực tiếp cho thấy tình trạng của ống dẫn trứng và buồng trứng và nó có thể được sử dụng để chẩn đoán các bệnh kèm theo của khung chậu như lạc nội mạc tử cung [63, 64]. Ngoài ra, phẫu thuật mổ mở cắt tử cung truyền thống gây ra sẹo, bệnh nhân hồi phục sau phẫu thuật chậm hơn. Tuy nhiên, an toàn phẫu thuật trong phẫu thuật cắt tử cung nội soi không chỉ phụ thuộc vào công nghệ nội soi mà còn phụ thuộc vào kinh nghiệm tích lũy của các bác sĩ phẫu thuật và yêu cầu theo dõi chặt chẽ những thay đổi về tình trạng của bệnh nhân và theo dõi sau phẫu thuật.

Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi thành công chiếm 97,17%. Có 3 trường hợp (2,83%) phẫu thuật nội soi thất bại chuyển mổ mở.

Theo kết quả từ nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng, số trường hợp phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi thành công là 247/257 chiếm tỷ lệ 96,2%; có 10 trường hợp chuyển mổ mở tỷ lệ 3,9%, trong đó 4 trường hợp viêm dính tiểu khung phải chuyển mổ mở giải quyết, 3 trường hợp khối u xơ to ở thành trước eo tử cung khó quan sát được bằng quang, 2 trường hợp khối u xơ phát triển trong dây chằng rộng và 1 trường hợp cắt tử cung trên bệnh nhân có vết mổ cũ, trong quá trình tách phúc mạc đoạn dưới tử cung làm tổn thương bàng quang phải chuyển mổ mở xử lý [42].

Theo tác giả Nguyễn Quốc Tuấn năm 2010 tại BVPSTU có 111 trường hợp PTNS cắt tử cung thì tỷ lệ thành công là 94,6%, chuyển mổ mở 6 trường hợp chiếm 5,4% [40]. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

Park và cộng sự nghiên cứu về các yếu tố quyết định chuyển mổ mở của phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi, chuyển mổ mở có tỷ lệ là 8% và yếu tố nguy cơ nhiều nhất dẫn tới mổ mở là dính, trọng lượng tử cung [65].

Nghiên cứu của tác giả Leonard tỷ lệ chuyển mổ mở là 7%, tác giả đưa ra các yếu tố liên quan đến chuyển mổ mở gồm: chỉ số khối cơ thể, kích thước ngang tử cung trên siêu âm đầu dò âm đạo từ 8 - 10cm, kích thước của UXTC trên siêu âm lớn hơn 5cm và tình trạng dính ổ bụng do có tiền sử phẫu thuật tiểu khung. Đồng thời tác giả cũng đề xuất việc siêu âm đầu dò âm đạo trước mổ cắt tử cung hoàn toàn nội soi là cần thiết và cho rằng việc nhận biết các yếu tố nguy cơ chuyển mổ mở giúp lựa chọn bệnh nhân tốt hơn [66]

Có thể thấy trong các trường hợp dính quá nhiều vùng tiểu khung nếu tiếp tục phẫu thuật nội soi có thể sẽ mất nhiều thời gian, tăng tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ, do đó quyết định mổ mở hay tiếp tục phẫu thuật nội soi và tỷ lệ phẫu thuật thành công nhiều hay ít còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: trình độ của phẫu thuật viên, kích thước tử cung, vị trí u xơ tử cung, cách lựa chọn bệnh nhân trước mổ.

#### ***4.2.2. Trọng lượng tử cung sau khi cắt***

Tử cung có trọng lượng trên 300g chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,98%. Đứng thứ hai là tử cung nặng từ 200g đến 300g chiếm 32,08%. Tử cung có trọng lượng dưới 200g có tỉ lệ thấp với 0,94%.

#### ***4.2.3. Thời gian phẫu thuật***

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $50,99 \pm 5,58$  phút; nhanh nhất là 35 phút và dài nhất là 70 phút. Thời gian phẫu thuật u xơ tử cung thường kéo dài từ 60 đến 90 phút, chiếm tỉ lệ 83,02%. Có 18 trường hợp phẫu thuật dưới 60 phút, chiếm 16,98%. So sánh với một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác:

**Bảng 4.2: Thời gian phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi so với một số tác giả trong ngoài nước**

Tác giả	Năm nghiên cứu	Thời gian trung bình
Nguyễn Văn Giáp [7]	2006	62,9±35,8 phút
Nguyễn Quốc Tuấn[40]	2010	55±17,7 phút
Trần Thanh Hương[48]	2012	79,3 ± 18,5 phút
Nguyễn Văn Đồng[42]	2017	84,27 ± 7,73 phút
Chúng tôi	2019	50,99 ± 5,58 phút

**Bảng 4.3. Thời gian phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi so với một số tác giả nước ngoài**

Tác giả	Năm nghiên cứu	Thời gian trung bình
Malzoni và cộng sự[67]	2004	95± 27,5 phút
O'Hanlan và cộng sự[68]	2011	132 ± 55 phút
Parazzini và cộng sự [69]	2016	128,6 ± 56,4 phút
Xing Wang và cộng sự [70]	2017	97,63 ± 5,36 phút

Từ bảng 4.2 và 4.3 ta thấy so với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước thì thời gian phẫu thuật trung bình của tôi là ngắn hơn.

Theo nghiên cứu của Fernandez thời gian phẫu thuật trung bình giảm dần qua các năm, lý do được đưa ra có liên quan tới các yếu tố: kỹ năng của phẫu thuật viên, kích thước tử cung, vị trí UXTC, mức độ dính ổ bụng, tiền sử mổ lấy thai, tình trạng lạc nội mạc tử cung và trang thiết bị phẫu thuật [71].

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

*\* Liên quan thời gian phẫu thuật và kết quả phẫu thuật nội soi*

Thời gian phẫu thuật nội soi thành công là  $50,68 \pm 5,24$  phút, của nhóm thất bại chuyển mổ mở là  $61,67 \pm 7,64$  phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

*\* Liên quan giữa thời gian phẫu thuật với trọng lượng tử cung và kích thước tử cung trên lâm sàng*

Theo bảng 3.12, thời gian phẫu thuật của các nhóm trọng lượng tử cung sau phẫu thuật là có khác nhau: Nhóm trọng lượng tử cung sau cắt  $>300$  gram có 71 trường hợp với thời gian phẫu thuật dài nhất là  $51,97 \pm 5,31$  phút; đứng thứ 2 là nhóm  $< 200$  gram có 1 trường hợp với thời gian phẫu thuật là 50 phút; thấp nhất là nhóm 200 - 300 gram với thời gian phẫu thuật là  $48,97 \pm 5,74$  phút. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

Kích thước tử cung trên lâm sàng với tử cung có kích thước bằng tử cung có thai 8 – 12 tuần thì thời gian phẫu thuật là dài nhất là  $51,20 \pm 6,11$  phút; đứng thứ 2 là nhóm tử cung có kích thước bằng tử cung có thai  $> 12$  tuần với thời gian phẫu thuật là  $50,88 \pm 5,05$  phút; thấp nhất là nhóm tử cung bằng tử cung có thai  $< 8$  tuần với thời gian phẫu thuật là  $50,63 \pm 5,44$  phút. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đồng cho thấy kích thước tử cung nhỏ hơn tử cung có thai 8 tuần thì thời gian mổ trung bình  $84,25 \pm 8,51$  phút, kích thước tử cung từ 8-12 tuần thì phẫu thuật mất trung bình  $84,28 \pm 7,61$ ; trọng lượng tử cung bé hơn 200 gram thì mất  $81,27 \pm 7,73$

phút, trọng lượng từ 200 - 300 gram mất  $83,1 \pm 5,53$  phút, trọng lượng lớn hơn 300 gram mất  $84,44 \pm 10,06$  phút ( $p > 0,05$ ) [42].

Tác giả Nguyễn Văn Giáp nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn nội soi thấy thời gian phẫu thuật có phụ thuộc theo tương quan thuận với trọng lượng tử cung, theo phương trình:  $Y = 0,066X + 46,071$  [7].

Nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hương chỉ ra rằng các trường hợp phẫu thuật có trọng lượng tử cung  $\geq 250$  gram thì nguy cơ thời gian phẫu thuật trên 90 phút gấp 2,58 lần so với các trường hợp có trọng lượng tử cung bé hơn 250gam [48].

Tác giả O'Hanlan thực hiện nghiên cứu trên 983 trường hợp cắt tử cung nội soi và cho kết quả thời gian phẫu thuật ở nhóm có trọng lượng tử cung  $< 250$  gram thời gian phẫu thuật là 97 phút, nhanh hơn so với nhóm có trọng lượng tử cung  $\geq 250$  gram có thời gian phẫu thuật là 135 phút [68].

Theo Taniguchi, trọng lượng tử cung trung bình lần lượt là 558g; thời gian phẫu thuật trung bình là 156 phút [60].

Như vậy có một mối tương quan giữa kích thước u xơ và thời gian phẫu thuật là kích thước u xơ tử cung càng lớn thì thời gian phẫu thuật càng dài.

#### ***4.2.4. Mối liên quan giữa tuổi và phương pháp xử trí phần phụ***

Tỉ lệ tử cắt tử cung và cắt 2 phần phụ ở nhóm trên 50 tuổi là cao nhất với 59,26%. 100% trường hợp từ 35 đến 39 tuổi được để lại 2 phần phụ. Tỉ lệ cắt tử cung để lại 2 phần phụ ở nhóm từ 40 – 44 tuổi là 94,74%; cao hơn nhiều so với cắt tử cung kèm 2 phần phụ với 5,26%. Phương pháp cắt tử cung để 2 phần phụ cũng chiếm tỉ lệ cao ở nhóm 45 – 49 tuổi với 91,07%.

Điều này có thể giải thích vì buồng trứng vừa có chức năng ngoại tiết và nội tiết, nên việc để lại hai phần phụ có thể bảo tồn tối đa sinh lý nhất cho bệnh nhân.



#### ***4.2.5. Tình trạng phục hồi vận động sau mổ***

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

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Xing Wang năm 2017, thời gian phục hồi sau mổ trung bình ở các bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật nội soi cắt tử cung là  $22,14 \pm 3,82$  giờ [70], tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, tác giả cũng chỉ ra rằng những bệnh nhân được chỉ định phương pháp mổ mở cắt tử cung có thời gian phục hồi sau phẫu thuật lâu hơn với  $26,87 \pm 3,96$  giờ.

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

#### ***4.2.6. Thời gian trung tiện sau mổ***

Kết quả bảng 3.15 cho thấy bệnh nhân thường trung tiện trong khoảng từ 25 đến 48 giờ sau mổ, chiếm 66,04%; 33,96% các trường hợp có thời gian trung tiện sau mổ trong vòng 24 giờ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá tương đồng như của Nguyễn Văn Giáp người bệnh đến ngày thứ 2 đã trung tiện được chiếm tỉ lệ cao là 99,2% [7]; Nguyễn Văn Lựu là 96% bệnh nhân trung tiện đã trung tiện trong ngày thứ hai sau mổ [57].

Tuy nhiên tỉ lệ các trường hợp có thời gian trung tiện sau mổ trong vòng 24 giờ trong nghiên cứu của tôi cũng khá cao là 33,96%. Thể hiện một cách khách quan giá trị của phẫu thuật nội soi trong giảm thiểu tác động của phẫu thuật tới các tạng lành xung quanh.

#### **4.2.7. Dùng thuốc giảm đau sau mổ**

Đau sau mổ là một vấn đề được người bệnh rất quan tâm, ảnh hưởng rất nhiều đến thời gian hồi phục, tâm lý, kéo dài số ngày điều trị và chi phí của bệnh nhân, bên cạnh đó phản ánh một phần chất lượng dịch vụ chăm sóc bệnh nhân của cơ sở y tế. Nghiên cứu của tôi ghi nhận có 84,91% bệnh nhân không phải dùng thuốc giảm đau sau mổ trong ngày đầu tiên. 100% bệnh nhân không dùng thuốc giảm đau cho ngày thứ 2 và thứ 3 sau mổ.

Tác giả Ghezzi và cộng sự thực hiện nghiên cứu về tình trạng đau sau mổ cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường âm đạo chỉ ra rằng người bệnh sau mổ cắt tử cung đường âm đạo có mức độ đau cao hơn so với người bệnh cắt tử cung nội soi, đồng thời nhu cầu thuốc giảm đau nhiều hơn và thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn [62].

Tác giả Nascimento so sánh việc sử dụng thuốc giảm đau giữa hai nhóm phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi và qua đường âm đạo cho thấy nhu cầu sử dụng Morphin ở những bệnh nhân cắt tử cung qua nội soi bằng một nửa liều của những bệnh nhân cắt tử cung qua đường âm đạo (10,8mg so với 19,4mg,  $p = 0,017$ ); thời gian sử dụng thuốc kháng viêm không steroid giảm đi có ý nghĩa ở những bệnh nhân cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi là  $2 \pm 0,9$  ngày so với nhóm cắt tử cung qua đường âm đạo là  $2,8 \pm 1,1$  ngày ( $p < 0,0001$ ) [72].

Phẫu thuật nội soi được các bác sĩ sử dụng qua đường rạch nhỏ trên thành bụng, các thao tác được thực hiện qua trocar hạn chế các tác động lên các tạng và tổ chức. Do đó cảm giác đau gây ra do phẫu thuật nội soi là ít hơn so với các phương pháp phẫu thuật khác.

#### **4.2.8. Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ**

Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là  $4,97 \pm 0,81$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày. Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh

điều trị, không có trường hợp nào sử dụng kháng sinh dự phòng. Nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh 5 ngày chiếm cao nhất 95,28%.

So với nghiên cứu của tác giả khác, kết quả nghiên cứu của tôi là khá tương đồng như: Trần Thanh Hương thì thời gian trung bình sử dụng kháng sinh là  $4,5 \pm 0,7$  ngày [48]; thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ 5 ngày chiếm tỷ lệ 95,6%, 3 ngày chiếm tỷ lệ 4,4%; không có bệnh nhân nào phải sử dụng kháng sinh trên 5 ngày.

So với tác giả Nguyễn Văn Giáp thì có 89,3% bệnh nhân phải sử dụng kháng sinh sau mổ, có 10,7% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng và chủ yếu là sử dụng kháng sinh trong 3 ngày đầu sau mổ [7].

Kết quả nghiên cứu của tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng, theo đó, thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là  $6,85 \pm 0,66$  ngày; thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ 6 - 7 ngày chiếm 95,2%; không có bệnh nhân nào có thời gian sử dụng kháng sinh ngắn dưới 5 ngày [42].

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

Thời gian nằm viện trung bình là  $5,01 \pm 0,92$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 11 ngày. Nghiên cứu ghi nhận có 90,57% bệnh nhân nằm viện trên 5 ngày sau mổ; có 2,83% trường hợp nằm viện không quá 3 ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lự là  $5,28 \pm 0,74$  ngày[57].

Tuy nhiên kết quả này có sự chênh lệch so với một số tác giả khác trong nước như: ngắn hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đồng với thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $6,85 \pm 0,66$  ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 10 ngày và không có trường hợp nào ở lại viện dưới 5 ngày [42]; dài hơn các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Giáp là  $4,4 \pm 2,7$  ngày, chủ yếu là nằm viện ít hơn 4 ngày chiếm 65,6% [7], đồng thời kết quả của chúng tôi cũng dài hơn kết quả của Trần Thanh Hương với  $4,5 \pm 0,7$  ngày [48].

Theo tác giả Vũ Bá Quyết đánh giá kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2004 - 2006 thời gian nằm viện trung bình giảm từ 5 ngày xuống còn 3 ngày [73].

Nghiên cứu so sánh giữa cắt tử cung nội soi và cắt tử cung đường bụng tác giả Garry thấy thời gian nằm viện sau mổ của cắt tử cung nội soi là 3 ngày và cắt tử cung đường bụng là 4 ngày [30]. Thoma nghiên cứu về cắt tử cung nội soi thấy thời gian nằm viện từ 2 - 4 ngày [74].

**Bảng 4.4. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của các tác giả khác**

Tác giả	Năm	Số ngày nằm viện
Shin JW và cộng sự [45]	2011	$3.55 \pm 2,01$ ngày
Yavuzcan và cộng sự [75]	2014	$3,22 \pm 1,16$ ngày
Parazzini và cộng sự [69]	2016	$3.8 \pm 1,4$ ngày

#### **4.2.10. Tình trạng vết mổ thành bụng**

Kết quả bảng 3.19 cho thấy 100% vết mổ thành bụng, âm đạo trong nghiên cứu bình thường.

Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng [42], tác giả thống kê có 240 trường hợp (97,1%) vết mổ bình thường; có 4 vết mổ nề đỏ và 3 vết mổ bầm tím, sau thời gian điều trị kháng sinh vết mổ bình thường; không có trường hợp nào bị chảy máu hay nhiễm trùng toác vết mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp và Trần Thanh Hương cho kết quả tỷ lệ vết mổ thành bụng bình thường lần lượt là 97,6% [7] và 96,7% [48].

#### ***4.2.11. Tai biến, biến chứng trong và sau mổ***

Nghiên cứu chỉ ghi nhận duy nhất 1 trường hợp tai biến có tổn thương hệ tiêu hóa chiếm 0,94%.

Trường hợp tai biến là bệnh nhân 41 tuổi, tiền sử mổ lấy thai 2 lần, phát hiện u xơ tử cung cách vào viện 3 năm, chưa điều trị nội khoa trước khi vào viện, chưa mãn kinh lý do đến khám vì đau tức hạ vị. Khám thấy tử cung to bằng tử cung có thai 8-12 tuần; kết quả siêu âm phát hiện 02 khối u xơ, kích thước khối u lớn nhất là 46x45mm, vị trí u xơ là thân tử cung; tử cung di động tốt khi khám. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn để 2 phần phụ, tai biến trong mổ rách trực tràng, được xử trí ngay tiếp tục bằng phẫu thuật nội soi thành công, thời gian phẫu thuật là 50 phút. Sau mổ bệnh nhân phục hồi vận động và trung tiện trước 24 giờ, bệnh nhân không phải dùng giảm đau sau mổ, bệnh nhân nằm viện, dùng kháng sinh hết 7 ngày ổn định ra viện.

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đồng thống kê về tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ của phẫu thuật nội soi cắt tử cung do u xơ năm 2017 có 5 trường hợp tràn khí khoang ngoài phúc mạc tỷ lệ 2,02% và 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong quá trình phẫu thuật [42]:

Trường hợp tràn khí nhẹ tại vị trí chọc trocar bên trái khi lấy bệnh phẩm bằng Mocellator và khi vào trocar 10 tại rốn bơm hơi ổ bụng không phải can thiệp gì, bệnh nhân ổn định và ra viện như những trường hợp bình thường [42].

Một trường hợp tổn thương bàng quang là bệnh nhân có vết mổ cũ lấy thai, mặt trước tử cung dính, bàng quang treo cao; khi tiến hành nội soi gỡ dính, bóc tách phúc mạc đoạn dưới tử cung đã làm tổn thương mặt trước bàng quang; cuộc mổ được chuyển mở bụng để kiểm tra bàng quang, bàng quang chỉ bị tổn thương thanh mạc, chưa rách vào lớp niêm mạc vì vậy chỉ

cần khâu phục hồi thanh mạc bàng quang; trường hợp này điều trị hậu phẫu ổn định [42].

Theo tác giả Nguyễn Văn Lựu nghiên cứu tại Bệnh viện 198 - Bộ Công An năm 2014, ghi nhận có 1/50 bệnh nhân tổn thương bàng quang trong lúc mổ [57].

Tác giả Nguyễn Văn Giáp thực hiện nghiên cứu năm 2006 tại BVPSTU không khi nhận thấy trường hợp nào tai biến trong mổ [7].

Nghiên cứu năm 2017 của tác giả Nguyễn Văn Đồng ghi nhận biến chứng sau mổ gặp nhiều là tình trạng nhiễm trùng móm cắt 12/247 trường hợp, chiếm 4,8%; trong đó có 7 trường hợp phát hiện trong những ngày điều trị sau mổ, 5 trường hợp đã ra viện và quay lại dịch âm đạo ra nhiều; các trường hợp này được điều trị kháng sinh, làm thuốc âm đạo hàng ngày và đặt thuốc đều cho kết quả tốt, bệnh nhân ổn định [42]. Có 2 trường hợp biến chứng hẹp niệu quản chiếm 1,3%. Hồi cứu bệnh án ghi nhận đây là 2 trường hợp vết mổ cũ lấy thai và có viêm dính phần phụ. Sau mổ 2 tuần bệnh nhân quay lại khám vì đau vùng thắt lưng bên trái, siêu âm phát hiện bể thận trái giãn, nghĩ đến hẹp niệu quản sau mổ [42]. Bệnh nhân được chuyển đến khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện đa khoa tỉnh chẩn đoán và can thiệp bằng đặt sonde JJ, sau 2 tháng rút sonde JJ bệnh nhân ổn định [42].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp về phương pháp cắt tử cung hoàn toàn bằng nội soi có tai biến, biến chứng gồm: tổn thương tiết niệu có 5 trường hợp (4,1%), nhiễm khuẩn móm cắt có 2 trường hợp (1,6%) [7].

Nghiên cứu kết quả cắt tử cung qua nội soi tại BVPSTU của Vũ Bá Quyết có 6 trường hợp tổn thương hệ tiết niệu (2 dò niệu quản phát hiện sau mổ 3 - 4 ngày, 3 dò niệu quản - âm đạo phát hiện sau mổ 2 - 4 tuần, 1 tổn thương bàng quang) xảy ra trong 100 trường hợp phẫu thuật đầu tiên [73].

Nguyễn Bá Mỹ Nhi nghiên cứu 650 trường hợp cắt tử cung qua nội soi, trong 100 trường hợp phẫu thuật đầu tiên có 8 trường hợp tổn thương hệ tiết niệu, trong đó 1 trường hợp được phát hiện trong mổ và 7 trường hợp được phát hiện sau mổ [43].

Nghiên cứu của Johnson khi so sánh giữa cắt tử cung đường âm đạo, cắt tử cung đường bụng và cắt tử cung nội soi trên 3643 trường hợp thấy ưu điểm của cắt tử cung nội soi là lượng máu mất trong mổ ít hơn. Tuy nhiên biến chứng đường tiết niệu nhiều hơn (thương tổn bàng quang và niệu quản) (OR = 2,61, 95%, CI 1,22 – 5,6) [76].

Theo Rooma Sinha[47], trong 119 trường hợp phẫu thuật cắt tử cung nội soi, có 3 trường hợp chấn thương bàng quang và 1 trường hợp tổn thương niệu quản. Các chấn thương bàng quang đã được phát hiện và xử trí ngay trong phẫu thuật. Tuy nhiên, chấn thương niệu quản xuất hiện muộn vào ngày hậu phẫu thứ bảy và được kiểm soát bằng đặt stent niệu quản.

Một đánh giá của Wong và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ tổn thương đường tiết niệu là 0,33% (KTC 95%, 0,30 - 0,36). Chấn thương bàng quang chiếm 0,24% (KTC 95%, 0,22 - 0,27) thường gấp 3 lần so với chấn thương niệu quản (0,08%; KTC 95%, 0,07 - 0,10). Hầu hết các chấn thương niệu quản là do phẫu thuật dao điện (33,3%; KTC 95%, 24,3 - 45,8), trong khi hầu hết các chấn thương bàng quang là do quá trình bóc tách, gỡ dính (23,3%; 95% CI, 18,7 - 29,0) [77].

Như vậy có thể nhận thấy rằng tỉ lệ tai biến và biến chứng trong điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn theo các năm đang giảm dần. Kết quả này có thể giải thích là do các bác sĩ đã dần làm chủ được kỹ thuật phẫu thuật nội soi trong điều trị u xơ tử cung, bên cạnh những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị giúp chỉ định can thiệp chính xác nhằm hạn chế thấp nhất những biến cố có thể xảy ra đối với người bệnh.

## KẾT LUẬN

### 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

#### ❖ Đặc điểm lâm sàng

- Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $46,95 \pm 3,87$  tuổi.
- Bệnh nhân có nghề nghiệp làm nhân viên văn phòng, viên chức chiếm 43,40%.
- 64,15% bệnh nhân có rối loạn kinh nguyệt.
- Tử cung có kích thước bằng tử cung có thai 8 – 12 chiếm 47,17%.

#### ❖ Đặc điểm cận lâm sàng

- Phần lớn bệnh nhân có 1 đến 2 u xơ, chiếm tỉ lệ lần lượt là 46,23% và 41,51%.
- Kích thước dưới 50mm và trên 60mm là ngang nhau, đều chiếm 37,74%.
- Thiếu máu chiếm 29,24%; chủ yếu là thiếu máu nhẹ và vừa.

### 2. Kết quả điều trị

- Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công 97,17%.
- Thời gian phẫu thuật trung bình là  $50,99 \pm 5,58$  phút.
- Tử cung có trọng lượng trên 300g chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,98%.
- Thời gian nằm viện trung bình là  $5,01 \pm 0,92$  ngày.
- 1 trường hợp tai biến có tổn thương hệ tiêu hóa chiếm 0,94%.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Hình (2011), *Một số kỹ thuật cắt tử cung*, Nhà xuất bản y học.
2. Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hình (2004), *U xơ tử cung*, Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành, Nhà xuất bản Y học.
3. Glevin K. and Palvio P. (1990), "Uterine myomas in pregnancy", *Acta Obstet Gynecol Scand*, **69**, tr. 617-619.
4. Dương Thị Cương và Nguyễn Đức Hình (1999), *U xơ tử cung*, Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành, Nhà xuất bản y học.
5. Donnelly E. (2005), "Hysterectomy for benign gynecological disease: A comparison of methods", *TSMJ*, **6**, tr. 34 - 38.
6. Đoàn Thị Bích Ngọc và cộng sự (2004), "Tình hình cắt tử cung qua đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (từ 1/2002 đến 4/2003)", *Nội san Phụ khoa*, tr. 184 - 188.
7. Nguyễn Văn Giáp (2006), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà Nội*.
8. Đinh Bích Thủy và Michel Levardon (2006), "Những kinh nghiệm về cắt tử cung đường âm đạo tại khoa sản bệnh viện Beaujon (Pháp) năm 1999 đến 2001", *Y học thực hành (560). Số 12/2006*, tr. 14 - 15.
9. Đặng Thị Minh Nguyệt (2000), "Lịch sử phát triển nội soi và triển vọng", *Nội soi trong phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học", tr. 7 - 10.
10. M. Loring, S.N. Morris and K.B. Isaacson (2015), "Minimally invasive specialists and rates of laparoscopic hysterectomy", *JSLS*, **19(1)**.
11. Phan Trường Duyệt (1998), "Giải phẫu có liên quan đến phẫu thuật ở tử cung", *Phẫu thuật sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học," tr. 330 - 335.

12. Vũ Nhật Thăng (2005), *U xơ tử cung*, Sản phụ khoa, Nhà xuất bản y học.
13. Nguyễn Đức Hình Dương Thị Cương (1999), "phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành," *book*, tr. 88 - 107.
14. Đỗ Minh Thịnh (2007), "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 sỹ chuyên khoa cấp II, Hà Nội," tr. 372 - 388.
15. Hoàng Văn Kết (2003), "Nhận xét tình hình điều trị u xơ tử cung tại Viện BVBM TSS năm 2002, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học y Hà nội."
16. Phan Trường Duyệt và Đinh Thế Mỹ (2007), *U xơ tử cung*, Lâm sàng sản phụ khoa, Nhà xuất bản y học.
17. Nguyễn Đức Vy và Nguyễn Đức Hình (2005), "Đánh giá hiệu quả, độ an toàn và khả năng chấp nhận thuốc Trinh nữ hoàng cung trong điều trị u xơ tử cung", *Đề tài nghiên cứu cấp bộ, nghiệm thu tháng 8/2005*.
18. Kim Trang (2003), "Làm tắc động mạch tử cung là phương pháp hiệu quả điều trị u xơ tử cung", *Tuần tin tức Y dược qua mạng internet số 41*.
19. Ravina J.H. (2000), "Pregnancy after embolisation of uterine myoma: report of 12 case", *Fertil steril*, tr. 1241 - 1243.
20. Miller Janet Lochrane and Phil D. (2003), "Uterine Fibroid Embolization", *Radiology round*, **1(7)**.
21. Ravina J.H. (2000), "Arterial embolization of uterine myoma results of 286 cases", *J. Gynecol Obstet*, tr. 272-275.
22. Ahmad A., Qada L., Hassan N., et al (2002), "Uterine artery embolization treatment of uterine fibroids: effect on ovarian function in younger women", *J Vasc Interv Radio*, tr. 1017 - 1020.
23. Phan Trường Duyệt (1998), "Phẫu thuật sản phụ khoa, nhà xuất bản y học,".

24. Garry R. (2006), "Laparoscopic surgery", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*,):. "
25. Mc Cutcheon SP. O' Hanlan KA., Mc Cucheon JG. (2011,), "“Laparoscopic hysterectomy: Impact of uterine size”, *J Minim Invasive Gynecol*, Jan-Feb, 18 (1): "
26. Schwarts R.O. (1993), "Complications of laparoscopic hysterectomy", *Obstet Gynecol, Jun*, **81(6)**, tr. 1022-1024.
27. Nguyễn Đức Hình (2011), *Tai biến của phẫu thuật nội soi cắt tử cung*, Một số kỹ thuật cắt tử cung, Nhà xuất bản y học.
28. Härkki-Siren P., Sjöberg J., Mäkinen J., et al (2002), "Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations", *Am J Obstet Gynecol*, **176(1Pt1)**, tr. 118-122.
29. Trần Bình Giang và Tôn Thất Bách (2005), "Biến chứng của phẫu thuật nội soi", *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Nhà xuất bản y học, tr. 19 - 22.
30. Garry R. (2006), "Laparoscopic surgery", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, **20(1)**, tr. 89 - 104.
31. M. M. Ferrari, N. Berlanda, R. Mezzopane, et al (2000), "Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids", *Bjog*, **107(5)**, tr. 620-5.
32. J. E. Carter, J. Ryoo and A. Katz (1994), "Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy: A Case Control Comparative Study with Abdominal Hysterectomy", *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, **1(4, Part 2)**, tr. S7.
33. Nguyễn Viết Tiến, Vũ Bá Quyết, Nguyễn Đức Hình (2009), "Kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2005 - 2008", *Nội san sản phụ khoa*, "

34. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2001), "AP dụng kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh Viện Từ Dũ. Tạp chí phụ sản," **2**, tr. 29 - 32.
35. P. Harkki-Siren, J. Sjoberg, J. Makinen, et al (1997), "Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations", *Am J Obstet Gynecol*, **176(1 Pt 1)**, tr. 118-22.
36. R. O. Schwartz (1993), "Complications of laparoscopic hysterectomy", *Obstet Gynecol*, **81(6)**, tr. 1022-4.
37. Dall'Asta A., Patrelli T.S. and Franchi L. (2013), "Total laparoscopic hysterectomy: our experience from 2008 to 2012", *Ann Ital Chir*, **84(6)**, tr. 645 - 648.
38. P. G. Paul, Talwar Prathap and Harneet Kaur (2014), "Secondary Hemorrhage After Total Laparoscopic Hysterectomy", *JSLS*, **18(3)**.
39. Nguyễn Văn Giáp (2006), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà nội."
40. Nguyễn Quốc Tuấn (2010), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương", *Tạp chí sản phụ khoa*, tập 09 – số 03, tr. 34 – 38.
41. Trần Thanh Hương (2012), "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108, luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, trường Đại học y Hà Nội."
42. Nguyễn Văn Đồng (2017), "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa", *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
43. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Chu Thị Bá và cộng sự (2004), "Tình hình phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ từ năm 1997 - 2003", *Hội nghị Việt - Pháp về Sản phụ khoa vùng Châu Á Thái Bình Dương lần thứ IV*, tr. 7– 20.

44. Jesse Y. Obed, Babagana Bako, Saidu Kadas, et al (2011), "The benefit of myomectomy in women aged 40 years and above: Experience in an urban teaching hospital in Nigeria", *Niger Med J*, **52(3)**, tr. 158 - 162.
45. Shin JW. and Lee HH. (2011), "Total laparoscopic hysterectomy and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy", *JSLS*, **15**, tr. 218- 221.
46. Camran Nezhat, Anjie Li, Sozdar Abed, et al (2016), "Strong Association Between Endometriosis and Symptomatic Leiomyomas", *JSLS*, **20(3)**.
47. Rooma Sinha, Rupa Bana and Madhumathi Sanjay (2019), "Comparison of Robotic and Laparoscopic Hysterectomy for the Large Uterus", *JSLS*, **23(1)**.
48. Trần Thanh Hương (2012), "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108", *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II, trường Đại học y Hà Nội*.
49. Zimmermann A., Bernuit D., Gerlinger C., et al (2012), "Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women", *BMC Womens Health*, **12**, tr. 6.
50. Gupta S., Jose J., Manyonda I., et al (2008), "Clinical presentation of fibroids", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, **22(4)**, tr. 615 - 626.
51. Bartels CB., Cayton KC., Chuong FS., et al (2016), "An Evidence-based Approach to the Medical Management of Fibroids: A Systematic Review", *Clin Obstet Gynecol*, **59(1)**, tr. 30 - 52.
52. Nelson AL. and Ritchie JJ. (2015), "Severe anemia from heavy menstrual bleeding requires heightened attention", *Am J Obstet Gynecol*, **213(1)**, tr. 97.

53. David M., Pitz CM., Mihaylova A., et al (2016), "Myoma-associated pain frequency and intensity: a retrospective evaluation of 1548 myoma patients", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **199**, tr. 137 - 140.
54. Donnez J. and Dolmans MM. (2016), "Uterine fibroid management: from the present to the future", *Hum Reprod Update*, **22(6)**, tr. 665 - 686.
55. Gupta S., Jose J., Manyonda I., et al (2008), "Clinical presentation of fibroids.", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, **22(4)**, tr. 615 - 626.
56. Nguyễn Thị Phương Loan (2005), "Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004", *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
57. Nguyễn Văn Lữ (2014), "Nghiên cứu kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện 198 – Bộ Công An", *Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học trường đại học y Hà Nội*.
58. Sinha R., Sundaram M., Lakhotia S., et al (2009), "Total laparoscopic hysterectomy for large uterus", *J Gynecol Endosc Surg*, **1(1)**, tr. 34 - 39.
59. Nguyễn Thị Phương Loan (2005), "Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004", *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
60. Taniguchi F., Koike N., Kikukawa T., et al (2017), "An evaluation of laparoscopic hysterectomy alone versus in combination with laparoscopic myomectomy for patients with uterine fibroids", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **210**, tr. 132 - 138.
61. Thyagaraju C. and Modi R. (2014), "Feasibility of total laparoscopic hysterectomy as a day care procedure", *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, **3**, tr. 735 - 741.
62. Ghezzi F., Cromi A., Bergamini V., et al (2006), "Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for the management of endometrial cancer: A randomized clinical trial", *J Minim Invasive Gynecol*, **13**, tr. 114 - 120.

63. Ruan JY., Chen HQ., Gong YH., et al (2016), "Laparoscopic subtotal hysterectomy due to giant uterine fibroids: A case report", *Clin Exp Obstet Gynecol*, **43**, tr. 134 - 136.
64. Cook H., Ezzati M., Segars JH., et al (2010), "The impact of uterine leiomyomas on reproductive outcomes", *Minerva Ginecol*, **62**, tr. 225 – 236.
65. Park SH., Cho HY. and Kim HB. (2011), "Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy", *Gynecol Obstet Invest*, **71(3)**, tr. 193 - 197.
66. Leonard F., Cholin N., Borghese B., et al (2005), "Total laparoscopic hysterectomy: preoperative risk factors for conversion to laparotomy", *J Minim Invasive Gynecol*, tr. 312 - 317.
67. Malzoni M., Perniola G., Hannuna K., et al (2004), "A review of 445 cases of laparoscopic hysterectomy: benefits and outcome", *Clin Ter*, **155(1)**, tr. 9 - 12.
68. O' Hanlan KA., M.C.S., Mc Cuchean JG., et al (2011), "Laparoscopic hysterectomy: Impact of uterine size", *J Minim Invasive Gynecol*, **18(1)**.
69. Parazzini F., Tozzi L. and Bianchi S. (2016), "Pregnancy outcome and uterine fibroids", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, **34**, tr. 74 - 84.
70. Xing Wang, Li Lv, Zhiyong Cheng, et al (2017), "Curative effect of laparoscopic hysterectomy for uterine fibroids and its impact on ovarian blood supply", *Exp Ther Med*, **14(4)**, tr. 3749 - 3753.
71. Fernandez C., Fernandez E., et al (2005), "Total laparoscopic hysterectomy", *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, **3(4)**, tr. S12.
72. Nascimento MC., Kelley A., Martitsch C., et al (2005), "Postoperative analgesic requirements - total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy", *Aust N Z J Obstet Gynecol*, **45(2)**, tr. 140 - 143.

73. Vũ Bá Quyết, Nguyễn Việt Tiến và Nguyễn Đức Hình (2009), "Kết quả cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2005 - 2008", *Nội san sản phụ khoa*, tr. 33 - 36.
74. Thoma V., Salvatores M., Mereu L., et al (2007), "Hystérectomie coelioscopique: technique, indications", *Ann Urol*, **41(2)**, tr. 80 - 90.
75. Yavuzcan M., Caglar Y., Ustun S., et al (2014), "Evaluation of the outcomes of laparoscopic hysterectomy for normal and enlarged uterus", *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **289(4)**, tr. 831 - 837.
76. Johnson N., Barlow D., Lethaby A., et al (2005), "Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *BMJ*, **330(7506)**, tr. 1478.
77. Wong JMK., Bortoletto P., Tolentino J., et al (2018), "Urinary Tract Injury in Gynecologic Laparoscopy for Benign Indication: A Systematic Review", *Obstet Gynecol*, **131(1)**, tr. 100 - 108.



**PHỤ LỤC**

**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 ☐
  - Số con hiện tại: không ☐ 1 con ☐ 2 con ☐  $\geq 3$  con ☐
- Tiền sử phụ khoa:
  - Rối loạn kinh: Không ☐
  - Có ☐
  - Thời gian từ khi phát hiện u xơ đến lúc vào viện:
    - Không ☐  $< 1$  năm ☐  $\geq 1$  năm ☐
  - Điều trị nội khoa trước khi vào viện: Có ☐ Không ☐
  - Tiền sử phẫu thuật ổ bụng:
    - Không ☐ Mổ lấy thai ☐ Khác: ☐
  - Mãn kinh: có ☐ Không ☐

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

- Ra máu âm đạo: có ☐ , không ☐
- Rối loạn tiêu hóa: có ☐ , không ☐

- Rối loạn tiết niệu: có ☐ , không ☐
- Đau tức hạ vị: có ☐ , không ☐
- Ra khí hư âm đạo: có ☐ , không ☐
- Chiều cao.....cân nặng.....chỉ số BMI.....
- Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng:  
 To bằng TC có thai < 8 tuần ☐ To bằng TC có thai 8-12 tuần ☐  
 To bằng TC có thai trên 12 tuần ☐
- Nồng độ huyết sắc tố trước mổ (g/dl):  
 >120 ☐ Từ 10 – 11,9 ☐ Từ 8,1 - 9.9 ☐ < 8,0 ☐
- Đặc điểm u xơ tử cung trên siêu âm:  
 Số lượng u xơ tử cung:  
 Kích thước lớn nhất của u xơ tử cung (mm):

#### IV. CÁC YẾU TỐ PHẪU THUẬT

- PTNS thành công ☐ PTNS chuyển mổ mở ☐  
 Lý do chuyển mổ mở:
- Thời gian phẫu thuật (phút):
- Xử trí phần phụ trong mổ:  
 để 2 phần phụ ☐ cắt 1 phần phụ ☐ cắt 2 phần phụ ☐
- Vị trí u xơ tử cung trong mổ:  
 ở thân ☐ ở eo ☐ dưới niêm mạc ☐
- Trọng lượng tử cung cân được sau phẫu thuật:  
 Dưới 200 gram ☐  
 Từ 200 – 300 gram ☐  
 Trên 300 gram ☐
- Tình trạng dính ổ bụng: Không ☐ Có ☐  
 Tổn thương dính:
- Số đơn vị máu truyền:

## V. CÁC YẾU TỐ SAU MỒ

- Nhiệt độ sau mổ:
- |         |                                 |         |                                 |         |                                 |
|---------|---------------------------------|---------|---------------------------------|---------|---------------------------------|
| Ngày 1: | <37,5° <input type="checkbox"/> | Ngày 2: | <37,5° <input type="checkbox"/> | Ngày 3: | <37,5° <input type="checkbox"/> |
|         | ≥37,5° <input type="checkbox"/> |         | ≥37,5° <input type="checkbox"/> |         | ≥37,5° <input type="checkbox"/> |
- Thời gian phục hồi vận động sau mổ (giờ):
- |                               |                                |                              |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| ≤ 24 <input type="checkbox"/> | 25-48 <input type="checkbox"/> | >48 <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
- Thời gian trung tiện sau mổ (giờ):
- |                               |                                |                              |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| ≤ 24 <input type="checkbox"/> | 25-48 <input type="checkbox"/> | >48 <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
- Dùng thuốc giảm đau sau mổ:
- |         |                                |         |                                |         |                                |
|---------|--------------------------------|---------|--------------------------------|---------|--------------------------------|
| Ngày 1: | Có <input type="checkbox"/>    | Ngày 2: | Có <input type="checkbox"/>    | Ngày 3: | Có <input type="checkbox"/>    |
|         | Không <input type="checkbox"/> |         | Không <input type="checkbox"/> |         | Không <input type="checkbox"/> |
- Vết mổ thành bụng:
- |                                      |                                   |                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Bình thường <input type="checkbox"/> | chảy máu <input type="checkbox"/> | nhiễm trùng <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
- Vết khâu mổ cắt âm đạo:
- |                                      |                                   |                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Bình thường <input type="checkbox"/> | chảy máu <input type="checkbox"/> | nhiễm trùng <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
- Dùng kháng sinh sau mổ (ngày): ≤ 3 ☐ 4-5 ☐ >5 ☐
- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày): ≤ 3 ☐ 4-5 ☐ >5 ☐
- Tai biến trong và sau mổ:
- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| Tai biến gây mê <input type="checkbox"/>            | Tràn khí <input type="checkbox"/> | Chảy máu nhiều <input type="checkbox"/> |
| Tổn thương tiết niệu: Có <input type="checkbox"/>   | Không <input type="checkbox"/>    |   |
| Tổn thương hệ tiêu hóa: Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/>    |   |
- Kết quả giải phẫu bệnh:

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**



**NGUYỄN ĐỨC TÚ**

điều trị u xơ tử cung  
bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh  
viện phụ sản trung ương

**Chuyên ngành : SẢN PHỤ KHOA**

**Mã số : CK62721301**

**LUẬN VĂN BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP II**

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Vũ Văn Du

**HÀ NỘI –2019**

## **LỜI CẢM ƠN**

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Vũ Văn Du, người thầy luôn giúp đỡ, hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành bản luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban giám hiệu, Phòng đào tạo sau Đại học trường Đại học Y Hà Nội đã tạo mọi điều kiện thuận lợi giúp tôi học tập và hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi lấy số liệu nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Xin chân thành cảm ơn đồng nghiệp, bạn bè đã động viên, giúp đỡ, chia sẻ khó khăn với tôi trong suốt quá trình học tập và làm luận văn. Đặc biệt, xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, những người thân đã luôn chia sẻ, động viên và tạo điều kiện giúp đỡ tôi yên tâm học tập và hoàn thành luận văn này.

Xin trân trọng cảm ơn!

**Nguyễn Đức Tú**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là **Nguyễn Đức Tú**, học viên lớp CKII khóa 31 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Sản phụ khoa, xin cam đoan:

- Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Vũ Văn Du.

- Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

- Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

*Hà Nội, ngày 20 tháng 10 năm 2019*

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Đức Tú**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1:TỔNG QUAN.....</b>	<b>4</b>
1.1. Giải phẫu định khu vùng tử cung .....	4
1.1.1. Kích thước, vị trí của tử cung trong tiểu khung .....	4
1.1.2. Hình thể ngoài và liên quan .....	4
1.1.3. Phương tiện giữ tử cung .....	6
1.1.4. Mạch máu, thần kinh .....	8
1.2. U xơ tử cung .....	9
1.2.1. Dịch tễ học.....	9
1.2.2. Cơ chế bệnh sinh .....	9
1.2.3. Phân loại UXTC .....	10
1.2.4. Chẩn đoán UXTC .....	11
1.2.5. Các phương pháp điều trị UXTC .....	13
1.2.6. Các kỹ thuật cắt tử cung .....	16
1.3. Phương pháp cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi.....	17
1.3.1. Các mức kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi .....	18
1.3.2. Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung do UXTC ..	18
1.3.3. Kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi .....	19
1.3.4. Tai biến của phẫu thuật nội soi cắt tử cung.....	26
1.3.5. Ưu điểm của cắt tử cung qua nội soi.....	27
1.3.6. Nhược điểm của phẫu thuật nội soi.....	28
1.3.7. Một số nghiên cứu cắt tử cung bằng thuật nội soi điều trị UXTC.	29
<b>Chương 2:ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>32</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	32

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn .....	32
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ .....	32
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	32
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	32
2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu.....	32
2.2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu .....	33
2.2.5. Biến số nghiên cứu.....	33
2.2.6. Xử lý số liệu .....	34
2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....	35
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>36</b>
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.....	36
3.2. Kết quả phẫu thuật .....	43
<b>Chương 4: BÀN LUẬN.....</b>	<b>52</b>
4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	52
4.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu .....	52
4.1.2. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu .....	53
4.1.3. Triệu chứng lâm sàng.....	53
4.1.4. Tiền sử sản khoa.....	54
4.1.5. Tiền sử phụ khoa .....	55
4.1.6. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng .....	57
4.1.7. Đặc điểm u xơ tử cung trên siêu âm.....	58
4.1.8. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ .....	59
4.2. Kết quả điều trị .....	59
4.2.1. Tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung nội soi thành công .....	59
4.2.2. Trọng lượng tử cung sau khi cắt .....	61
4.2.3. Thời gian phẫu thuật.....	61
4.2.4. Mối liên quan giữa tuổi và phương pháp xử trí phần phụ .....	64



4.2.5. Tình trạng phục hồi vận động sau mổ .....	65
4.2.6. Thời gian trung tiện sau mổ .....	65
4.2.7. Dùng thuốc giảm đau sau mổ .....	66
4.2.8. Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ.....	66
4.2.9. Thời gian nằm viện sau mổ .....	67
4.2.10. Tình trạng vết mổ thành bụng .....	68
4.2.11. Tai biến, biến chứng trong và sau mổ .....	69
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>72</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Tuổi của đối tượng mắc u xơ tử cung.....	36
Bảng 3.2.	Nghề nghiệp.....	37
Bảng 3.3.	Số lần đẻ.....	37
Bảng 3.4.	Tiền sử phụ khoa.....	38
Bảng 3.5.	Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng .....	40
Bảng 3.6.	Kích thước, số lượng u xơ trên siêu âm.....	41
Bảng 3.7.	Nồng độ huyết sắc tố trước mổ.....	42
Bảng 3.8.	Kết quả phẫu thuật cắt tử cung nội soi .....	43
Bảng 3.9.	Trọng lượng tử cung sau khi cắt.....	43
Bảng 3.10.	Thời gian phẫu thuật .....	44
Bảng 3.11.	Liên quan thời gian phẫu của nhóm cắt tử cung hoàn toàn và bán phần .....	44
Bảng 3.12.	Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với trọng lượng tử cung sau khi cắt và kích thước tử cung trên lâm sàng.....	45
Bảng 3.13.	Mối liên quan giữa tuổi và phương pháp xử trí phần phụ .....	46
Bảng 3.14.	Thời gian phục hồi vận động sau mổ.....	47
Bảng 3.15.	Thời gian trung tiện sau mổ .....	47
Bảng 3.16.	Dùng thuốc giảm đau sau mổ .....	48
Bảng 3.17.	Thời dùng kháng sinh .....	48
Bảng 3.18.	Thời gian nằm viện sau mổ.....	49
Bảng 3.19.	Tình trạng vết mổ thành bụng, âm đạo .....	50
Bảng 3.20.	Tai biến trong và sau mổ.....	50

Bảng 3.21.	Kết quả xét nghiệm mô bệnh học .....	51
Bảng 4.1.	Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của tác giả nước ngoài ....	52
Bảng 4.2.	Thời gian phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi so với một số tác giả trong ngoài nước .....	62
Bảng 4.3.	Thời gian phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi so với một số tác giả nước ngoài.....	62
Bảng 4.4.	Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của các tác giả khác.....	68

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Triệu chứng lâm sàng .....	39
---	----

## **DANH MỤC HÌNH**

Hình 2.1. Kiểm tra ổ bụng và tử cung, phần phụ .....	21
Hình 2.2. Đốt và cắt cuống mạch phần phụ .....	22
Hình 2.3. Bóc tách túi cùng tử cung – bàng quang .....	23
Hình 2.4. Đốt và cắt động mạch tử cung .....	23
Hình 2.5. Đốt và cắt bó mạch cổ tử cung – âm đạo .....	24
Hình 2.6. Mở âm đạo .....	25
Hình 2.7. Kiểm tra rửa ổ bụng .....	26

## **DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT**

UXTC	: U xơ tử cung
CTC	: Cổ tử cung
ÂĐ	: Âm đạo
TC	: Tử cung
PTNS	: Phẫu thuật nội soi
TCHT	: Tử cung hoàn toàn
GTLN	: Giá trị lớn nhất
GTNN	: Giá trị nhỏ nhất
X	: Giá trị trung bình
BVPSTW	: Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists (Hội sản phụ khoa Hoa Kỳ)
FIGO	: The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Hội sản phụ khoa quốc tế)