

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN ≥ 35 TUỔI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Phan Nguyễn Hoàng Phương*, Lâm Đức Tâm, Đoàn Thanh Điền

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: pnphuong11893@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt tử cung qua nội soi đang là xu hướng trong phẫu thuật phụ khoa hiện đại, nhất là đối với bệnh lý lành tính ở tử cung như u xơ. Đây là một kỹ thuật tiến tiến, mang lại những ích lợi thiết thực cho người bệnh (vết sẹo nhỏ, ít biến chứng, sự trở lại sinh hoạt bình thường nhanh hơn). **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi có chỉ định cắt tử cung toàn phần bằng phương pháp nội soi và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thời gian và lượng máu mất trong phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân u xơ tử cung được chỉ định phẫu thuật cắt tử cung toàn phần bằng phương pháp mổ nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 7 năm 2020. **Kết quả:** Nhóm tuổi 40 – 49 chiếm 69,4%. Nhóm đủ số con chiếm 73,5%. Tiền sử liên quan đến phẫu thuật vùng tiểu khung chiếm 32,7%, chủ yếu là mổ lấy thai. Nhập viện vì rối loạn kinh nguyệt: 63,3%. Tử cung tương đương tử cung có thai > 12 tuần: 61,2%. Kích thước trung bình của khối u xơ to nhất được đo trên siêu âm là $61,4 \pm 22,9$ mm. Tỷ lệ phẫu thuật thành công: 98%. Không có tai biến trong quá trình phẫu thuật. Trọng lượng tử cung trung bình: $313 \pm 84,4$ gr. Thời gian phẫu thuật trung bình: $87,4 \pm 31,1$ phút. Lượng máu mất trung bình: $77,1 \pm 44,4$ ml. Tỷ dịch môm cắt sau mổ: 4,2%. Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, kích thước tử cung trên lâm sàng, trọng lượng tử cung, mức độ di động của tử cung có mối liên quan đến thời gian và lượng máu mất trong phẫu thuật với $p < 0,05$. Kích thước u lớn nhất đo trên siêu âm có mối liên quan đến thời gian phẫu thuật nhưng không có mối liên quan đến lượng máu mất trong phẫu thuật. **Kết luận:** Nội soi cắt tử cung toàn phần nên được áp dụng rộng rãi ở những bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: U xơ tử cung, phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần

ABSTRACT

THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF UTERINE FIBROIDS IN OVER 35-YEAR- OLD PATIENTS BY LAPAROSCOPIC TOTAL HYSTERECTOMY AT CAN THO GYNECOLOGICAL AND OBSTETRICS HOSPITAL

Phan Nguyen Hoang Phuong*, Lam Duc Tam, Doan Thanh Dien

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Endoscopic hysterectomy is a trend in modern gynecological surgery, especially for benign uterine diseases as fibroids. This is a progressive technique that brings practical benefits to the patient (small scar, less complications, faster return to normal activities). **Objectives:** To describe clinical, subclinical characteristics, to evaluate treatment outcomes of uterine fibroids in over 35-year-old patients by laparoscopic total hysterectomy and to find out some of the factors related to the time and amount of blood lost during surgery outcomes. **Materials and methods:** Patients with fibroids were prescribed a total hysterectomy and were treated with laparoscopic surgery at Can Tho Obstetrics Hospital from April 2018 to July 2020. **Results:** The 40 – 49 age group accounts for 69.4%. The group with enough children accounts for 73.5%. History

related to subframe surgery accounted for 32.7%, mainly cesarean section. Hospitalization for menstrual disorders: 63.3%. Uterus equivalent to uterus of pregnancy > 12 weeks: 61.2%. The mean size of the largest fibroids measured on ultrasound was 61.4 ± 22.9 mm. Hospitalization for menstrual disorders: 63.3%. Surgery success rate: 98%. There were no complications during surgery. Average uterine weight: 313 ± 84.4 gr. Average surgery time: 87.4 ± 31.1 minutes. Average blood loss: $77,1 \pm 44,4$ ml. Postoperative cutting capillary: 4,2%. The average time of self-movement after surgery: 33.3 ± 9.7 hours. Average length of hospital stay: 6.8 ± 1.6 days. Anatomic history of the subframe area, clinical uterine size, uterine weight, uterine mobility were related to time and blood loss during surgery with $p < 0.05$. Largest tumor size measured on ultrasound was related to surgery time but not to blood loss during surgery. **Conclusion:** Laparoscopic total hysterectomy should be widely used in patients with fibroids who have an indication for surgery.

Keywords: Uterine fibroid, Laparoscopic total hysterectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC) là một bệnh lý lành tính thường gặp tại tử cung chiếm khoảng 50 - 60%. U xơ tử cung hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, tăng tới 70% khi tuổi 50 [4].

U xơ thường được phát hiện tình cờ khi đi khám vì các triệu chứng: rối loạn kinh nguyệt, vô sinh, chậm có thai, ra máu âm đạo hoặc tự sờ thấy khối u ở vùng hạ vị [1]. Khi các triệu chứng thông thường của u xơ tăng lên sẽ dẫn đến nhiều biến chứng gồm có: chảy máu, chèn ép niệu quản, chèn ép trực tràng, nhiễm khuẩn, ung thư hóa [6]. Ở lứa tuổi sinh sản, u xơ tử cung gây chậm có thai, hoặc vô sinh. Nghiên cứu của Buttram năm 1981 cho kết quả 27% bệnh nhân u xơ tử cung bị vô sinh [8]. Ngoài ra tần suất sảy thai sớm, thai chết lưu, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, đẻ non, ngôi bất thường, đẻ khó do khối u tiền đạo,... cũng tăng ở phụ nữ có u xơ tử cung. Do đó phát hiện và điều trị sớm u xơ tử cung là cần thiết nhằm bảo vệ sức khỏe sinh sản và nâng cao chất lượng cuộc sống của người phụ nữ.

Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần qua nội soi là biện pháp điều trị tận gốc bệnh lý u xơ tử cung, có những ưu điểm như bệnh nhân ít đau sau mổ, thời gian phục hồi nhanh, bảo đảm thẩm mỹ, chất lượng sống sau phẫu thuật cũng tốt hơn.

Dưới sự hỗ trợ chuyên giao kỹ thuật của Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ là đơn vị đầu tiên của đồng bằng sông Cửu Long triển khai thực hiện 15 ca phẫu thuật nội soi cắt tử cung. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nghiên cứu toàn diện nào về kỹ thuật này tại bệnh viện, vì thế chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ năm 2018 - 2020”, với mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân u xơ tử cung ≥ 35 tuổi có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ năm 2018 - 2020.

2. Đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần.

3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thời gian và lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân u xơ tử cung được chỉ định phẫu thuật cắt tử cung toàn phần và được điều trị bằng phương pháp mổ nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 7 năm 2020, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ như sau.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ≥ 35 tuổi được chẩn đoán u xơ tử cung qua khai thác tiền sử, thăm khám lâm sàng và siêu âm; u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung toàn phần bằng phương pháp nội soi; có phôi đồ âm đạo, cổ tử cung bình thường, không có chống chỉ định gây mê nội khí quản, phẫu thuật nội soi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không có kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật hoặc có kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật không phải u xơ tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** 49 trường hợp bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung toàn phần bằng phương pháp nội soi

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn tất cả bệnh nhân UXTC có chỉ định cắt tử cung toàn phần bằng phương pháp nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ đến thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 04/2018 đến 07/2020. Thông tin thu thập theo bộ câu hỏi được soạn trước phù hợp với mục tiêu nghiên cứu

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Thu thập thông tin: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử sản khoa, tiền sử phẫu thuật vùng chậu, thời gian phát hiện u xơ tử cung, điều trị nội khoa trước đó.

+ Khám đánh giá trước mổ (kích thước tử cung, mức độ di động trên lâm sàng), siêu âm (đánh giá số lượng, vị trí, kích thước u xơ tử cung).

+ Mô tả kỹ thuật:

- Bệnh nhân ở tư thế sản khoa, Đặt cân nâng và đẩy tử cung.
- Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản.
- Đặt 4 trocar (1 trocar trên rốn 10mm, 1 trocar hố chậu trái 10mm, 2 trocar 5 mm ở hạ vị và hố chậu phải).

- Kiểm tra ổ bụng và tử cung, đốt cắt các phương tiện giữ tử cung, giải phóng tử cung, cắt tử cung toàn phần, lấy bệnh phẩm qua ngã âm đạo, đóng mổ cắt, kiểm tra cầm máu, lau rửa ổ bụng.

- Đuổi khí, rút dụng cụ, đóng chân trocar.

+ Đánh giá trong phẫu thuật: các tai biến (tổn thương mạch máu, tiết niệu, tiêu hóa), thời gian phẫu thuật, lượng máu mất.

+ Theo dõi sau mổ (thời gian vận động, biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện).

+ Đánh giá kết quả sau phẫu thuật, được chia làm 4 mức độ:

- **Tốt:** phẫu thuật thành công, không có tai biến, biến chứng sau mổ. Theo dõi hậu phẫu bình thường, tự vận động được trong 24 giờ, nằm viện < 7 ngày (trung bình 3 - 5 ngày).

- **Khá:** phẫu thuật thành công, có tai biến nhẹ được điều trị khỏi bằng nội khoa.

- **Trung bình:** có tai biến và biến chứng, được xử trí lại thành công bằng phẫu thuật.

- **Xấu:** có tai biến, biến chứng được điều trị phẫu thuật lại nhưng không hiệu quả hoặc bệnh nhân tử vong.

- **Phương pháp pháp thu thập số liệu và đánh giá số liệu:** số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 20 được mô tả bằng tần số, tỷ lệ và chỉ bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân u xơ tử cung

Đặc điểm chung: tuổi trung bình $47,9 \pm 3,9$, nhóm tuổi từ 40 - 49 chiếm tỉ lệ nhiều nhất, sống chủ yếu ở nông thôn; trình độ học vấn chủ yếu từ trung học cơ sở trở lên (67,3%); nghề nghiệp là nội trợ (44,9%). Đối tượng có đủ hai con chiếm tỉ lệ cao nhất 73,5%. Tiền sử phẫu thuật liên quan đến vùng tiểu khung, chiếm tỉ lệ 32,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung

Bảng 1. Lý do vào viện

Triệu chứng	Tần số (n = 49)	Tỉ lệ (%)
Rối loạn kinh nguyệt	31	63,3
Tự sảy được khối u	8	16,3
Đau bụng vùng hạ vị	5	10,2
Rối loạn tiết niệu	5	10,2

Nhận xét: Rối loạn kinh nguyệt là triệu chứng chính khiến bệnh nhân nhập viện (63,3%).

Bảng 2. Thời gian phát hiện và điều trị nội khoa u xơ tử cung trước khi nhập viện

Đặc điểm	Tần số (n=49)	Tỉ lệ (%)
Thời gian phát hiện	Không phát hiện	12
	< 2 năm	23
	≥ 2 năm	14
Điều trị nội khoa	Có	21
	Không	28

Nhận xét: Thời gian phát hiện UXTC ≥ 2 năm chiếm 28,6%. Có điều trị nội khoa 42,9%

Bảng 3. Kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng

Kích thước tử cung	Tần số (n = 49)	Tỉ lệ (%)
Tử cung có thai < 8 tuần	7	14,3
Tử cung có thai 8 – 10 tuần	5	10,2
Tử cung có thai 10 – 12 tuần	7	14,3
Tử cung có thai > 12 tuần	30	61,2
Kích thước tử cung trung bình: $11,5 \pm 3,2$ tuần.		

Nhận xét: Kích thước trung bình tử cung trên lâm sàng tương ứng với kích thước tử cung có thai khoảng $11,5 \pm 3,2$ tuần. Nhóm tử cung tương đương tử cung có thai > 12 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 61,2%.

Ghi nhận 28/49 đối tượng có tử cung được thăm khám trên lâm sàng được đánh giá di động kém, chiếm tỉ lệ 57,1%

3.3. Đặc điểm của u xơ tử cung trên siêu âm

Đơn nhân và đa nhân u xơ tử cung có tỉ lệ tương đương. UXTC ở đáy và thân tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất 83,7%. UXTC dạng trong cơ chiếm tỉ lệ cao nhất 61,2%.

Bảng 4. Kích thước lớn nhất của UXTC được đo trên siêu âm

Kích thước UXTC lớn nhất (mm)	Tần số (n = 49)	Tỉ lệ (%)
< 30 mm	5	10,2
30 – 50 mm	13	26,5
> 50 mm	31	63,3
Kích thước u xơ trung bình: 61,4 ± 22,9 (mm) Kích thước u nhỏ nhất: 19 mm. Kích thước u lớn nhất: 100 mm.		

Nhận xét: Kích thước trung bình của khối u xơ to nhất trên siêu âm là 61,4 ± 22,9 mm. Trong đó, phần lớn khối u có kích thước lớn hơn 50 mm chiếm tỉ lệ là 63,3%.

3.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 5. Thời gian và lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật

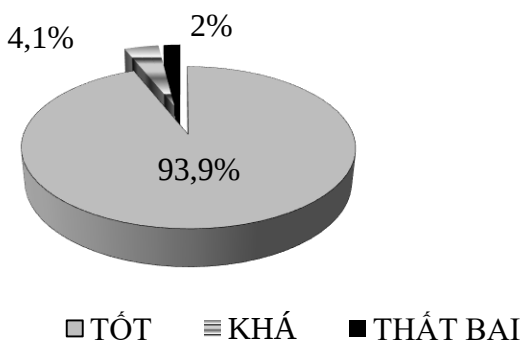
Đặc điểm	Tần số (n = 48)	Tỉ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	< 60	17
	60 – 120	16
	> 120	15
Lượng máu mất (ml)	< 50	26
	50 – 100	16
	> 100	6

Nhận xét: Thời gian trung bình của các đối tượng được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi là 87,4 ± 31,1 (phút). Nhóm có thời gian phẫu thuật trong khoảng 60 - 120 phút chiếm tỉ lệ cao nhất là 33,3%. Lượng máu mất trong lúc phẫu thuật trung bình là 77,7 ± 44,4 ml. Không ghi nhận tai biến trong quá trình phẫu thuật.

Bảng 6. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Tần số (n = 48)	Tỉ lệ (%)
Tụ dịch mủm cắt	2	4,2
Không	46	95,8

Nhận xét: Có 4,2% trường hợp gặp biến chứng tụ dịch mủm cắt.



Hình 1: Kết quả sau phẫu thuật

Nhận xét: Nhóm có kết quả phẫu thuật được đánh giá tốt chiếm tỉ lệ 93,9%

Bảng 7. Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng UXTC với thời gian phẫu thuật.

		Thời gian phẫu thuật (phút)		P
		< 120	≥ 120	
Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung	Có	10	5	0,043*
	Không	23	10	
Kích thước tử cung trên lâm sàng	≤ 12 tuần	12	6	0,02
	> 12 tuần	21	9	
Mức độ di động của tử cung	Tốt	14	7	0,001
	Kém	19	8	

(*) Hiệu chỉnh theo Fisher

Nhận xét: Quan hệ giữa tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, kích thước và mức độ di động của tử cung trên lâm sàng với thời gian phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với hệ số $p < 0,05$.

Bảng 8. Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng UXTC với lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật.

		Lượng máu mất (ml)			P
		< 50	50 – 100	> 100	
Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung	Có	8	5	2	0,024*
	Không	18	11	4	
Kích thước tử cung trên lâm sàng	≤ 12 tuần	10	6	2	0,005*
	> 12 tuần	16	10	4	
Mức độ di động của tử cung	Tốt	11	7	3	0,002*
	Kém	15	9	3	

(*) Hiệu chỉnh theo Fisher

Nhận xét: Quan hệ giữa tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, kích thước và mức độ di động của tử cung trên lâm sàng với lượng máu mất trong phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với hệ số $p < 0,05$.

Bảng 9. Liên quan giữa đặc điểm trên siêu âm UXTC với thời gian phẫu thuật

		Thời gian phẫu thuật (phút)		P
		< 120	≥ 120	
Kích thước u lớn nhất (mm)	≤ 50	12	6	0,001
	> 50	21	9	
Vị trí u	Eo – dây chằng rộng	6	3	0,692*
	Không	28	13	

(*) Hiệu chỉnh theo Fisher

Nhận xét: Quan hệ giữa kích thước u lớn nhất đo trên siêu âm với thời gian phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với hệ số $p < 0,05$. Quan hệ giữa vị trí u trên siêu âm và thời gian phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với hệ số $p > 0,05$.

Bảng 10. Liên quan giữa đặc điểm trên siêu âm UXTC với lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật

		Lượng máu mất (mililit)			P
		< 50	50-100	>100	
Kích thước u lớn nhất (mm)	≤ 50	10	6	2	0,208*
	> 50	16	10	4	
Vị trí u	Eo – dây chằng rộng	4	3	1	0,423*
	Không	22	13	5	

(*) *Hiệu chỉnh theo Fisher*

Nhận xét: Quan hệ giữa kích thước u lớn nhất và vị trí u trên siêu âm với lượng máu mất trong phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với hệ số $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Nhóm tuổi: độ tuổi trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là $47,9 \pm 3,9$ tuổi. Khi so sánh với nghiên cứu của Trần Quang Minh là $46,9 \pm 6,2$ tuổi [5], và Vũ Đình Đề là $43,2 \pm 6,8$ tuổi [2], thì độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi cao hơn. Điều này có thể được lý giải do xu hướng già hóa của đối tượng mắc UXTC. Có thể nhận thấy rõ rằng độ tuổi thường mắc UXTC ở các nghiên cứu nằm khoảng từ 40 - 49 tuổi. Điều này cũng phù hợp với các y văn thế giới về độ tuổi thường mắc UXTC. Nhóm tuổi này gần với độ tuổi mãn kinh trung bình của người Việt Nam là 47 ± 3 tuổi và đa phần không còn có nhu cầu giữ tử cung để sinh đẻ nên chỉ định cắt tử cung toàn phần là phù hợp.

- Địa dư: nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số đối tượng nghiên cứu tập trung ở vùng nông thôn, chiếm tỉ lệ 69,4. Điều này phù hợp với sự phân bố dân cư chung của nước ta. Phần lớn dân cư vẫn tập trung ở vùng nông thôn, nhất là khu vực Tây Nam Bộ. Mặc dù ngày nay các phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe cũng như các dịch vụ chăm sóc y tế đã phát triển hơn, nhưng việc tiếp cận của người dân khu vực nông thôn vẫn hạn chế so với khu vực thành thị. Do đó kết quả cũng cho thấy bệnh nhân ở vùng nông thôn thường phát hiện bệnh lý UXTC muộn do đó có tỉ lệ chỉ định phẫu thuật cao.

- Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số đối tượng sinh sống bằng công việc nội trợ chiếm 44,9% và nông dân chiếm 22,4%. Tỉ lệ này không khác biệt nhiều với các nghiên cứu của Trần Thị Trúc Vân có tỉ lệ nội trợ là 40% và nông dân là 35,29% [7], của Trần Quang Minh có tỉ lệ nội trợ là 55,3% và nông dân là 28% [5]. Sự tương đồng về tỉ lệ phân bố về nghề nghiệp của đối tượng có thể vì các nghiên cứu được thực hiện ở cùng một vùng địa cư và số năm tương đối gần nhau, cũng phù hợp với đặc điểm của người phụ nữ vùng Tây Nam Bộ sinh sống chủ yếu dựa vào nội trợ và nông nghiệp.

- Nhóm đối tượng có đủ hai con trở lên ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm 73,5%. Kết quả này cũng tương đồng với tỉ lệ của Vũ Đình Đề là 75% [2], Trần Quang Minh là 67,2% [5]. Từ tỉ lệ này, có thể thấy trong đa phần đối tượng trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi quanh tuổi mãn kinh và đã đủ số con nên không còn mong muốn giữ tử cung để tiếp tục sinh đẻ nên việc cắt tử cung toàn phần ở đối tượng này khi UXTC có chỉ định là hợp lý.

- Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, kết quả nghiên cứu ghi nhận có 16/49 trường hợp đã từng phẫu thuật. Trong đó phần lớn là các phẫu thuật liên quan đến cơ tử cung như mổ lấy thai.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Lý do vào viện: triệu chứng hay gặp nhất là rối loạn kinh nguyệt, tức rong kinh rong huyết chiếm 63,3%. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Quang Minh, Vũ Đình Đề thì lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng vùng hạ vị với tỉ lệ lần lượt là 45,8% và 39,1% [2], [5]. Đa số những bệnh nhân UXTC khi có biến chứng ảnh hưởng đến sinh hoạt như rong kinh rong huyết kéo dài mới bắt đầu điều trị. Điều này phù hợp với các y văn thế giới về biến chứng của UXTC. Còn triệu chứng đau vùng hạ vị là triệu chứng chủ quan phù

thuộc vào cảm giác của bệnh nhân nên tỉ lệ nhập viện vì triệu chứng này cũng tăng cao trong một số nghiên cứu. Hầu như tất cả các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ nhóm bệnh nhân nhập viện vì được kiểm tra sức khỏe định kỳ là rất thấp, cho thấy nhìn chung bệnh nhân chưa có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ để tầm soát bệnh.

- Đa số đối tượng nghiên cứu đều đã biết mình có UXTC trước khi nhập viện điều trị chiếm tỉ lệ 75,5% (thời gian biết < 2 năm chiếm 46,9% và ≥ 2 năm chiếm 28,6%). Tỉ lệ đối tượng tiếp cận với phương pháp điều trị nội khoa trước khi nhập viện điều trị phẫu thuật ở nghiên cứu của chúng tôi là 42,9%, khá tương đồng với các khác. Qua kết quả cho thấy đa số bệnh nhân mong muốn giữ sự toàn vẹn tử cung và có tâm lý ngại phẫu thuật, khá tương đồng với nghiên cứu của Borah là trung bình bệnh nhân chờ đợi đến 3,6 năm mới bắt đầu điều trị UXTC. Bên cạnh đó với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật ngày có nhiều phương pháp theo dõi và điều trị UXTC được bệnh nhân tiếp cận và lựa chọn, phẫu thuật không phải là lựa chọn duy nhất.

Kích thước trung bình tử cung trên lâm sàng tương ứng với kích thước tử cung có thai khoảng 11.47 ± 3.235 tuần. Trường hợp tử cung lớn nhất ghi nhận tương kích thước tử cung có thai 16 tuần. Đa số những trường hợp quan sát đều có tử cung có kích thước lớn hơn tử cung có thai 12 tuần chiếm tỉ lệ 61,2%. Kết quả trên tương đối cao hơn so với kích thước trung bình khoảng tử cung mang thai 8-12 tuần của một số nghiên cứu. Qua đó cho thấy xu hướng phẫu thuật nội soi của bệnh viện phụ sản Cần Thơ đang mở rộng cho các bệnh nhân có kích thước tử cung to và có mức độ di động của tử kém (chiếm tới 57,1% trường hợp tham gia phẫu thuật).

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

Theo Trần Thị Trúc Vân tỉ lệ nhân xơ ở vị trí eo tử cung được tiến hành phẫu thuật cắt tử cung toàn phần bằng phương pháp nội soi là 7,06% [7] thì nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ này là 14,3% và đặc biệt có 1 trường hợp nhân xơ tử cung nằm ở vị trí dây chằng rộng.

Xét về kích thước nhân xơ tử cung to nhất được đo trên siêu âm, kết quả của chúng tôi cho thấy kích thước trung bình của khối u xơ to nhất được đo trên siêu âm là $61,43 \pm 22,856$ mm. Trong đó khối u có kích thước lớn hơn 50 mm chiếm tỉ lệ cao nhất là 63,3%. Trường hợp khối u lớn nhất ghi nhận là 100mm. Kết quả này cũng khá tương đồng với giả Trần Quang Minh với kích thước khối u trung bình khoảng $60,3 \pm 17,5$ mm và đa phần có kích thước lớn hơn 50mm với tỉ lệ là 66,4% [5].

Từ các đặc điểm của UXTC trên siêu âm có thể khẳng định thêm xu hướng mở rộng đối tượng tiếp cận phương thức phẫu thuật nội soi ở những bệnh nhân UXTC có chỉ định cắt tử cung toàn phần của bệnh viện phụ sản Cần Thơ với các đối tượng có nhân xơ ở vị trí tiền hành phẫu thuật như eo tử cung, dây chằng rộng hoặc ở những khối u xơ có kích thước lớn.

4.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi cắt tử cung toàn phần có 48/49 trường hợp, chiếm tỉ lệ 98%.

Thời gian phẫu thuật trung bình của các đối tượng được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi là $87,4 \pm 31,097$ (phút). So với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Vân có sự tương đồng về đối tượng và địa điểm vào năm 2017 là $92,52 \pm 32,57$ (phút) [7], thì thời gian phẫu thuật trung bình ở nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn. Nhưng lại dài hơn nếu so với nghiên cứu

của Nguyễn Văn Đồng [3] là $84,3 \pm 7,8$ (phút). Sự khác biệt về kết quả này cho thấy tầm quan trọng của kinh nghiệm phẫu thuật viên và trang thiết bị trong phẫu thuật nội soi.

Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là $77,71 \pm 44,351$ ml. Đa số các trường hợp phẫu thuật có lượng máu mất dưới 50ml chiếm tỉ lệ là 54,2%.

Đa phần bệnh nhân đều có không có biến chứng sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 95,8%, có 2/48 trường hợp chiếm 4,2% ghi nhận có tụ dịch tại móm cắt trong giai đoạn nằm viện. Theo Trần Thị Trúc Vân, ghi nhận tỉ lệ biến chứng phẫu thuật trong quá trình điều trị tại bệnh viện là 20%, với 14 trường hợp chảy máu lỗ trocar (14,21%), 4 trường hợp chảy máu móm cắt (4,71%), 2 trường hợp tụ dịch móm cắt (2,53%), 1 trường hợp dò bàng quang – âm đạo (1,18%) [7]. Từ kết quả trên cho thấy ở nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn, cũng không ghi nhận các trường hợp biến chứng nặng nề như dò bàng quang – âm đạo, bàng quang – trực tràng, chảy máu móm cắt.

4.5. Liên hệ giữa các yếu tố tới thời gian và lượng máu trong phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và quá trình phẫu thuật. Cụ thể bệnh nhân từng có tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p = 0,043$) và lượng máu mất trong phẫu thuật càng nhiều ($p = 0,024$).

Mối tương quan giữa mức độ di động của tử cung qua thăm khám lâm sàng với quá trình phẫu thuật cũng được ghi nhận ở nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể tử cung trên lâm sàng di động càng kém thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p = 0,001$) và lượng máu mất trong phẫu thuật càng nhiều ($p = 0,002$).

Kết quả này cũng tương đồng với với nghiên cứu của Nadiy Koroglu và Soyi Lim, thời gian phẫu thuật dài hơn trong nhóm nội soi cắt tử cung có tiền sử phẫu thuật mổ lấy thai trước đó ($p = 0,03$), nhưng chỉ dài hơn 7 phút so với nhóm không có tiền sử phẫu thuật mổ lấy thai. Bên cạnh đó ở nghiên cứu này cũng cho thấy các tiêu chí như chuyển sang phẫu thuật mở ổ bụng, biến chứng sau phẫu thuật, số ngày nằm viện không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Một chấn thương ruột được ghi nhận xảy ra ở nhóm không có tiền sử phẫu thuật mổ lấy thai.

Qua các nghiên cứu cho thấy vẫn nên xem xét chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trên bệnh nhân UXTC có tiền sử phẫu thuật vùng chậu khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang thiết bị phù hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan giữa kích thước tử cung qua thăm khám lâm sàng với quá trình phẫu thuật. Cụ thể kích thước tử cung trên lâm sàng càng to thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p = 0,026$) và lượng máu mất trong phẫu thuật càng nhiều ($p = 0,005$).

Tuy nhiên ghi nhận một trường hợp chuyển đổi từ phương pháp nội soi sang mổ ổ bụng và hai trường hợp ghi nhận biến chứng tụ dịch móm cắt sau phẫu thuật thì đều có kích thước tử cung < 12 tuần tuổi thai.

Từ các kết quả trên cho thấy vẫn có thể tiến hành phẫu thuật thành công nội soi cắt tử cung toàn phần trên bệnh nhân có UXTC ≥ 12 tuần với điều kiện cần đánh giá lâm sàng thật chính xác bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang thiết bị phù hợp.

Điều này sẽ giúp cho ngày càng nhiều đối tượng có thể tiếp cận với phương pháp phẫu thuật nội soi hiện đại.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa kích thước khối u xơ lớn nhất đo trên siêu âm với thời gian phẫu thuật. Cụ thể khối u xơ tử cung trên siêu âm càng to thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p = 0,001$). Tuy nhiên không có mối tương quan giữa kích thước khối u xơ lớn nhất đo được trên siêu âm với lượng máu mất trên phẫu thuật ($p = 0,208$).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng không nhận thấy sự ảnh hưởng của những khối u ở vị trí eo tử cung hoặc dây chằng rộng tới thời gian ($p = 0,692$) và lượng máu mất trong phẫu thuật ($p = 0,423$). Tuy nhiên báo cáo một trường hợp cụ thể trong nghiên cứu với u xơ tử cung nằm ở vị trí dây chằng rộng có thời gian phẫu thuật là 155 phút và lượng máu mất là 150 ml, đều gần với giá trị lớn nhất ở mỗi hạng mục trong toàn bộ nghiên cứu. Nên chúng tôi đề nghị cần tiếp tục đề tài với kích cỡ mẫu lớn hơn và nhiều đối tượng có vị trí u xơ nằm ở eo tử cung và dây chằng rộng được lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Qua 49 trường hợp tham gia nghiên cứu với tỉ lệ đạt kết quả tốt sau phẫu thuật là 95,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $87,4 \pm 31,1$ phút. Lượng máu mất trung bình: $77,1 \pm 44,4$ ml. Tỷ dịch môm cắt sau mổ: 4,2%. Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, kích thước tử cung trên lâm sàng, trọng lượng tử cung, mức độ di động của tử cung có mối liên quan đến thời gian và lượng máu mất trong phẫu thuật với $p < 0,05$. Kích thước u lớn nhất đo trên siêu âm có mối liên quan đến thời gian phẫu thuật nhưng không có mối liên quan đến lượng máu mất trong phẫu thuật. Qua nghiên cứu có thể khẳng định những ưu điểm của nội soi cắt tử cung toàn phần đối với những trường hợp u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật về tính hiệu quả, ít tai biến, tính thẩm mỹ và phục hồi nhanh. Từ đó chúng tôi kiến nghị nên triển khai phương pháp nội soi cắt tử cung tại các cơ sở y tế, trong đó cần chú trọng đầu tư trang thiết bị và đào tạo chuyên môn cho cán bộ y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Vũ Đình Đề (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện phụ sản Trung Ương, *Luận văn tốt nghiệp ngành y đa khoa*, Trường Đại học Quốc Gia Hà Nội
3. 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
4. Vũ Văn Du (2017), U xơ tử cung, Vũ Văn Du chủ biên, *Giáo trình Sản Phụ khoa*, Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội, tr.85-102.
5. Trần Quang Minh (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị u xơ tử cung tại Khoa Sản – Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2015-2016*, Luận văn tốt nghiệp ngành y đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Cao Ngọc Thành (2016), U xơ tử cung, Cao Ngọc Thành chủ biên, *Giáo trình phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
7. Trần Thị Trúc Vân (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ năm 2016-2017*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
8. Veasy C. Buttram, Robert C. Reiter (1981), Uterine Leiomyomata: eitiology, symptology, and management, *Fertility and Sterility*, pp. 433.

(Ngày nhận bài: 17/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 20/09/2020)