

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN QUA NGẢ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024

Bành Dương Yến Nhi¹, Trần Thị Sơn Trà², Nguyễn Minh Vũ¹,
Nguyễn Minh Nghiêm¹, Chung Cẩm Ngọc¹, Nguyễn Hữu Phước¹,
Đoàn Dũng Tiến³, Hoàng Minh Tú³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá toàn diện kết quả lâm sàng và hậu phẫu ở bệnh nhân cắt tử cung toàn phần (CTCTP) qua ngã bụng vì u xơ tử cung (UXTC) không chỉ giúp xác định hiệu quả điều trị, mà còn giúp nhận diện các yếu tố nguy cơ, cải thiện quy trình phẫu thuật, nâng cao hiệu quả điều trị và tối ưu hóa sự hồi phục. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị UXTC bằng phương pháp CTCTP qua ngã bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 47 trường hợp CTCTP qua ngã bụng tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân không hoặc ít đau sau mổ, tỷ lệ phục hồi vận động dưới 24 giờ hậu phẫu là 31,9%. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng trong thời gian nằm viện gồm: 12,8% liệt ruột, 2,1% sốt không rõ nguyên nhân. Có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và tình trạng xơ dính trong ổ bụng. **Kết luận:** Phẫu thuật CTCTP qua ngã bụng là một phương pháp điều trị hiệu quả, triệt để và an toàn đối với UXTC, đặc biệt trong các trường hợp thất bại với các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu

Từ khóa: u xơ tử cung, phẫu thuật cắt tử cung toàn phần qua ngã bụng.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR UTERINE FIBROIDS USING TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Introduction: A comprehensive evaluation of clinical outcomes and postoperative results in patients undergoing total abdominal hysterectomy (TAH) for uterine fibroids (UF) not only helps to determine the treatment efficacy but also identifies risk factors, improves surgical processes, enhances treatment outcomes, and optimizes recovery. **Objective:** To assess the treatment outcomes of uterine fibroids using the total abdominal hysterectomy (TAH) method. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study involving 47 cases of total

abdominal hysterectomy for uterine fibroids at the Obstetrics and Gynecology Department of Can Tho Central General Hospital from January 2024 to November 2024. **Results:** Most patients experienced minimal pain postoperatively, with a 31.9% recovery rate in mobility within 24 hours after surgery. No surgical complications were recorded. Postoperative complications during hospitalization included 12.8% with bowel paralysis and 2.1% with unexplained fever. A correlation was found between the duration of surgery and the occurrence of adhesions in the abdominal cavity. **Conclusion:** Total abdominal hysterectomy is a practical, radical, and safe treatment method for uterine fibroids, especially in cases that fail with minimally invasive treatment methods. **Keywords:** uterine fibroids, total abdominal hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân cắt tử cung toàn phần (CTCTP) qua ngã bụng vì u xơ tử cung (UXTC) có ý nghĩa đặc biệt trong việc cải thiện phương pháp điều trị và tối ưu hóa kết quả chăm sóc bệnh nhân. CTCTP qua ngã bụng vẫn là chỉ định quan trọng trong điều trị UXTC phức tạp, đặc biệt khi các phương pháp xâm lấn tối thiểu khác. Các nghiên cứu về kỹ thuật phẫu thuật CTCTP qua ngã bụng giúp đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị và các biến chứng tiềm ẩn. Việc thu thập dữ liệu khoa học về tỷ lệ thành công, thời gian hồi phục, và các biến chứng sau mổ giúp nâng cao khả năng dự đoán kết quả điều trị, tối ưu hóa quy trình chăm sóc sau phẫu thuật và giảm thiểu rủi ro cho bệnh nhân

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân đến khám được chẩn đoán UXTC và điều trị tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân UXTC được chẩn đoán xác định UXTC qua siêu âm tử cung phần phụ được chỉ định phẫu thuật CTCTP qua ngã bụng.

Bệnh nhân có kết quả tế bào học cổ tử cung bình thường.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tú

Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không có kết quả hoặc kết quả giải phẫu bệnh không phải là UXTC sau phẫu thuật.

Có kết hợp phẫu thuật khác trong lúc cắt tử cung
Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đang tiến triển

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ, chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi đã chọn được 47 bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân được thăm khám các triệu chứng lâm sàng. Bệnh nhân được phẫu thuật CTCTP qua ngã âm đạo. Đánh giá các đặc điểm về thời gian phẫu thuật, mức độ đau sau mổ, lượng máu mất, các tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật; yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.2.5. Ý đức. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được chấp thuận của Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Các bước nghiên cứu tuân thủ theo quy định về bảo mật thông tin và đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích và các bước nghiên cứu và đồng thuận tham gia nghiên cứu.

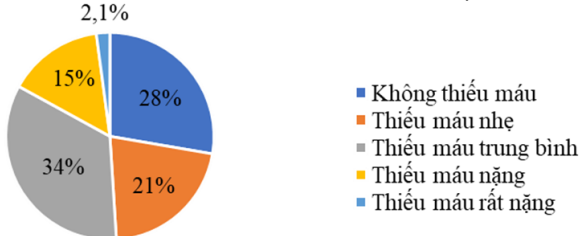
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Kích thước UXTC qua khám lâm sàng

Kích thước u xơ tương ứng tuổi thai	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 8 tuần thai	1	2,1
8-12 tuần thai	7	14,9
12- 20 tuần thai	27	57,4
> 20 tuần thai	12	25,5
Tổng	47	100

Nhận xét: Nhóm có kích thước UXTC tương đương thai 12-20 tuần qua khám lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất 57,4%, ít nhất là nhóm có kích thước nhỏ hơn thai 8 tuần chiếm 2,1%.



Biểu đồ 1. Tình trạng thiếu máu trước mổ

Nhận xét: Bệnh nhân có tình trạng thiếu

máu mức độ trung bình trước mổ chiếm đa số với 34%, chỉ một trường hợp thiếu máu rất nặng chiếm 2,1%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật, tình trạng máu mất và máu truyền trước mổ

Đặc điểm phẫu thuật	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tình trạng truyền máu trước mổ	Không truyền	18 38,3
	Truyền dưới 2 đơn vị máu	15 31,9
	Truyền từ 3 đơn vị máu	14 29,8
Lượng máu mất	Dưới 200ml	5 10,6
	200-500ml	25 53,2
	Trên 500ml	17 36,2
Thời gian phẫu thuật	Dưới 60 phút	8 17,0
	60 đến 90 phút	22 46,8
	Trên 90 phút	17 36,2
Tổng	47	Tổng

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không có chỉ định truyền máu trước mổ với tỷ lệ 38,3%. Lượng máu mất trung bình: 473,2 ± 231,6mL, nhiều nhất: 900ml, ít nhất: 150mL nhóm máu mất từ 200-500mL chiếm đa số với tỷ lệ 53,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 91,9 ± 30,2 phút, ngắn nhất là 45 phút, dài nhất 150 phút, nhóm dưới 60 phút chiếm tỷ lệ 17,0%.

Trọng lượng tử cung trung bình là 721,8 ± 172,7 gram, lớn nhất: 1100 gram, nhỏ nhất: 380 gram. Trong lượng tử cung từ 500-1000 gram chiếm đa số với tỷ lệ 87,2%, hai nhóm trọng lượng dưới 500 gram và trên 1000gram cùng chiếm tỷ lệ 6,4%.

Mức độ đau bệnh nhân sau mổ theo thang VAS gồm: đau ít sau mổ với tỷ lệ 40,4%, đau vừa 23,4%, đau nhiều 6,4%, không đau 29,8%. Không ghi nhận trường hợp nào đau dữ dội sau mổ.

Bảng 3. Đặc điểm về thời gian và mức độ phục hồi vận động sau mổ

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian	< 24 giờ	15 31,9
	Từ 24-36 giờ	24 51,1
	Trên 36 giờ	8 17,0
Mức độ vận động trong 24 giờ đầu	Nằm tại giường	14 29,8
	Có thể ngồi dậy	19 40,4
	Có thể vận động nhẹ khỏi giường	9 19,1
	Đi lại được sau mổ	5 10,6
Tổng	47	100

Nhận xét: Thời gian phục hồi vận động sau mổ từ 24 đến 36 giờ chiếm đa số với tỷ lệ 51,1%. Ít nhất ở nhóm trên 36 giờ với tỷ lệ 17%.

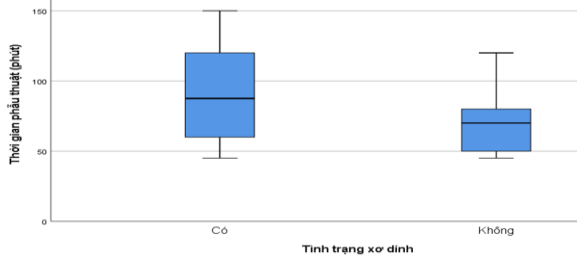
Về thời gian trung tiện sau mổ, nhóm bệnh

nhân có thời gian trung tiện đợc sau mổ trong khoảng 24 đến 48 giờ chiếm đa số 40,4%, nhóm trung tiện đợc dưới 24 giờ chiếm tỷ lệ thấp nhất 25,5%, trên 24 giờ chiếm tỷ lệ 31,9%

Về biến chứng sớm sau mổ, đa số bệnh nhân không có biến chứng ngay sau phẫu thuật với tỷ lệ 85,1% (40/47), ghi nhận 12,8% liệt ruột sau mổ và 2,1% sốt không rõ nguyên nhân.

Nhóm bệnh nhân có thời gian nằm viện sau phẫu thuật dưới 5 ngày và từ 5 đến 7 ngày chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 46,8% và 44,7%; thời gian nằm viện trên 7 ngày chiếm tỷ lệ 8,5%

Sau phẫu thuật 02 tuần, hầu hết bệnh nhân không có biến chứng đáng kể sau mổ với tỷ lệ 95,8% (45/47), ghi nhận 2,1% (1/47) nhiễm trùng niệu và 2,1% (1/47) chảy máu mòm cắt âm đạo. Không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật 3 tháng.



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và tình trạng xơ dính

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung vị thời gian phẫu thuật (phút) giữa nhóm có tình trạng xơ dính và nhóm không có tình trạng xơ dính ($p = 0,03$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, kích thước UXTC qua thăm khám lâm sàng có tỷ lệ cao nhất ở nhóm có tử cung to tương đương thai 12-20 tuần. Và ít nhất ở nhóm có kích thước nhỏ tương đương tuổi thai dưới 8 tuần. Kết quả này phù hợp với tác giả Lê Đức Thọ với nhóm tử cung tương đương tuổi thai 8-12 tuần chiếm 57,6% và to tương đương thai trên 12 tuần là 9,1% [1] và tác giả Nguyễn Việt Trung với tỷ lệ kích thước UXTC ước lượng trên lâm sàng là $14 \pm 2,1$ tuần. Điều này có thể lý giải đây là kích thước UXTC tương đối to trên lâm sàng, đủ để gây các than phiền và triệu chứng trầm trọng để bệnh nhân đến thăm khám và có chỉ định CTCTP.

Tình trạng thiếu máu trước mổ chiếm tỷ lệ 34% ở mức độ thiếu máu trung bình, chỉ 2,1% thiếu máu rất nặng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy với tỷ lệ thiếu máu là 45,8%, trong đó không có trường

hợp nào thiếu máu nặng [2]. Điều này có thể giải thích do hiện nay, việc mở rộng mạng lưới y tế có thể giúp bệnh nhân dễ tiếp cận hơn trước khi các triệu chứng thiếu máu trở nên quá trầm trọng.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $91,9 \pm 30,2$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Nguyên Khải là $86,5 \pm 31,2$ phút [3]. Kết quả này tương đương các nghiên cứu của Hà Văn Huy là $91,4 \pm 51,9$ phút [4], Tamrakar là $143,63 \pm 43,25$ phút [5], nhưng lại cao hơn các nghiên cứu của Trương Đình Hải là $78,8 \pm 19,8$ phút, Kumara là $42,13 \pm 3,25$ [6]. Điều này có thể được giải thích do sự khác biệt về kinh nghiệm phẫu thuật giữa các phẫu thuật viên và sự tiến bộ kỹ thuật giữa các bệnh viện.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $473 \pm 231,6$ mL. Kết quả này cao hơn của tác giả Nguyễn Nguyên Khải với máu mất trung bình $248,6 \pm 131,4$ mL với trường hợp mất máu nhiều nhất là 800 mL, ít nhất là 50 mL [3]. Kết quả của chúng tôi tương tự với lượng máu mất trung bình ở nhóm CTCTP ngã bụng trong nghiên cứu của Sajida Imran là $371,38 \pm 147,16$ mL, Tamrakar là $294,8 \pm 51,37$ mL [5], Hongying He là $263,1 \pm 183,2$ mL [7] nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Kumara là $194,6 \pm 34,61$ mL [7]. Khác biệt này có thể thuộc nhiều yếu tố như kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tiền sử bệnh lý của bệnh nhân, tình trạng vào viện cũng như việc sử dụng các loại thuốc cầm máu trong phẫu thuật.

Trọng lượng tử cung trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $721,8 \pm 172,7$ gram với trọng lượng lớn nhất 1100gram và trọng lượng nhỏ nhất 380gram. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Nguyễn Nguyên Khải với kích thước u xơ $897,8 \pm 438$ gram với trọng lượng lớn nhất 2200 gam, nhỏ nhất 350 gam [3]. Gingold chỉ ra trọng lượng trung bình của tử cung so với kích thước tử cung là 233 ± 133 gam (tương ứng tử cung to khoảng thai 12 tuần) và 465 ± 209 gam (tương ứng tử cung to khoảng thai 16 tuần) [8]. Kết quả này phù hợp với sự chênh lệch cách tiếp cận phẫu thuật vì tử cung to nhiều khả năng phải phẫu thuật qua ngã bụng. Kết quả này lớn hơn nhiều so với trọng lượng tử cung ở các nghiên cứu của Nagata là 554 gram (nhỏ nhất 79 gram, lớn nhất 2284 gam) [9] do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện tuyến trung ương, thường xuyên tiếp nhận các trường hợp UXTC to, phức tạp.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, đa phần bệnh nhân không hoặc ít đau sau mổ với tỷ lệ 40,4%. Tương tự tác giả Nguyễn Anh Tuấn, thang điểm đau sau mổ ngày một là $6,7 \pm 1$ điểm. Phẫu thuật CTCTP ngả bụng là phẫu thuật lớn, nhưng có thể do tay nghề phẫu thuật viên và thuốc giảm đau tốt, nên đau sau mổ ngày một gần như không đáng kể. Cảm giác đau ở mỗi nhóm nghiên cứu còn ảnh hưởng nhiều bởi nhiều yếu tố tác động như đơn vị điều trị đau ở từng bệnh viện cũng như ngưỡng đau của mỗi cá nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ phục hồi vận động dưới 24 giờ hậu phẫu là 31,9%, 51,1% ngày hai sau mổ và 17% hậu phẫu ngày 3. Trong 24 giờ đầu tiên, tỷ lệ bệnh nhân nằm tại giường là 29,8%, có thể ngồi dậy là 40,4%, vận động nhẹ khỏi giường là 19,1% và đi lại được sau mổ là 10,6%. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Nguyễn Thị Thu với tỷ lệ bệnh nhân ngồi dậy được trong 24 giờ đầu là 45,2%. Điều này cho thấy bệnh nhân phục hồi vận động tương đối tốt sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ phục hồi nhu động ruột sau mổ là 25,5% dưới 24 giờ, 40,4% trong khoảng 24 đến 48 giờ, và 31,9% sau 48 giờ. Tỷ lệ này thấp hơn tác giả Nguyễn Anh Tuấn với phần lớn bệnh nhân phục hồi nhu động ruột trong vòng 24 giờ đầu sau mổ, điều này có thể do thời gian cuộc mổ dài, phẫu thuật phức tạp và tác dụng phụ của thuốc tê, thuốc mê [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có tai biến trong phẫu thuật. Những biến chứng sớm trong thời gian nằm viện gần như không đáng kể với 12,8% và 2,1% sốt không rõ nguyên nhân. Tỷ lệ biến chứng này thấp hơn đáng kể so với tác giả Nguyễn Nguyên Khải với tỷ lệ biến chứng sau mổ là 5,8% gồm 4,3% nhiễm trùng vết mổ thành bụng, 1,4% nhiễm trùng tại đường bụng, trong các nghiên cứu của Phùng Thị Lý là 9,8% [4], Tamraka là 9,5% [5] và cũng thấp hơn nghiên cứu của Trương Đình Hải là 4,5%. Các trường hợp liệt ruột chủ yếu nhẹ, phát hiện sớm và điều trị khắc phục tốt nhờ điều trị nội khoa.

Sau mổ 2 tuần, chúng tôi ghi nhận có 4,2% nhiễm trùng niệu, 2,1% chảy máu móm cắt âm đạo. Thành phần các biến chứng có khác nhau giữa các nghiên cứu. Phùng Thị Lý cho thấy 1,23% nhiễm trùng vết mổ, 2,8% nhiễm trùng móm cắt, còn lại là tổn thương đường niệu và chảy máu thứ phát [4]. Trương Đình Hải cho kết quả 2,7% nhiễm trùng vết mổ, 1,8% tụ dịch vết mổ sau 1 tháng phẫu thuật [5]. Tamraka cho

thấy 5,8% tai biến trong mổ, 1,51% nhiễm trùng vết mổ, 0,43% chảy máu móm và 0,65% thoát vị thành bụng [5]. Tỷ lệ biến chứng khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do khác biệt về tay nghề, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, điều kiện vô trùng phòng mổ v.v

Số ngày nằm viện hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 91,5% bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ dưới 7 ngày, phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Nguyên Khải với số ngày nằm viện trung bình là $6,41 \pm 1,26$ ngày. Phần lớn bệnh nhân cần nằm viện sau mổ ≤ 7 ngày chiếm tỷ lệ 81,2% [3]. Thời gian nằm viện dài nhất là 11 ngày, gặp ở 1 trường hợp có bệnh lý nội khoa tăng huyết áp kết hợp đái tháo đường cần kéo dài thêm thời gian nằm viện để ổn định bệnh lý nội khoa. Sự khác biệt trong số ngày nằm viện bị ảnh hưởng nhiều bởi phác đồ của từng bệnh viện, tình trạng bệnh và sức khỏe của bệnh nhân cũng như điều kiện chăm sóc hậu phẫu.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung vị thời gian phẫu thuật (phút) giữa nhóm có tình trạng xơ dính và nhóm không có tình trạng xơ dính ($p = 0,03$). Nói cách khác, tình trạng xơ dính trong ổ bụng có thể làm kéo dài thời gian phẫu thuật. Trên thực tế, những trường hợp có xơ dính trong ổ bụng làm tăng độ phức tạp của cuộc mổ, qua đó làm kéo dài thời gian bóc tách và gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật CTCTP ngả bụng vẫn là một phương pháp điều trị hiệu quả và triệt để đối với UXTC, đặc biệt trong các trường hợp thất bại với các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu khác như sử dụng thuốc nội khoa, can thiệp qua nội soi hoặc phẫu thuật bóc UXTC. Với các tiến bộ trong kỹ thuật mổ và chăm sóc hậu phẫu, tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật CTCTP qua ngả bụng đã được giảm thiểu đáng kể và thời gian hồi phục của bệnh nhân tốt. Vì vậy, CTCTP qua ngả bụng vẫn là chỉ định hàng đầu trong điều trị UXTC khi các phương pháp điều trị khác không mang lại kết quả mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Thọ, Nông Hoàng Lê và Nguyễn Thị Nga (2022), "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại Khoa Phụ sản Bệnh viện TW Thái Nguyên năm 2020-2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 514(1), <https://doi.org/10.51298/vmj.v514i1.2517>.
2. Hoàng Thị Thanh Thủy và Đỗ Tuấn Đạt (2022), "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ

- tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 516(4), <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2966>.
3. **Nguyễn Nguyễn Khải** (2023), Đánh giá kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tử cung toàn phần qua ngã bụng do u xơ tử cung tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2023, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, <https://doi.org/10.51298/vmj.v523i1.4389>.
 4. **Hà Văn Huy và các cộng sự** (2023), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tử cung điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quần Y 103", Tạp chí Y học Việt Nam. 524(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i2.4698>.
 5. **Tamrakar, S. R.** (2019), "A Comparative Study Of Surgical Outcome In Different Approaches For Hysterectomy", Journal of Nepalgunj Medical College, 17, pp. 28-33. DOI: <https://doi.org/10.3126/jngmc.v17i1.25312>.
 6. **Kumara, S. K. W. R. and Hemapriya, S.** (2021), "Outcome assessment of total abdominal hysterectomy vs ascending vaginal hysterectomy", Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology, <http://doi.org/10.4038/sljog.v43i2.7995>.
 7. **He Hongying et al.** (2016). "Comparison of the short-term and long-term outcomes of laparoscopic hysterectomies and abdominal hysterectomies: a case study of 4,895 patients in the Guangxi Zhuang Autonomous Region, China", Chinese Journal of Cancer Research. 28(2), p. 187, [10.21147/j.issn.1000-9604.2016.02.06](https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2016.02.06).
 8. **Gingold, Julian A, et al.** (2019). "Perioperative interventions to minimize blood loss at the time of hysterectomy for uterine leiomyomas: a systematic review and meta-analysis", Journal of Minimally Invasive Gynecology. 26(7), pp. 1234-1252. e1, <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.04.021>.
 9. **Nagata, Hiroki, et al.** (2019), "Comparison of total laparoscopic hysterectomy with abdominal total hysterectomy in patients with benign disease: a retrospective cohort study", Yonago Acta Medica, 62(4), pp. 273-277, <https://doi.org/10.33160/yam.2019.11.002>.
 10. **Elmizzadeh, Khadijeh et al.** (2022). "Comparing the outcomes of fast-track hysterectomy and routine abdominal hysterectomy," Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 7(3), pp. 158-164, <https://doi.org/10.30699/jogcr.7.3.158>.

KẾT QUẢ LIÊN VẾT THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT U NÃO ĐÃ XẠ TRỊ

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Nguyễn Thị Cẩm Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả liền vết thương ở bệnh nhân sau phẫu thuật u não đã xạ trị. **Đối tượng, phương pháp:** Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật sọ não tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 10/2023. Bệnh nhân có tiền sử xạ trị hoặc hóa xạ trị tại sọ não (trùng vị trí dự kiến phẫu thuật). Tình trạng toàn thân tốt (Karnofsky trên 70 điểm). Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổng số 30 bệnh nhân, tuổi trung bình: 42±15,4, nhỏ nhất là 16 tuổi, cao nhất là 73 tuổi. Nam giới 14/30 bệnh nhân (47,7%), nữ giới (53,3%). Tất cả các bệnh nhân đã được chiếu xạ vùng phẫu thuật (100%), có 23/30 bệnh nhân (76,7%) bệnh nhân u thần kinh đệm ác tính tái phát, và 6/30 bệnh nhân ung thư di căn não (20%). Kết quả liền vết thương: 73,3% liền vết thương tốt, 20% chậm liền vết thương, không liền vết thương và hoại tử da (6,7%). Nhóm phẫu thuật sau xạ trị 12 tuần (chiếm 63,3%) có tỷ lệ liền vết thương tốt là 18/19 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân liền chậm vết thương. Nhóm bệnh nhân phẫu thuật ở thời điểm dưới

12 tuần sau xạ trị (chiếm 36,7%) có kết quả liền vết thương tốt là 4 bệnh nhân (13,3%), liền chậm trong 3-4 tuần (16,7%), có 2 bệnh nhân không liền vết thương do hoại tử da vùng chiếu xạ, lộ xương sọ (6,7%). **Kết luận:** thời điểm phẫu thuật trong vòng 12 tuần sau xạ trị các khối u não ảnh hưởng đến kết quả liền vết thương.

Từ khóa: u não, xạ trị, liền vết thương

SUMMARY

WOUND HEALING RESULTS IN PATIENTS AFTER BRAIN TUMOR SURGERY WHO RECEIVED RADIOTHERAPY

Objective: to evaluate the wound healing results in patients after brain tumor surgery who received radiotherapy. **Subjects and methods:** patients who underwent brain surgery at K Hospital from November 2022 to October 2023. Patients with a history of radiotherapy or chemo-radiotherapy in the brain (same location as the planned surgery). Good general condition (Karnofsky score above 70 points). Retrospective, cross-sectional study. **Results:** Total of 30 patients, mean age: 42±15.4, youngest 16 years old, oldest 73 years old. Male 14/30 patients (47.7%), female (53.3%). All patients in this study had undergone irradiation of the surgical area (100%), 23/30 patients (76.7%) had recurrent malignant glioma, and 6/30 patients with brain metastases(20%). Wound healing results: 73.3% had good, 20% had delayed wound healing, no wound

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025