

7. **Maiko Suto Risa Hashimoto** (2021), "Use of antipyretics for preventing febrile seizure recurrence in children: a systematic review and meta-analysis", *European Journal of Pediatrics*. 180, tr. 987 - 997.
8. **Heloise H. S Juliane S. D, Mariano M.E, Regina P. A** (2015), "Febrile seizures: a population - based study Convulsion febril: estudo de base populacional", *Jornal de Pediatria*. 91 (6), tr. 529-534.

KẾT QUẢ THỰC HIỆN KỸ THUẬT THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM (IVF) TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI VĨNH PHÚC NĂM 2020 - 2023

Đỗ Trọng Cán¹, Nguyễn Hoàng Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) tại Bệnh viện sản nhi Vĩnh Phúc năm 2020 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 55 cặp vợ chồng thực hiện IVF tại Bệnh viện sản nhi Vĩnh Phúc từ năm 2020 đến năm 2023, sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nữ bệnh nhân là $34,13 \pm 4,83$ (nhỏ nhất là 26 và cao nhất là 46). Bệnh nhân có thời gian vô sinh từ dưới 2,5 đến 5 năm chiếm tỷ lệ 43,6 %, tỷ lệ bệnh nhân vô sinh I là 12,7% và 100% bệnh nhân sử dụng phác đồ antagonist. Tỷ lệ kích trứng thành công là 94,5%, trong đó, tỷ lệ số noãn chọc được từ 10-20 noãn là 40%, > 20 noãn là 3,6%, số noãn trung bình chọc được là: $9,27 \pm 5,9$. Tỷ lệ thụ tinh trung bình là $67,92 \pm 31,34$, số noãn thụ tinh trung bình $6,00 \pm 4,71$. Ca nhiều nhất là thụ tinh được 18 noãn. Số phôi trung bình ngày 3 thu được là: $5,73 \pm 4,55$, ca nhiều nhất được 18 phôi, 100% bệnh nhân đông phôi. Giai đoạn chuẩn bị khi làm chuyển phôi, độ dày niêm mạc tử cung đạt từ 8 – 14mm chiếm tỷ lệ 94,6%. Tỷ lệ có thai: thai lâm sàng/ số ca làm IVF là 23,6%, thai lâm sàng/số chu kỳ chuyển phôi là: 39,4%. Tỷ lệ có thai sinh hóa là 29,1%. Đã có 11 trẻ ra đời sống khỏe mạnh và 3 bà mẹ đang mang thai; tuổi thai từ 20-25 tuần tuổi. **Kết luận:** Từ năm 2020 đến năm 2023, ứng dụng kỹ thuật IVF cho tỷ lệ mang thai lâm sàng đạt 23,6%, có 11 trẻ đã được sinh ra khỏe mạnh và 3 bà mẹ đang mang thai. Đây là thành công bước đầu khi áp dụng kỹ thuật mới về thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc.

Từ khóa: Bệnh viện sản nhi Vĩnh Phúc, IVF, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

THE RESULTS OF IMPLEMENTING IN VITRO FERTILIZATION (IVF) AT VINH PHUC OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL 2020 – 2023

Objective: Describe the results of implementing in vitro fertilization (IVF) at Vinh Phuc obstetrics and

pediatrics hospital 2020 – 2023. **Subjects and methods:** The study was conducted 55 husband and wife patients implementing IVF at Vinh Phuc obstetrics and pediatrics hospital 2020 – 2023, using a cross-sectional descriptive research design. **Results:** The wife average age was 34.13 ± 4.83 (the youngest was 26 and the oldest was 46). The percentage of the infertility duration which was less than 2.5 - 5 years was 43.6%, the rate of infertility I was 12.7% and 100% patients used antagonist regimen. The activation success rate was 94.5%, of which, the rate of 10-20 oocytes is 40%, > 20 oocytes: 3.6% and the average number of oocytes is: 9.27 ± 5.9 . The average fertilization rate was 67.92 ± 31.34 . The average number of fertilized oocytes was 6.00 ± 4.71 with the highest of 18 oocytes. The average number of embryos obtained on day 3 was: 5.73 ± 4.55 , the highest embryos achieved was 18 and 100% embryos were frozen. In the stage of preparing during the process of embryo transfer, the endometrial thickness of 8 to 14 mm rate was 94.6%. Pregnancy rate: clinical pregnancy/number of IVF procedures was 23.6%, clinical pregnancy/number of transfer cycles was: 39.4%. The rate of biochemical pregnancy was 29.1%. There have been 11 healthy children born; 3 mothers are pregnant with gestational age ranges from 20-25 weeks. **Conclusion:** From 2020 to 2023, IVF technology gave clinical pregnancy rate of 23.6 %, 11 healthy children have been born and 3 mothers are pregnant. This is the initial success of applying IVF technique at Vinh Phuc Obstetrics and Children's Hospital. **Keywords:** Vinh Phuc obstetrics and pediatrics hospital, in vitro fertilization, IVF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là một vấn đề lớn không chỉ ảnh hưởng đến hạnh phúc các cặp vợ chồng mà còn ảnh hưởng đến xã hội. Theo ước tính của WHO, trên thế giới có khoảng 80 triệu cặp vợ chồng vô sinh [1] và tỉ lệ vô sinh có xu hướng ngày càng gia tăng. Thống kê tỉ lệ vô sinh ở các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ trên thế giới thay đổi từ 13 – 25% (Irvine 1998) [2]. Tại Việt Nam hiện nay có khoảng trên 1 triệu cặp vợ chồng có vấn đề về vô sinh. Điều trị vô sinh là một nhu cầu cấp thiết, không chỉ đơn giản là đem lại hạnh phúc cho gia đình, mà còn góp phần vào sự phát triển hài hòa của xã hội.

Với sự phát triển của y học, có nhiều kỹ

¹Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trọng Cán

Email: dotrongbs66@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 24.6.2024

thuật, phương pháp điều trị hiện đại đã được áp dụng trong lĩnh vực điều trị và hỗ trợ cho hiếm muộn, vô sinh. Trong đó, hai phương pháp thụ tinh nhân tạo được sử dụng phổ biến nhất hiện nay là bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung (Intrauterine insemination - IUI) và thụ tinh trong ống nghiệm (IVF). Cho đến nay tại tỉnh Vĩnh Phúc vẫn chưa có một nghiên cứu nào về ứng dụng thụ tinh nhân tạo trong điều trị vô sinh. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả kết quả điều trị hỗ trợ sinh sản bằng IVF tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm 2020 – 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 55 cặp vợ chồng được khám và chữa vô sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc trong giai đoạn 2020-2023

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Hiện đang sống chung tại tỉnh Vĩnh Phúc, đồng ý tham gia nghiên cứu;
- Cả vợ và chồng không mắc các bệnh tâm thần, truyền nhiễm và các bệnh ác tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các cặp vợ chồng có hồ sơ lưu không có đủ thông tin cần thiết để tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ, thuận tiện không xác suất.

Phương pháp nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu đủ điều kiện về tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được tham gia nghiên cứu theo các bước dưới đây:

1. Thực hiện phác đồ kích thích buồng trứng Antagonis
2. Theo dõi sự phát triển của nang noãn bằng siêu âm và các xét nghiệm nội tiết.
3. Gây trưởng thành noãn bằng HCG.
4. Chọc hút noãn và lọc rửa tinh trùng.
5. Thực hiện kỹ thuật thụ tinh thường quy (IVF) hoặc kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn (ICSI).
6. Chuyển phôi.
7. Hỗ trợ pha hoàng thể.
8. Thử beta HCG để xác định có thai và siêu âm theo dõi sự phát triển của thai.
9. Đánh giá kết quả của hai phác đồ.

Xử lý số liệu và thống kê. Các số liệu được ghi lại trong mẫu thu thập số liệu, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được tính giá trị trung bình, tính độ lệch, độ đặt hiệu, đường cong ROC. So sánh các tỷ lệ và kiểm định mối liên quan giữa các biến định lượng dùng test χ^2 . Ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc đồng ý triển khai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số thai phụ (n=55)	Tỷ lệ %
Tuổi mẹ:		
<19	0	0
20-29	8	14.55
30-39	38	69.09
40-49	9	16.36
Nghề nghiệp:		
Tự do	16	29.1
Công nhân	13	23.6
Buôn bán	1	1.8
Nội trợ	1	1.8
Làm ruộng	0	0
Viên chức	15	27.3
Khác	9	16.4
Tiền sử sản khoa		
Sảy thai	14	25.5
Hút thai thai ngoài ý muốn	5	9.1
Chửa ngoài tử cung	3	5.5
Tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục		
Lậu	0	0
Chlamydia	0	0
Giang mai	0	0
Phân loại vô sinh		
Vô sinh 1	7	12.7
Vô sinh 2	48	87.3
Thời gian vô sinh		
< 2,5 năm	21	38.2
2,5 - 5 năm	14	43.6
> 5 năm	10	18.2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ, tỷ lệ bệnh nhân vô sinh 2 cao 87.3%, không bệnh nhân nào có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Bảng 3.2. Nguyên nhân vô sinh

Nguyên nhân vô sinh	Phác đồ Antagonis	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Do vòi TC	8	14,5
Rối loạn phóng noãn	11	20
Tinh trùng bất thường	3	5,5
Không rõ nguyên nhân	24	43,6
Do cả 2 vợ chồng	0	0
Bất thường tử cung	0	0
Lạc nội mạc tử cung	2	3,7
Kết hợp các nguyên nhân	7	12,7
Tổng	55	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân vô sinh chưa rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao (43,6%).

3.2. Kết quả điều trị vô sinh bằng IVF**Bảng 3.3. Kết quả kích thích buồng trứng, chọc trứng, ICSI, thụ tinh noãn bằng IVF**

	Noãn chọc, hút được		Noãn được ICSI		Noãn được thụ tinh	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤4	12	21,8	15	27,3	24	45,6
>4-10	19	34,6	21	38,2	22	40
>10-20	22	40	19	34,5	9	16,4
>20	2	3,6	0	0	0	0
Trung bình (Min-Max)	9,27 ± 5,99 (0-26)		7,75 ± 5,07 (0-20)		6,00 ± 4,71 (0-18)	
Tổng số	55	100	55	100	55	100

Nhận xét: - Số noãn chọc được từ 10-20 noãn chiếm tỷ lệ cao nhất: 40%, thấp nhất ở nhóm > 20 noãn: 3,6%. Số noãn trung bình chọc được là: 9,27±5,99 (ca nhiều nhất là được 26 noãn, ca ít nhất là ko được noãn nào).

- Số noãn ICSI chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 4-10 noãn: 38,2%. Số noãn ICSI trung bình là: 7,75±5,07, (ca nhiều nhất là ICSI được 20 noãn, ca ít nhất là không ICSI được noãn nào).

- Số noãn được thụ tinh cao nhất là dưới 4 noãn: 45,6%. Số noãn thụ tinh trung bình 6,00±4,71. Ca nhiều nhất là thụ tinh được 18 noãn, ca ít nhất là không thụ tinh được noãn nào.

Bảng 3.4. Kết quả thụ tinh bằng IVF

Tỷ lệ thụ tinh	Số lượng (n=55)	Tỷ lệ (%)
≤ 50 %	12	21,8
> 50 - 70 %	11	20
> 70 - 80 %	9	16,4
> 80 - 90 %	11	20
> 90 - 100 %	12	21,8
Trung bình (min-max)	67,92 ± 31,34 (0-100)	

Nhận xét: Tỷ lệ thụ tinh 90,1-100% và <50% chiếm tỷ lệ cao và tương đương nhau: 21,8%. Tỷ lệ thụ tinh trung bình là 67,92 ± 31,34

Bảng 3.5. Kết quả có thai sau IVF

Kết quả có thai	Số lượng (n=55)	Tỷ lệ (%)
Thai sinh hoá	16	29,1
Thai lâm sàng	13	23,5
1 thai	11	20,0
2 thai	2	3,6
Đã sinh con sống	11	20,0
Đang mang thai	3	5,5
Đẻ non	0	0
Sảy thai	1	1,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 16 ca có thai sinh hóa; trong 13 ca có thai lâm sàng có 11 trẻ đã ra đời và 3 bà mẹ đang mang thai. Tỷ lệ đơn

thai chiếm tỷ lệ cao nhất: 86,4%, không có trường hợp nào 3 thai. Trong những trường hợp đã sinh con sống trong đó có 7 mổ đẻ vì thai to, mổ đẻ cũ, 2 trường hợp song thai, 0 đẻ thường và cháu lớn tuổi nhất là 2 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ số có nang noãn > 14mm ngày tiêm rụng trứng chiếm tỷ lệ cao 94,5%, có 3 trường hợp kích trứng không có nang noãn nào > 14mm (bảng 3.3). Những trường hợp kích thích buồng trứng không có nang > 14 mm, nguyên nhân thường nghĩ đến do hội chứng buồng trứng đề kháng với Gonadotropin, là do bất thường thể FSH và sự xuất hiện kháng thể FSH. Hội chứng buồng trứng đề kháng với Gonadotropin là một bệnh hiếm, tuy nhiên trong lĩnh vực hỗ trợ sinh sản, bác sĩ có cơ hội gặp nhiều hơn. Biết được tiêu chuẩn chẩn đoán và biết được các phương pháp điều trị sẽ giúp giảm được tỷ lệ phụ nữ có hội chứng đề kháng với Gonadotropin phải xin noãn. Trong các phương pháp điều trị hiếm muộn, nuôi trưởng thành noãn non trong ống nghiệm có hiệu quả cao nhất và được báo cáo nhiều nhất [3].

Ở bảng 3.4, Số noãn thụ tinh trung bình 6,00 ± 4,71. Ca nhiều nhất là thụ tinh được 18 noãn, ca ít nhất là không thụ tinh được noãn nào. Ở bảng 3.5 Tỷ lệ thụ tinh 90,1-100% và <50% chiếm tỷ lệ cao và tương đương nhau: 21,8%. Tỷ lệ thụ tinh trung bình là 67,92 ± 31,34. Nghiên cứu của Vũ Minh Ngọc [4] về phác đồ dài thì số noãn thụ tinh trung bình là 7,1 ± 4,3 và số phôi trung bình là 6,7 ± 3,9 và số phôi chuyển trung bình là 3,8 ± 1,1. Nghiên cứu của Phạm Như Thảo [5] tính tỷ lệ thụ tinh trung bình trong phác đồ dài là 82,2 ± 23,9. Nghiên cứu của Zhen [6] tỷ lệ thụ tinh ở nhóm đáp ứng kém là 71% thấp hơn so với nhóm đáp ứng bình thường (86%). Tỷ lệ thụ tinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Zhen là do hiện nay kỹ thuật hỗ trợ sinh sản tại bệnh viện ngày càng phát triển và hoàn thiện.

Trong 55 ca tham gia nghiên cứu, có 33 ca chuyển phôi, có những ca chưa chuyển lần nào, có những ca chuyển lần 1 thất bại phải chuyển lần 2 lần 3. Nguyên nhân chuyển phôi lần 1 thất bại phải chuyển lần 2, lần 2 thất bại phải chuyển lần 3 là do thất bại làm tổ. Thất bại làm tổ nhiều lần hiện là một thách thức của hỗ trợ sinh sản và là nguyên nhân tăng áp lực tâm lý cho các cặp vợ chồng hiếm muộn. Có nhiều nguyên nhân có thể gây thất bại làm tổ nhiều lần, nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân [7].

Tỷ lệ thai lâm sàng đạt 23,5% là một trong

những kết quả thành công bước đầu của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm. Phác đồ antagonis là phác đồ chuẩn phổ biến ở nhiều trung tâm hỗ trợ sinh sản hiện nay ở Việt Nam và trên Thế giới. Tỷ lệ có thai lâm sàng cũng ngày càng được nâng cao do kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng hoàn thiện và phát triển. Tại trung tâm hỗ trợ sinh sản của Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nghiên cứu năm 2006 tỷ lệ có thai lâm sàng của phác đồ dài là 34,8%, nghiên cứu năm 2010 tỷ lệ có thai lâm sàng là 40%. Sau một chu kỳ kích thích buồng trứng, tỷ lệ có thai và sinh sống cộng dồn các cặp vợ chồng thụ tinh trong ống nghiệm hiện nhận nhận tại Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản Quốc gia năm 2019 là 49,2% và 31,7% [8]. Theo nghiên cứu của Bùi Văn Hiếu tỷ lệ có thai lâm sàng nghiên cứu tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia năm 2015 là 46,4% [9].

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng kỹ thuật IVF trên 55 cặp vợ chồng vô sinh cho thấy tỷ lệ có thai sinh hóa đạt 29,1%, tỷ lệ có thai lâm sàng đạt 23,6%, tỷ lệ thai lâm sàng/số chu kỳ chuyển phôi là 39,4%. Hiện có 11 trẻ đã được sinh ra khỏe mạnh và 3 bà mẹ đang mang thai. Đây là thành công bước đầu khi áp dụng kỹ thuật mới về thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization, WHO.** Manual for the standardized investigation, diagnosis and management of the infertile male", Cambridge University Press. 2000.
2. **Irvine S,** Epidemiology of male infertility", Current theory and Practice of ICSI, edited by Devroey P, Tarlatzis B and Van Sterteghem A. Human Reprod. 1998. 13(1): p. 33-34.
3. **Lê Long Hồ,** Hội chứng buồng trứng đề kháng với Gonadotropin Y học sinh sản, 2023. 64: p. 24-26.
4. **Vũ Minh Ngọc,** Đánh giá kết quả của phác đồ dài kích thích buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ Sản TW, in Luận văn thạc sỹ Y học. 2006: Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Như Thảo,** Nghiên cứu hiệu quả kích thích buồng trứng của phác đồ dài và phác đồ ngắn trong điều trị vô sinh bằng thụ tinh trong ống nghiệm., in Luận án tiến sỹ y học. 2010: Luận án tiến sỹ y học.
6. **Zhen, X.M., et al.,** The clinical analysis of poor ovarian response in in-vitro-fertilization embryo-transfer among Chinese couples. J Assist Reprod Genet. 2008. 25(1): p. 17-22.
7. **Nguyễn Khánh Linh,** Thất bại làm tổ nhiều lần. Y học sinh sản, 2023. 64: p. 56-61.
8. **Nguyễn Thị Huyền Anh, Hồ Sỹ Hùng, Đặng Công Việt,** Tỷ lệ có thai cộng dồn các cặp vợ chồng thụ tinh trong ống nghiệm hiện nhận nhận. TC Phụ sản, 2019. 16(3): p. 98-103.
9. **Bùi Văn Hiếu,** Nghiên cứu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm trong hai năm 2010 và 2015 tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia, Luận văn thạc sỹ y học. 2017, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ U XƠ CƠ TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bằng phẫu thuật bệnh lý u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang hồi cứu. **Kết quả:** Trong 199 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 20,6% số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi; mổ mở chiếm 78,4% và 1% số bệnh nhân nội soi chuyển mổ mở. Cắt tử cung bán phần chiếm tỷ lệ chủ yếu 67,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở là $58,8 \pm 21,3$ phút; thời gian phẫu thuật trung bình của mổ nội soi là $84,9 \pm 28,5$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $7,16 \pm 0,54$ ngày, chủ yếu bệnh nhân nằm viện dưới 7 ngày (95,5%). Có 95,5%

Đào Thị Hồng Nhung¹, Trần Quang Tuấn¹

số bệnh nhân phẫu thuật không có tai biến; 4,5% số trường hợp xảy ra tai biến bao gồm: chảy máu, nhiễm trùng, không liền mổ cắt, tổn thương tạng tiết niệu, tiêu hóa. **Kết luận:** điều trị phẫu thuật bệnh lý u xơ cơ tử cung tại bệnh viện phụ sản Nam Định chủ yếu là cắt tử cung bán phần và mổ mở; phần lớn các trường hợp phẫu thuật không có tai biến và thời gian nằm viện dưới 7 ngày. **Từ khóa:** u xơ cơ tử cung, phẫu thuật u xơ cơ tử cung, mổ mở, mổ nội soi.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF TREATMENT BY SURGERY OF UTERINE FIBROIDS PATHOLOGY AT NAM DINH OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Examine the outcomes of surgical treatment of uterine fibroids at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to June 2023. **Research method:** retrospective cross-sectional description. **Results:** Of the 199 patients who took part in the study, 20.6% of patients experienced laparoscopic surgery,

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hồng Nhung

Email: daonhung89tb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024