

hepatocellular carcinoma patients with cirrhosis and without macrovascular invasion after hepatectomy. *Sci Rep.* 2021;11(1):16343. doi:10.1038/s41598-021-95835-5

7. **Thành LV, An TT, Quang VV, Tuấn VN, Kha LM, Hùng LT.** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gan ứng dụng kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *J 108 - Clin Med Pharmacy.* 2021;16(4). doi:10.52389/ydls.v16i4.779

8. **Hu Y, Shi J, Wang S, et al.** Laennec's approach for laparoscopic anatomic hepatectomy based on Laennec's capsule. *BMC Gastroenterol.* 2019;19:194. doi:10.1186/s12876-019-1107-9

9. **Lương Công Chánh** (2015). Nghiên cứu điều trị ung thư gan bằng phẫu thuật nội soi. Luận án tiến sĩ Y học - Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108.

10. **Trần Công Duy Long** (2016). Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở THÀNH BỤNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Phan¹, Trần Thị Thu Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung ở thành bụng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 94 bệnh nhân được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung ở thành bụng đã được phẫu thuật lấy khối tổn thương tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. Các biến số chính được ghi nhận bao gồm: phương pháp phẫu thuật, đường vào ổ bụng, biến chứng trong và sau mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện và tái phát u. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 33,3; 100% bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở. Không ghi nhận trường hợp biến chứng nhiễm trùng hoặc chảy máu đáng kể nào sau phẫu thuật. Cắt u chiếm đa số với 96,8% trường hợp. 18,1% có khó khăn trong phẫu thuật; 12,8% trường hợp có đặt dẫn lưu sau mổ; 9,6% trường hợp sử dụng vật liệu cầm máu. Kích thước lớn hơn, nhiều khối u hơn, đường mổ mới và vị trí u sâu hơn có liên quan đến phẫu thuật khó khăn hơn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 43 ± 24 phút (20-170), kích thước u lớn, số u nhiều hơn và đáy u sâu hơn có liên quan đến thời gian mổ dài hơn. Thời gian nằm viện trung bình là 3.6 ± 0.9 ngày, khó khăn trong PT làm tăng thời gian nằm viện sau PT của bệnh nhân. 16,0% bệnh nhân có tái phát u sau trung bình 7,1 tháng. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tái phát u và các yếu tố khác. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt khối lạc nội mạc tử cung ở thành bụng là một phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ tái phát thấp và không ghi nhận biến chứng đáng kể sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Lạc nội mạc tử cung ở thành bụng, Phẫu thuật, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY FOR ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To evaluate the results of surgical treatment in patients with abdominal wall endometriosis at the National hospital of obstetrics and gynecology. **Method:** A Case-series reports in 94 patients diagnosed with abdominal wall endometriosis who underwent lesion removal surgery at the National hospital of obstetrics and gynecology from January 2021 to December 2023. The main variables recorded included: surgical method, abdominal access, intraoperative and postoperative complications, surgical time, hospital stay, and lesion recurrence. **Results:** The mean age of the study group was 33.3 years; 100% of patients underwent open surgery. No significant infectious or bleeding complications were recorded after surgery. Lesion resection + abdominal wall fascia reconstruction accounted for the majority of cases with 96.8% of cases. 18.1% had difficulty during surgery; 12.8% of cases had postoperative drainage; 9.6% of cases used hemostatic materials. Larger size, more tumors, new incisions and deeper lesion locations were associated with more difficult surgery. Mean surgical time was 43 ± 24 minutes (20-170); Large size and more lesions, and deeper lesion bases were associated with longer surgical time. Mean hospital stay was 3.6 ± 0.9 days, difficulty in surgery increased the patient's hospital stay after surgery. 16.0% of patients had lesion recurrence after an average of 7.1 months. No statistically significant association was found between tumor recurrence and other factors. **Conclusion:** Surgical excision of abdominal wall endometriosis is an effective treatment with a low recurrence rate and no significant postoperative complications. **Keywords:** Abdominal wall endometriosis, Surgery, National hospital of obstetrics and gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) là bệnh lý phụ khoa mãn tính, phức tạp, dễ tái phát, trong đó

¹Bệnh viện Phụ Sản Nam Định

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phan

Email: bacsidakhoa.0915@gmail.com@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

có sự hiện diện của mô giống mô tuyến ở nội mạc tử cung và mô đệm nằm ngoài buồng tử cung.¹ Lạc nội mạc tử cung ở thành bụng là một hình thái của LNMTC ngoài đường sinh dục, có triệu chứng lâm sàng đa dạng, có thể bỏ sót tổn thương hoặc chẩn đoán nhầm với các bệnh lý ngoại khoa khác: apxe, u mỡ, khối máu tụ thành bụng, thoát vị thành bụng, u sarcom, nang dưới da...² Lạc nội mạc tử cung ở thành bụng thường gặp sau phẫu thuật liên quan đến tử cung, đặc biệt là phẫu thuật mổ lấy thai. Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng gia tăng vì các lý do chủ quan và khách quan. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là các nước phát triển. Hệ quả là số ca lạc nội mạc tử cung tại vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai ngày càng gia tăng. Vấn đề điều trị khối lạc nội mạc tử cung bằng phương pháp nội khoa hay ngoại khoa hiện nay theo xu hướng cá thể hóa, tùy thuộc mục đích điều trị, nguyện vọng sinh con của bệnh nhân; Điều trị khối lạc nội mạc tử cung tại thành bụng chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật cắt bỏ khối lạc nội mạc, ngoài ra phá hủy khối lạc nội mạc bằng sóng siêu âm cường độ mạnh hoặc bằng bơm ethanol vào khối lạc nội mạc; điều trị nội tiết trước và sau phẫu thuật để giảm tỉ lệ tái phát là các phương pháp đang được nghiên cứu. Tại Việt Nam các nghiên cứu về lạc nội mạc tử cung ở thành bụng còn ít, chủ yếu là các báo cáo ca bệnh. Để góp phần tìm hiểu thêm về chẩn đoán và điều trị phẫu thuật khối lạc nội mạc tử cung ở thành bụng chúng tôi tiến hành đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 94 bệnh nhân được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung ở thành bụng đã được phẫu thuật lấy khối u tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán lạc nội mạc tử cung ở thành bụng tại Bệnh viện Phụ Sản TW
- Đã được phẫu thuật bóc khối lạc nội mạc tử cung thành bụng
- Giải phẫu bệnh: mô nội mạc tử cung
- Hồ sơ đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả chùm ca bệnh
- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**
- + Thời gian: 01 tháng 01 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023

+ Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân LNMTC ở thành bụng được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

Các biến số chính trong nghiên cứu

- Khó khăn trong phẫu thuật (có/không), ghi nhận tỷ lệ.
- Thời gian phẫu thuật: ghi nhận bằng phút, các biến số ảnh hưởng đến thời gian PT.
- Biến chứng trong và sau PT: (có/không).
- Thời gian nằm viện: ghi nhận bằng ngày, giá trị trung bình, lớn nhất, nhỏ nhất, các biến số ảnh hưởng đến thời gian nằm viện.
- Tái phát sau phẫu thuật: (nghi ngờ/không), các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Các biến phân loại sẽ được biểu diễn dưới dạng số đếm (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình (\pm độ lệch chuẩn). Các tỉ lệ sẽ được so sánh bằng kiểm định khi-bình phương (X2) hoặc Fisher’s Exact Test. So sánh các trung bình bằng kiểm định t-test hoặc ANOVA với biến phân phối chuẩn, hoặc test phi tham số tương ứng nếu biến phân phối không chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 94 bệnh nhân được phẫu thuật khối lạc nội mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là 33,3; 100% bệnh nhân được phẫu thuật mổ mỡ. Không ghi nhận trường hợp biến chứng nhiễm trùng hoặc chảy máu đáng kể nào sau phẫu thuật.

Bảng 1. Một số đặc điểm về phẫu thuật (n=94)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u	91	96.8
	Cắt u + tái tạo cân cơ thành bụng	3	3.2
Khó khăn phẫu thuật	Bóc tách khó do dính, khối to	2	2.1
	Chảy máu	6	6.4
	Mất cân rộng	3	3.2
	Vào phúc mạc, phẫu tích khó	6	6.4
	Không	77	81.9
Dẫn lưu	Có	12	12.8
	Không	82	87.2

Vật liệu cầm máu	Có	9	9.6
	Không	85	90.4

Nhận xét:

- Cắt u đơn thuần chiếm đa số với 96,8% trường hợp, chỉ có 3 ca tái tạo thành bụng thêm.
- 18,1% có khó khăn trong phẫu thuật, trong đó vào phúc mạc phẫu tích khó và chảy máu là thường gặp nhất
- 12,8% trường hợp có đặt dẫn lưu sau mổ, 9,6% trường hợp sử dụng vật liệu cầm máu.

Bảng 2. Phẫu thuật khó khăn và một số yếu tố liên quan (n=94)

Đặc điểm	Phân loại	Phẫu thuật khó khăn		p
		Có	Không	
Kích thước	≤3cm	4 (6,0)	63 (94,0)	<0,001*
	>3 cm	13 (48,1)	14 (51,9)	
Số u	1 khối	14 (17,1)	68 (82,9)	0,450*
	2 khối	3 (25,0)	9 (75,0)	
Vị trí đáy u	Mỡ	0	26 (100,0)	<0,001*
	Cân	0	34 (100,0)	
	Cơ	9 (34,6)	17 (65,4)	
	Phúc mạc	8 (100,0)	0	
Đường mổ	Cũ	12 (14,1)	73 (85,9)	0,009*
	Mới	5 (55,6)	4 (44,4)	

*Fisher's Exact Test

Nhận xét: - Kích thước lớn hơn, nhiều khối u hơn, đường mổ mới và vị trí u sâu hơn có liên quan đến phẫu thuật khó khăn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Chưa ghi nhận mối liên quan của số lượng khối u với đặc điểm khó khăn trong phẫu thuật.

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật và một số yếu tố liên quan (n=94)

Đặc điểm	Phân loại	Thời gian PT	p
Vị trí u	Trái	38,3 ± 13,3	0,217
	Phải	47,7 ± 39,6	
	Khác	45,1 ± 22,5	
Kích thước	≤ 3cm	37,7 ± 16,1	<0,001
	>3 cm	56,7 ± 32,6	
Số u	1 khối	41,1 ± 21,5	0,027
	2 khối	57,1 ± 32,2	
Vị trí đáy u	Mỡ	35,6±10,9	<0,001
	Cân	35,3±10,1	
	Cơ	54,6±36,7	
	Phúc mạc	63,7±13,0	
Tổng		24 (20-170)	

Nhận xét: - Thời gian phẫu thuật trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 43 ± 24 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 20 phút và thời gian phẫu thuật kéo dài nhất là 170 phút

- Kích thước u lớn, số u nhiều hơn và đáy u sâu hơn có liên quan đến thời gian mổ dài hơn,

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 4. Thời gian nằm viện và một số yếu tố liên quan (n=94)

Đặc điểm	Phân loại	Thời gian nằm viện	p
Vị trí u	Trái	3,7 ± 1,0	0,878
	Phải	3,5 ± 0,8	
	Khác	3,6 ± 0,8	
Kích thước	≤ 3cm	3,5 ± 0,8	0,247
	>3 cm	3,8 ± 1,0	
Số u	1 khối	3,6 ± 0,9	0,666
	2 khối	3,5 ± 0,9	
Vị trí đáy u	Mỡ	3,5 ± 0,9	0,656
	Cân	3,5 ± 0,9	
	Cơ	3,8 ± 0,9	
	Phúc mạc	3,8 ± 0,9	
Khó khăn PT	Có	4,1 ± 0,9	0,022
	Không	3,5 ± 0,9	
Đường mổ	Cũ	3,6 ± 0,9	0,861
	Mới	3,5 ± 0,7	
Tổng		3,6 ± 0,9 (2-5)	

Nhận xét: - Thời gian nằm viện trung bình là 3.6 ± 0.9 ngày

- Khó khăn trong PT làm tăng thời gian nằm viện sau PT của bệnh nhân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,022 <0,05.

Bảng 5. Tái phát u và một số yếu tố liên quan (n=94)

Đặc điểm	Phân loại	Nghỉ ngờ tái phát		p
		Có	Không	
Vị trí u	Trái	5 (15,2)	28 (84,8)	0,863
	Phải	3 (20,0)	12 (80,0)	
	Khác	7 (15,2)	39 (84,8)	
Kích thước	≤ 3cm	12 (17,9)	55(82,1)	0,542
	>3 cm	3 (11,1)	24 (88,9)	
Số u	1 khối	13 (15,9)	69 (84,1)	1,00*
	2 khối	2 (16,7)	10 (83,3)	
Vị trí đáy u	Mỡ	3 (11,5)	23 (88,5)	0,606*
	Cân	8 (23,5)	26 (76,5)	
	Cơ	3 (11,5)	23 (88,5)	
	Phúc mạc	1 (12,5)	7 (87,5)	
Khó khăn PT	Có	1 (5,9)	16 (94,1)	0,291*
	Không	14 (18,2)	63 (81,8)	
Đường mổ	Cũ	13 (15,3)	72 (84,7)	0,632*
	Mới	2 (22,2)	7 (77,8)	
Tổng		15 (16,0)	(84,0)	

Nhận xét: - 16,0% bệnh nhân có biểu hiện nghỉ ngờ tái phát u sau trung bình 7,1 tháng

- Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tái phát u và các yếu tố khác.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối lạc nội mạc tử cung qua phẫu thuật mở, không có bệnh nhân

nào phẫu thuật nội soi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Bá Quyết, Aliriza Erdogan, Horton.³⁻⁵ Trong nghiên cứu của Chiara, hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt khối lạc nội mạc tử cung ở thành bụng.⁶ Có 1 bệnh nhân có khối lạc nội mạc tử cung ở dưới phúc mạc và cơ thẳng bụng, không xâm nhiễm lớp cân được cắt bằng phẫu thuật nội soi. Điều này phù hợp với vị trí khối lạc nội mạc nằm giữa các lớp ở thành bụng, cho nên cách tiếp cận để sờ trực tiếp được khối lạc nội mạc tử cung đảm bảo cắt được hết tổn thương là phẫu thuật mở. Kích thước trung bình của khối u sau khi phẫu thuật là 3.3 ± 1.4 cm, trong đó kích thước lớn nhất là 10 cm, nhỏ nhất là 1 cm. Kết quả này tương đồng với kết quả của Vũ Bá Quyết kích thước trung bình là 3 cm.³ Nghiên cứu của Tahere Khamechian kích thước trung bình là 2.59 cm.⁷ Nghiên cứu của Aliriza Erdogan Trung bình đường kính tổn thương được cắt bỏ là $4,5 \pm 1,7$ cm.⁴ Nghiên cứu của Ding Yan là 2.9 ± 1.3 cm.⁸

Thời gian phẫu thuật trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 43 ± 24 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 20 phút và thời gian phẫu thuật kéo dài nhất là 170 phút. Những ca phẫu thuật nhanh thường là khối u ở lớp mỡ, tổn thương kích thước nhỏ, cắt gọn được tổn thương. Những ca thời gian phẫu thuật kéo dài thường do khối u dính, bóc tách cầm máu khó khăn, và những ca mất cân rộng cần hội chẩn bác sĩ ngoại khoa để tái tạo thành bụng. Trong nghiên cứu ghi nhận 16% bệnh nhân có gặp khó khăn khi phẫu thuật (17 bệnh nhân) và 84% bệnh nhân không gặp khó khăn khi phẫu thuật (77 bệnh nhân). Trong các khó khăn khi phẫu thuật thì khó khăn do chảy máu và khối lạc nội mạc tử cung sâu đến phúc mạc, phẫu tích khó là hay gặp nhất, chiếm 35.3%. Có 2 trường hợp khó khăn do khối to, dính và 3 trường hợp sau khi bóc tách mất cân rộng, phải hội chẩn bệnh viện Việt Đức tạo hình thành bụng chiếm 17.6%. Trong nghiên cứu ghi nhận thấy số bệnh nhân phải đặt dẫn lưu sau phẫu thuật là 12 trường hợp chiếm 12.8% và 82 trường hợp không đặt dẫn lưu chiếm 87.2%. Kích thước lớn hơn, nhiều khối u hơn, đường mổ mới và vị trí u sâu hơn có liên quan đến phẫu thuật khó khăn hơn. Trong nghiên cứu của Chiara Benedetto tất cả các khối thâm nhiễm vào cân, có đường kính trên 50 mm đều được tạo hình thành bụng bằng cân, và đặt dẫn lưu sau mổ. Tuy nhiên, hai trong số mười một (18,2%) bệnh nhân có các nốt lạc nội mạc tử cung ở thành bụng từ 30 mm đến 50 mm không được tái tạo bằng lưới đã phát triển thoát vị vết

mở trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật.⁶

Về thời gian phẫu thuật, bệnh nhân thường nằm viện 3 ngày, chiếm 52,1%. Thời gian nằm viện trung bình là 3,6 ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày chiếm 5.3 % và dài nhất là 5 ngày chiếm 23.4%. Đánh giá các yếu tố liên quan cho thấy, cho thấy những khối u có khó khăn trong phẫu thuật có thời gian nằm viện dài hơn so với nhóm phẫu thuật không gặp khó khăn. Điều này là phù hợp do sau những phẫu thuật khó khăn bệnh nhân cần được theo dõi tốt hơn các biến chứng nhiễm trùng, chảy máu, những bệnh nhân có đặt dẫn lưu vết mổ cần rút dẫn lưu sau 24h. Trong nghiên cứu của Chiara Benedetto thời gian nằm viện trung bình là 16 giờ, dao động từ 3 đến 36 giờ.⁶

Nghiên cứu ghi nhận thấy rằng sau phẫu thuật tính đến thời điểm nghiên cứu có 15 bệnh nhân có biểu hiện nghi ngờ tái phát chiếm 16%, bao gồm các biểu hiện đau khi hành kinh và sờ thấy khối tại thành bụng. Trong đó 6 bệnh nhân đã có khối xác định trên lâm sàng và siêu âm khi bệnh nhân tái khám và thời gian ngắn nhất xuất hiện triệu chứng nghi ngờ tái phát là 3 tháng. Nghiên cứu hồi cứu của Ding Yan năm 2013 tại Thượng Hải, Trung Quốc ghi nhận tỉ lệ tái phát là 1.5 %.⁸ Trong nghiên cứu của Chiara Benedetto cũng có 5/83 bệnh nhân là phẫu thuật khối lạc nội mạc tử cung tái phát.⁶ Nguyên nhân khối lạc nội mạc tử cung tái phát chúng tôi cho rằng do khi phẫu thuật chưa lấy được triệt để mô lạc nội mạc tử cung ở thành bụng, vấn đề làm sao để xác định ranh giới tổn thương là quan trọng, chúng tôi kiến nghị áp dụng quy trình siêu âm trước khi mổ để chẩn đoán và lên kế hoạch phẫu thuật, đánh dấu tổn thương

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt khối lạc nội mạc tử cung ở thành bụng là một phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ tái phát thấp và không ghi nhận biến chứng đáng kể sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung (ban hành kèm theo Quyết định 5306/QĐ-BYT 2019), Hà Nội.
2. **Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC.** Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg.* 1996;171(2):239. doi:10.1016/S0002-9610(97)89557-8
3. **Vũ Bá Quyết.** Tình hình bệnh lạc nội mạc tử cung ở thành bụng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ năm 2012 – 2014. *Tạp Chí Học Thực Hành.* 2014;937(10):64-66.
4. **Erdoğan A, Erdoğan P.** Prevalence of Cesarean

- Section Scar Endometriosis: Ten-Year Experience of a Tertiary Center and Retrospective Evaluation of 40 Cases. *J Clin Pract Res.* 2021;43(3):255. doi:10.14744/etd.2020.12269
- Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M.** Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196(2): 207-212. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.07.035
 - Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, et al.** Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynecol Obstet.* 2022;159(2):530-536. doi:10.1002/ijgo.14167
 - Khamechian T, Alizargar J, Mazoochi T.** 5-Year data analysis of patients following abdominal wall endometrioma surgery. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):151. doi:10.1186/s12905-014-0151-4
 - Ding Y, Zhu J.** A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2013;121(1): 41-44. doi:10.1016/j.ijgo.2012.11.011

KẾT QUẢ KỸ THUẬT SINH THIẾT MÀNG PHỔI BẰNG KIM TRU-CUT DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM HOẶC CHỤP CLVT Ở TRƯỜNG HỢP LAO CÓ DÀY MÀNG PHỔI

Lý Thị Nhung¹, Nguyễn Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả và tính an toàn của kỹ thuật sinh thiết màng phổi bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn siêu âm hoặc chụp CLVT ở bệnh nhân lao có dày màng phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 107 bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao được STMP bằng kim Tru-cut tại bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/2020 đến 07/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,9 tuổi và chủ yếu bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 71,0%. Tỷ lệ nam chiếm 71,0% nhiều hơn với nữ chiếm 29,0%. 100% bệnh nhân được lấy thành công mẫu mô màng phổi và chỉ có 1 bệnh nhân gặp tai biến khi sinh thiết màng phổi là tràn khí chiếm 0,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sinh thiết màng phổi là tổn thương lao chiếm tỷ lệ 72,0%, tỷ lệ bệnh nhân làm nuôi cấy vi khuẩn lao MST màng phổi ở môi trường MGIT dương tính là 43,9% và số lượng bệnh nhân có LPA mô sinh thiết màng phổi dương tính là 5/28 chiếm tỷ lệ 17,9%. **Kết luận:** Giá trị chẩn đoán TDMP của STMP bằng kim Tru-cut dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT ở bệnh nhân TDMP do lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 01/2020-07/2024 đạt 72,0%. Đây là một kỹ thuật an toàn, ít tai biến.

Từ khóa: Lao màng phổi, sinh thiết, kim Tru-cut.

SUMMARY

RESULTS OF PLEURAL BIOPSY USING TRU-CUT NEEDLE GUIDED BY ULTRASOUND OR CT IMAGING IN PATIENTS PLEURAL EFFUSION DUE TO TUBERCULOSIS

Objectives: Comments on the results and safety of Tru-cut pleural biopsy technique under ultrasound

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: hathunguyen74@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 16.12.2024

or CT guidance in patients with pleural effusion due to tuberculosis at the Central Lung Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective and prospective study on 107 patients with pleural effusion due to tuberculosis who underwent pleural biopsy using Tru-cut needle at the Central Lung Hospital from January 2019 to December 2023. **Results:** The average age was 47.9 years and the majority of patients were under 60 years old, accounting for 71.0%. The proportion of men accounted for 71.0%, while that of women accounted for 29.0%. 100% of patients had successful pleural tissue samples taken and only 1 patient had complications during pleural biopsy, which was pneumothorax, accounting for 0.9%. The proportion of patients with histopathological results of pleural biopsy showing tuberculosis lesions accounted for 72.0%, the proportion of patients with positive pleural culture of MST tuberculosis bacteria in MGIT environment was 43.9% and the number of patients with positive pleural biopsy tissue LPA was 5/28, accounting for 17.9%. **Conclusion:** The diagnostic value of pulmonary TB by Tru-cut needle guided by ultrasound or CT scan in pulmonary TB patients at the Central Lung Hospital in 2019-2023 reached 72.0%. This is a safe technique with few complications.

Keywords: Pleural tuberculosis, biopsy, Tru-cut.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới mỗi năm ở Việt Nam có 145.000 người mới mắc, số người chết do lao ước chừng 20.000 người một năm, nguy cơ nhiễm lao hàng năm khoảng 1,7% [1]. Trong đó lao màng phổi là căn nguyên hàng đầu trong các bệnh lý gây tràn dịch màng phổi (TDMP). Theo ước tính của chương trình chống lao quốc gia, lao màng phổi chiếm khoảng 39% trong các thể lao ngoài phổi [2]. Các số liệu thu thập tại các bệnh viện lao và phổi cho thấy tỷ lệ lao màng phổi chiếm khoảng 13,4% trong tổng số ca lao và 80,6% trên tổng số ca TDMP [1].

Sinh thiết màng phổi (STMP) là một trong