

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

Đào Thị Hồng Nhung<sup>1</sup>, Trần Quang Tuấn<sup>1</sup>

### 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 ± 21,3 phút; thời gian phẫu thuật trung bình của mổ nội soi là 84,9 ± 28,5 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 7,16 ± 0,54 ngày, chủ yếu bệnh nhân nằm viện dưới 7 ngày (95,5%). Có 95,5%

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 móm 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,

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hồng Nhung

Email: daohung89tb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

78.4% open surgery, and 1% endoscopic surgery changed to open surgery. 67.3% are associated with partial hysterectomy. Open surgery took an average of 58.8 ± 21.3 minutes, while laparoscopic surgery took an average of 84.9 ± 28.5 minutes. The mean duration of hospitalization was 7.16 ± 0.54 days, with 95.5% of patients spending less than 7 days (95.5%). 95.5% of surgical patients had no complications at all; 4.5% of cases experienced complications including bleeding, infection, non-union of cut edges, and harm to the digestive and urinary systems. **Conclusions:** Surgical treatment of uterine fibroids at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital was mainly partial hysterectomy and open surgery. Most surgical cases resulted in no complications, and patients stayed less than seven days in the hospital.

**Keywords:** uterine fibroids, uterine fibroids surgery, open surgery, laparoscopic surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (leiomyoma) - UXCTC, trước đây thường được gọi là u xơ tử cung, là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung. Đây là loại khối u sinh dục hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo tác giả Dương Thị Cường, Nguyễn Đức Hình [1] tỷ lệ UXCTC chiếm 18 - 20% trong tổng số phụ nữ trên 35 tuổi và UXCTC chiếm 20% trong các bệnh phụ khoa, theo Trần Thị Phương Mai UXCTC chiếm 20 - 30% [2] ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Các phương pháp điều trị UXCTC bao gồm: Điều trị nội khoa, quang tuyến nút mạch, phẫu thuật..., trong đó phẫu thuật cắt tử cung là phương pháp điều trị UXCTC triệt để nhất. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt tử cung khác nhau như phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo, cắt tử cung qua đường bụng, cắt tử cung nội soi... Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào nhiều yếu tố như: tình trạng của người bệnh, điều kiện trang thiết bị của cơ sở y tế, trình độ phẫu thuật viên và mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng. Để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh lý UXCTC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Điều trị bệnh lý u xơ cơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định", với 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.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là u xơ cơ tử cung (UXCTC), được điều trị phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung hay cắt tử cung.

- Có kết quả mô bệnh học là UXCTC mà không phối hợp với ung thư cổ tử cung hay ung thư niêm mạc tử cung, ung thư buồng trứng,...

- Hồ sơ ghi đầy đủ thông tin đáp ứng với các tiêu chí nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ung thư hoặc nghi ngờ ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung, ung thư buồng trứng...

- Bóc UXCTC trong mổ lấy thai.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Mô tả cắt ngang hồi cứu

#### 2.2.2. Cỡ mẫu trong nghiên cứu

Cách chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

#### 2.2.3. Các biến số trong nghiên cứu

- Các phương pháp và cách thức phẫu thuật: mổ mở, mổ nội soi; bóc nhân xơ tử cung, cắt tử cung hoàn toàn, cắt tử cung bán phần; để lại hai phần phụ, cắt một phần phụ, cắt hai phần phụ.

- Đặc điểm trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật (dưới 60 phút, 60-90 phút, 90-120 phút).

- Kết quả phẫu thuật: số loại kháng sinh dùng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, tai biến và biến chứng của phẫu thuật.

**2.2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 6 năm 2023, tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định

**2.3. Quản lý và phân tích số liệu.** Tất cả các số liệu được ghi lại trong mẫu hồ sơ nghiên cứu và nhập vào phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023, tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định thu thập được 199 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả thu được như sau:



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các phương pháp trong phẫu thuật**

**Nhận xét:** Trong số 199 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 78,4% số trường hợp được phẫu thuật mổ mở, 20,6% số trường hợp phẫu thuật nội soi. Có 2 trường hợp phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở, chiếm 1%.

**Bảng 3.1. Cách thức phẫu thuật và xử trí phần phụ trong mổ**

Cách thức phẫu thuật	N=199	Tỷ lệ(%)
Bóc nhân xơ tử cung	18	9,0
Cắt tử cung bán phần	134	67,3
Cắt tử cung hoàn toàn	47	23,7
Xử trí phần phụ trong mổ		
Để lại hai phần phụ	147	73,7
Cắt một phần phụ	32	16,1
Cắt hai phần phụ	20	10,2
<b>Tổng</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Cách thức phẫu thuật chủ yếu là cắt tử cung bán phần, chiếm 67,3%; bóc nhân xơ tử cung 9%; cắt tử cung hoàn toàn 23,7%. Về xử trí phần phụ trong mổ, để lại hai phần phụ chiếm tỷ lệ chủ yếu 73,7%.

**Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật	N=199	Tỷ lệ (%)
< 60 phút	20	10,1
60 - 90 phút	136	68,3
90 -120 phút	43	21,6
Thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở	58,8 ± 21,3 phút	
Thời gian phẫu thuật trung bình mổ nội soi	84,9 ± 28,5 phút	

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật 60-90 phút chiếm tỷ lệ chủ yếu 68,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở 58,8 ± 21,3 phút; mổ nội soi 84,9 ± 28,5 phút.

**Bảng 3.3. Kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý u xơ cơ tử cung**

Thời gian trung tiện sau mổ	N=199	%
<24 giờ	91	45,7
24-48 giờ	103	51,8
>48 giờ	5	2,5
Số ngày nằm viện sau mổ		
<7 ngày	190	95,5
7-10 ngày	6	3,0
11-14 ngày	3	1,5
Số ngày nằm viện trung bình	7,16 ± 0,54 ngày	

**Nhận xét:** Có 45,7% số trường hợp trung tiện trước 24 giờ, chủ yếu bệnh nhân trung tiện 24 - 48 giờ sau mổ, chiếm 51,8%. Chủ yếu bệnh nhân nằm viện dưới 7 ngày (95,5%); số ngày nằm viện trung bình: 7,16 ± 0,54 ngày.

**Bảng 3.4. Các tai biến sau mổ**

Các tai biến sau mổ	n	%
Không tai biến	190	95,5
Chảy máu	3	1,5
Nhiễm trùng	3	1,5
Không liền móm cắt	1	0,5
Tổn thương tạng tiết niệu	1	0,5
Tổn thương tạng tiêu hóa	1	0,5
<b>Tổng</b>	<b>199</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn các trường hợp không có tai biến sau mổ (chiếm 95,5%). Tai biến chảy máu, nhiễm trùng chiếm 3% số trường hợp; còn lại là các tai biến: không liền móm cắt, tổn thương tạng tiết niệu, tiêu hóa.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Các phương pháp và cách thức phẫu thuật.** Biểu đồ 3.1 chỉ ra tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật, trong đó 78,4% số trường hợp được phẫu thuật mổ mở và 20,6% số trường hợp được phẫu thuật nội soi. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của tác giả Cao Thị Thúy Anh [3] là 62% và 29,4%; Trịnh Xuân Hưởng [4] là 87,5% và 9,6%. Phẫu thuật nội soi đang ngày càng chiếm ưu thế phù hợp với xu thế phát triển chung của thế giới là phát triển những phẫu thuật ít xâm lấn, phù hợp với chất lượng cuộc sống ngày càng cao của người bệnh. Có thể thấy tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định với 20,6% là tương đối cao, điều này cho thấy chúng ta có sự đầu tư phát triển trang thiết bị vật tư y tế tốt và trình độ phẫu thuật viên ngày càng được nâng cao. Có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1% phải chuyển phương pháp phẫu thuật so với dự kiến ban đầu là 2 ca mổ cắt tử cung nội soi chuyển sang mổ mở vì tình trạng viêm dính và lạc nội mạc tử cung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bóc nhân xơ tử cung chiếm tỷ lệ 9% (bảng 3.1). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan (2004) [5], tỷ lệ này là 9,9%. Tuy nhiên, tỷ lệ bóc nhân xơ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều trong nghiên cứu của các tác giả những năm gần đây: Cao Thị Thúy Anh (2010) [3] 24,8%; Trịnh Xuân Hưởng (2014) [4] chiếm 23,1%. Những năm gần đây, nguyện vọng sinh thêm con của người phụ nữ tăng do sự phát triển của điều kiện kinh tế - xã hội. Lựa chọn phương pháp bóc nhân xơ tử cung, bảo tồn tử cung để duy trì sinh sản là lựa chọn phù hợp. Tại bệnh viện Phụ sản Nam Định, chỉ định bóc u xơ tử cung còn hạn chế do bệnh nhân đến viện muộn, kích thước u lớn, phức tạp. Cắt tử cung là phương pháp điều trị UXCTC triệt để nhất, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 91% (bảng 3.1).

Về xử trí phần phụ trong phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật UXCTC được giữ hai phần phụ là 73,7%, Đa phần những bệnh nhân < 45 tuổi đều giữ 2 phần phụ, trừ trường hợp có u buồng trứng bệnh lý. Ở độ tuổi này cắt phần phụ ngoài việc ảnh hưởng đến khả năng sinh đẻ còn có những ảnh hưởng do thiếu hụt nội tiết. Ở nhóm tuổi >55 tuổi nên cắt hai phần phụ vì

tránh nguy cơ ung thư phần phụ tăng dần ở người mãn kinh. Độ tuổi từ 45 đến 55 tuổi, nên cần nhắc giữ lại 2 phần phụ để duy trì nội tiết, tránh những biến cố tim mạch, xương khớp,... xảy ra sau phẫu thuật.

**4.2. Đặc điểm thời gian trong phẫu thuật.** Bảng 3.2 chỉ ra, thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở  $58,8 \pm 21,3$  phút. Kết quả này thấp hơn kết quả của Trương Quang Vinh [6] ( $110,2 \pm 29,2$  phút), Phùng Trọng Thủy [7] ( $93,2 \pm 21,6$  phút). Thời gian trung bình của mổ nội soi là  $84,9 \pm 28,5$  phút. Kết quả này thấp hơn so với Phùng Trọng Thủy [8] ( $97,3 \pm 42,5$  phút) nhưng cao hơn nghiên cứu của tác giả Cao Thị Thúy Anh ( $61,4 \pm 26,1$  phút)[3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp mổ nội soi có thời gian mổ dài hơn so với mổ mở. Mặc dù thời gian phẫu thuật kéo dài, nhưng kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân hồi phục nhanh nên kỹ thuật này đã được áp dụng ngày càng nhiều trong thời gian gần đây tại bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định. 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 UXCTC, mức độ dính ổ bụng, tiền sử mổ lấy thai, tình trạng lạc nội mạc tử cung và trạng thiết bị phẫu thuật [8]. 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, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

**4.3. Kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý UXCTC.** Kết quả bảng 3.3 cho thấy bệnh nhân thường trung tiện trong khoảng từ 24 đến 48 giờ sau mổ, chiếm 58,1%. Kết quả này 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% [9]. Thời gian trung tiện sau mổ thể hiện sự lưu thông, hồi phục của các tạng thuộc hệ thống tiêu hóa trong ổ bụng. Căn cứ vào kết quả trên thì quá trình hồi phục của hầu hết bệnh nhân UXCTC được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định diễn ra nhanh, tỷ lệ bất thường ít.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là  $7,16 \pm 0,54$  ngày, (bảng 3.3). Kết quả này dài hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Giáp là  $4,4 \pm 2,7$  ngày [9]. 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 [10]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ

mở chiếm tỷ lệ chủ yếu nên thời gian nằm viện dài hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả khác.

**4.4. Tai biến sau phẫu thuật.** Bảng 3.4 chỉ ra có 4,5% các trường hợp có tai biến sau phẫu thuật. Trong đó, chảy máu, nhiễm trùng sau mổ chiếm 3%. Ngoài ra, các tai biến khác: chảy máu móm cắt, tổn thương tạng tiết niệu, tiêu hóa. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Phùng Trọng Thủy [7], tỷ lệ tai biến sau mổ là 3,1%. Tai biến có thể xảy ra ở bất kì phương pháp phẫu thuật nào, kể cả mổ bụng. Để giảm tai biến, các phẫu thuật viên ngoài việc lựa chọn phương pháp mổ phù hợp, còn phải nắm vững giải phẫu và bộ lộ trường mổ rõ ràng mới can thiệp. Khi tai biến xảy ra, ngoài việc ảnh hưởng tới sức khỏe thậm chí tính mạng người bệnh, thì thời gian nằm viện và chi phí y tế cũng tăng lên đáng kể.

## V. 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.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình.** U xơ tử cung. (1999) Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành. Nhà xuất bản Y học; 88- 107.
- Trần Thị Phương Mai.** (2006) Bài giảng Sản - Phụ khoa sau đại học. Nhà xuất bản Y học.
- Cao Thị Thùy Anh.** (2010) Nghiên cứu các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010 - 2011. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II - Đại học Y Hà Nội.
- Trình Xuân Hường.** (2015) Nghiên cứu về phẫu thuật điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2014. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II - Đại học Y Hà Nội.
- 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.
- Trương Quang Vinh.** (2006) Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung toàn phần đường âm đạo để điều trị một số bệnh lý tử cung không sa tại bệnh viện Trung ương Huế. Đại học Y khoa Huế.
- Phùng Trọng Thủy.** (2021) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang. Tạp chí Y học Việt Nam, 505(1).
- Fernandez C, Fernandez E.** (2005) Total laparoscopic hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2005;3(4):12
- Nguyễn Văn Giáp.** (2006) Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện Phụ Sản trung ương tháng 12/2004 - 6/2006. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II - Đại học Y Hà Nội.

**ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH <sup>18</sup>FDG-PET/CT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN**

Phạm Văn Thái<sup>1,2</sup>, Chu Văn Tuynh<sup>3</sup>, Bùi Tiến Công<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Thị Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thắng<sup>3</sup>,  
Ngô Văn Đàn<sup>4</sup>, Nguyễn Bình Dương<sup>2</sup>, Phạm Cẩm Phương<sup>1,2</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh <sup>18</sup>FDG-PET/CT trên các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 82 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân là u phổi phải (64,6%), u phổi trái 35,4%. Kích thước u trung bình  $2,7 \pm 1,0$  cm. Có sự liên quan giữa tình trạng hạch với kích thước u: Kích thước u ở bệnh nhân có hạch (+) trung bình là  $3,3 \pm 0,9$ cm, còn nhóm bệnh nhân có hạch (-) trên <sup>18</sup>FDG PET/CT có kích thước u trung bình là  $2,6 \pm 1,0$ cm ( $p < 0,05$ ). Độ tập trung <sup>18</sup>FDG của u UTP trung vị  $SUV_{max} = 4,2$  (2,5 - 26,9).  $SUV_{max}$  tăng dần theo giai đoạn IA, IB, IIA, IIB và IIIA ( $p < 0,01$ ); tương quan thuận với kích thước u, (hệ số tương quan  $r = 0,59$ ). Kích thước hạch (+) là  $8,5 \pm 3,1$ mm. Độ tập trung <sup>18</sup>FDG của hạch (+) trung vị  $SUV_{max} = 2,6$  (2,5-19,1). Có mối tương quan thuận giữa  $SUV_{max}$  và kích thước hạch ( $r = 0,73$ ). **Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, <sup>18</sup>FDG-PET/CT,  $SUV_{max}$

**SUMMARY****IMAGE CHARACTERISTICS OF <sup>18</sup>FDG-PET/CT IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS WITH INDICATIONS FOR CURATIVE SURGERY**

**Objective:** To study <sup>18</sup>FDG-PET/CT imaging characteristics on non-small cell lung cancer patients indicated for radical surgery. **Subjects and methods:** Descriptive prospective study on 82 non-small cell lung cancer patients scheduled for radical surgery at Hanoi Oncology Hospital from April 2022 to March 2023. **Results:** The majority of patients had right lung tumors (64.6%), left lung tumors 35.4%. Average tumor size is  $2.7 \pm 1.0$  cm. There is a relationship between lymph node status and tumor size: The average tumor size in patients with (+) lymph nodes is  $3.3 \pm 0.9$ cm, while the group of patients with (-) lymph nodes on <sup>18</sup>FDG PET/CT has. The average tumor size is  $2.6 \pm 1.0$ cm ( $p < 0.05$ ).

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội<sup>3</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội<sup>4</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Công

Email: drcongibui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

Median <sup>18</sup>FDG tumor concentration  $SUV_{max} = 4.2$  (2.5 - 26.9).  $SUV_{max}$  gradually increases according to stages IA, IB, IIA, IIB and IIIA ( $p < 0.01$ ); positively correlated with tumor size (correlation coefficient  $r = 0.59$ ). The size of the (+) lymph node is  $8.5 \pm 3.1$ mm. Median lymph node <sup>18</sup>FDG concentration (+)  $SUV_{max} = 2.6$  (2.5-19.1). There is a positive correlation between  $SUV_{max}$  and lymph node size ( $r = 0.73$ ).

**Keywords:** Non small cell lung cancer, <sup>18</sup>FDG-PET/CT,  $SUV_{max}$ .

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư phổi (UTP) là một trong các bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Năm 2020, ở Việt Nam số bệnh nhân mắc mới UTP ở nam giới là 18.685 trường hợp (18,9/100.000) và ở nữ giới là 7.577 trường hợp (9,1 /100.000); số bệnh nhân UTP tử vong trong năm 2020 là 23.797 (19,4/100.000) [1]. Phân loại của WHO chia UTP thành hai nhóm, UTP không tế bào nhỏ chiếm khoảng 80 - 85%, UTP loại tế bào nhỏ chiếm khoảng 10 - 15%. Hai nhóm này có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Hiện nay, y học đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị UTP. Kỹ thuật chụp PET/CT (chụp cắt lớp bằng bức xạ positron kết hợp với chụp cắt lớp vi tính) ra đời đã đem lại nhiều lợi ích trong chẩn đoán ung thư, đặc biệt là UTP. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét đặc điểm hình ảnh <sup>18</sup>FDG PET/CT của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 82 bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ nguyên phát được chụp <sup>18</sup>FDG PET/CT trước phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023, giai đoạn I, II, IIIA có chỉ định phẫu thuật triệt căn.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là UTP không tế bào nhỏ, có chỉ định phẫu thuật triệt căn.

+ Bệnh nhân chưa được điều trị bằng phương pháp đặc hiệu nào.

**- Tiêu chuẩn loại trừ**