

nữ, có thể gặp ở nhiều ngành nghề và có triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, nhưng triệu chứng chủ yếu nhất là đau vùng cổ gáy. Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ ở mức trung bình và số tầng đĩa đệm bệnh lý không ảnh hưởng đến tình trạng tổn thương tủy cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Radhakrishnan K., Litchy W. J., O'Fallon W. M., et al. (1994). Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain*, 117 (Pt 2): 325-35.
2. Christine H., Joshua H., Christopher K. (2016). Epidemiology and pathophysiology of cervical disc herniation. *Seminars in Spine Surgery*, 28(2): 64-7.
3. Porchet F., Metcalf N. H. (2004). Clinical outcomes with the Prestige II cervical disc: preliminary results from a prospective randomized clinical trial. *Neurosurg Focus*, 17(3): E6.
4. Yonenobu K. (2000). Cervical radiculopathy and myelopathy: when and what can surgery contribute to treatment? *Eur Spine J*, 9(1): 1-7.
5. Sampath P., Bendebba M., Davis J. D., et al. (1999). Outcome in patients with cervical radiculopathy. Prospective, multicenter study with independent clinical review. *Spine (Phila Pa 1976)*, 24(6): 591-7.
6. Hoàng Gia Du, Nguyễn Văn Trung (2024). Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt lồng trước tại Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí YHVN, Số 2, 38-42.
7. Bernardo K. L., Grubb R. L., Coxe W. S., et al. (1988). Anterior cervical disc herniation. Case report. *J Neurosurg*, 69(1): 134-6.
8. Maldonado C. V., Paz R. D., Martin C. B. (2011). Adjacent-level degeneration after cervical disc arthroplasty versus fusion. *Eur Spine J*, 20 Suppl 3(Suppl 3): 403-7.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Trương Quang Vinh¹, Nguyễn Tuấn Minh², Nguyễn Phạm Tiến Đạt²,
Tăng Văn Dũng³, Đặng Thị Hương⁴, Vũ Thị Huệ⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét Kết quả phẫu thuật u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản Nam Định. **Đối tượng nghiên cứu:** 365 phụ nữ được chẩn đoán là u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1/1/2018 đến 31/12/2019. Có giải phẫu bệnh là u buồng trứng. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả. Kết quả: Mổ kế hoạch là chủ yếu (89,3%). Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%). Tỷ lệ cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%. Theo kích thước u buồng trứng, xử trí u không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mô bệnh học cho thấy chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và ung thư BT chiếm 0,4%. Kết luận: U BT mổ kế hoạch là chủ yếu (89,3%). Kích thước U ở nhóm PTNS cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Theo kích thước u buồng trứng, xử trí u

không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Từ khóa: Phẫu thuật, u buồng trứng,

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN TUMOR AT NAM DINH OBSTETRICS HOSPITAL

Objectives: Review the surgical results of ovarian tumor at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive study included 365 women diagnosed with ovarian tumors underwent surgery at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2018 to December 31, 2019. The histopathological results were ovarian tumors. **Results:** Surgery is mainly planned (89.3%). The average ovarian tumor size in the laparoscopic surgery group was 6.87cm, smaller than that in the open surgery group (8.18cm), and the difference was statistically significant with $p < 0.0001$. The group with tumors larger than 10 cm had the lowest rate of laparoscopic surgery (58.7%). The rate of bilateral adnexectomy was highest in the group over 45 years old, accounting for 67.1%. According to ovarian tumor size, tumor treatment had no statistically significant difference with $p > 0.05$. The main histopathological results were ovarian cystic neoplasm (68.5%), followed by ovarian dermoid cyst (22.7%) and ovarian cancer (0.4%). **Conclusions:** Ovarian tumors were mainly operated on as planned (89.3%). Tumor size in the laparoscopic surgery group was smaller than that in the open surgery group, the difference was statistically significant with $p < 0.0001$. According to ovarian tumor size, tumor treatment had

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Phụ sản Nam Định

⁵Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quang Vinh

Email: dr.vinh1277@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

no statistically significant difference with $p > 0.05$.

Key word: surgery, ovarian tumor, laparoscopy surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Buồng trứng là tuyến sinh dục nữ được hình thành ngay từ thời kỳ bào thai, trong quá trình biệt hóa và phát triển, nó có thể phát sinh những rối loạn và biểu hiện bệnh lý, trong đó hay gặp nhất là khối u buồng trứng. Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào từ trẻ em chưa thấy kinh đến người già sau mãn kinh. Chẩn đoán u buồng trứng hiện nay không còn là khó khăn nhờ có thăm khám định kỳ, siêu âm với sự tiến bộ vượt bậc của trang thiết bị cũng như kinh nghiệm của các bác sĩ, tuy nhiên xử trí những u buồng trứng như thế nào cho đúng, trường hợp nào phải can thiệp, trường hợp nào cần theo dõi. Với những u buồng trứng cần mổ, chọn phương pháp phẫu thuật nào? phù hợp những đối tượng khác nhau, vừa an toàn vừa đảm bảo chức năng sinh sản cũng như chức năng nội tiết của người phụ nữ, đảm bảo thẩm mỹ cũng như không bỏ sót tổn thương nhất là ung thư buồng trứng.

Tại bệnh viện phụ sản Nam Định, u nang buồng trứng được phẫu thuật phẫu thuật nhiều năm nay, kết quả phẫu thuật như thế nào cần có câu trả lời nhằm rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản Nam Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 365 phụ nữ được chẩn đoán là u buồng trứng được phẫu thuật tại

Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1/1/2018 đến 31/12/2019. Có giải phẫu bệnh là u buồng trứng.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả,

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thời điểm mổ

Bảng 3.1. Thời điểm chỉ định mổ

Hoàn cảnh chỉ định mổ		Mổ mở	Mổ nội soi	Chung
Mổ cấp cứu	xoắn	5(12,8%)	29(87,9%)	34(8,4%)
	chảy máu	0(0%)	5(100%)	5(2,3%)
Mổ kế hoạch		64(19,6%)	262(80,4%)	326(89,3%)
Tổng số		69(18,9%)	296(81,1%)	365(100,0%)

Nhận xét: Mổ kế hoạch là chủ yếu (chiếm 89,3%), mổ cấp cứu có 10,7%.

3.2. Phân bố phương pháp mổ theo kích thước u

Bảng 3.1. Phân bố phương pháp mổ theo kích thước U

Kích thước U	Phương pháp mổ		P
	PTMM	PTNS	
<5 cm	8(13,3%)	52(86,7%)	<0,0001
5-10 cm	42(16,2%)	217(83,8%)	
>10 cm	19(41,3%)	27(58,7%)	
Mean $\pm$ SD	8,18 $\pm$ 3,2	6,87 $\pm$ 2,38	

Nhận xét: Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Tỷ lệ PTNS ở nhóm có kích thước sỏi <5 cm cao nhất chiếm 86,7%, tiếp đến là nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm chiếm 83,8% mổ nội soi, nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%).

3.3. Phân bố phương pháp xử trí khối UBT theo tuổi

Bảng 3.2. Phân bố phương pháp xử trí UBT theo tuổi

Phương pháp xử trí	Nhóm tuổi			Chung	P
	<20 tuổi	20-45 tuổi	>45 tuổi		
Cắt buồng trứng	0(0%)	55(84,6%)	10(15,4%)	65(17,8%)	<0,0001
Bóc U	8(5,8%)	125(89,9%)	6(4,3%)	139(38,1%)	
Cắt 2 phần phụ	0(0%)	53(32,9%)	108(67,1%)	161(44,1%)	

Nhận xét: Phương pháp xử trí UBT chiếm tỷ lệ cao nhất là cắt 2 phần phụ, tiếp đến là bóc U và thấp nhất là cắt buồng trứng; Tỷ lệ cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%, thấp nhất ở nhóm dưới 20 tuổi (0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.4. Phân bố phương pháp xử trí khối UBT theo kích thước u

Bảng 3.4. Phân bố phương pháp xử trí UBT theo kích thước U

PPXT	Kích thước(cm)		<5 cm		5-10 cm		>10 cm		P
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Cắt buồng trứng	12	20,0	40	15,4	13	28,3			0,088
Bóc U	28	46,7	98	37,8	13	28,3			
Cắt 2 phần phụ	20	33,3	121	46,7	20	43,5			
Tổng số	60	100,0	259	100,0	46	100,0			

Nhận xét: Ở nhóm có kích thước U dưới 5 cm thì phương pháp xử trí chủ yếu là Bóc U chiếm 46,7%; đối với nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm và nhóm trên 10 cm thì phương pháp xử trí chủ yếu là cắt 2 phần phụ; tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.5. Kết quả mô bệnh học

Bảng 3.5. Kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
U nang nước	250	68,5
U nang nhầy	13	3,5
U nang bì	83	22,7
UNLNMTCT	18	4,9
UTBT	1	0,4
Tổng số	365	100,0

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học cho thấy chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%.

3.6. Tai biến, biến chứng và điều trị sau mổ. Có 2 trường hợp ở nhóm mổ mở sốt; có 02 trường hợp tụ máu thành bụng trong nhóm PTNS.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời điểm chỉ định mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mổ kế hoạch là chủ yếu (chiếm 89,3%), mổ cấp cứu chỉ có 10,7%.

Khối u buồng trứng chỉ trở thành bệnh cảnh cấp cứu khi có các biến chứng xoắn u, vỡ u, vì vậy tỷ lệ phải chỉ định cấp cứu sẽ thấp hơn so với phẫu thuật kế hoạch.

Lợi thế của các trường hợp phẫu thuật theo kế hoạch là bệnh nhân được khám xét, làm các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng một cách đầy đủ hơn, được hội chẩn thông qua 1 hội đồng duyệt mổ, được lên lịch mổ theo kế hoạch, vì vậy công tác chăm sóc và chuẩn bị trước mổ sẽ tốt hơn so với phẫu thuật cấp cứu. Chính vì vậy, trong thực hành lâm sàng, người thầy thuốc luôn tôn trọng đúng thực tế bệnh cảnh của bệnh nhân để lựa chọn phương thức phẫu thuật tốt nhất.

4.2. Phân bố phương pháp mổ theo kích thước u. Kích thước u ở nhóm phẫu thuật nội soi là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm phẫu thuật mổ mở là 8,18 cm. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi ở nhóm có kích thước $u < 5$ cm cao nhất chiếm 86,7%, kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%). Ở nhóm người bệnh có kích thước u buồng trứng trên 10 cm thì tỷ lệ mổ nội soi và mổ mở không cách biệt nhau nhiều. Mổ nội soi chiếm 58,7% và mổ mở chiếm 41,3%. Điều này cho thấy mặc dù ở bệnh viện phụ sản Nam Định mới phát triển kỹ thuật mổ nội soi chưa lâu nhưng các bác sĩ đã và đang nỗ lực để mổ nội soi những ca u buồng trứng có kích thước

lớn trên 10 cm. Đây là một điều rất đáng khích lệ và phát huy, tuy nhiên vẫn luôn phải đảm bảo tiêu chí an toàn cho người bệnh là số một.

Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Minh¹ năm 2023 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, với các khối u lành tính chủ yếu là mô nội soi (90,6%), không phụ thuộc vào kích thước u, những trường hợp ác tính hầu hết mổ mở. Theo Nguyễn Bình An² số u nang buồng trứng có kích thước trên 10 cm được phẫu thuật là 21 (chiếm 10,5%). Nhiều nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng có kích thước lớn cho kết quả khả quan.

4.3. Phân bố phương pháp xử trí u buồng trứng theo tuổi. Dưới 45 tuổi, tỷ lệ mổ bóc u cao nhất (chiếm 95,7%) còn nhóm trên 45 tuổi tỷ lệ mổ bóc u chỉ chiếm 4,3%.

Điều này cho thấy ở lứa tuổi trẻ (dưới 45 tuổi) thì mổ bóc u được lựa chọn nhiều hơn nhằm bảo tồn phần buồng trứng lành, đảm bảo nhu cầu sinh đẻ cũng như nội tiết của người bệnh.

Tỷ lệ cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi (chiếm 67,1%). Thường trong quá trình mổ chúng tôi nhận thấy đây là những trường hợp khi kiểm tra buồng trứng còn lại thấy bị teo hoặc nang hóa, nếu để lại có thể có nguy cơ lại tạo u buồng trứng nên đã lựa chọn cắt luôn phần phụ bên đối diện. Đây là nhóm người bệnh không còn nhu cầu sinh đẻ nữa tuy nhiên vẫn cần duy trì nội tiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống. Những người bệnh này sau mổ cần được tư vấn những vấn đề về suy giảm nội tiết, các yếu tố nguy cơ và có thể đặt ra các phương án dùng hormone thay thế cho người bệnh.

Tỷ lệ cắt buồng trứng ở nhóm người bệnh 20 đến 45 tuổi cũng khá cao (chiếm 84,6%). Đây là những trường hợp có khối u quá to hoặc lạc nội mạc, phẫu thuật viên đánh giá phần lành của buồng trứng còn lại không đáng kể hoặc những trường hợp nếu cố bóc sẽ gây khó khăn trong khâu cầm máu... và kiểm tra buồng trứng còn lại vẫn tốt thì lựa chọn cắt buồng trứng để đảm bảo an toàn cho cuộc mổ, tránh tỷ lệ tái phát u sau mổ cho người bệnh.

Tỷ lệ cắt 2 phần phụ ở nhóm tuổi 20 đến 45 tuổi chiếm 32,9% là một tỷ lệ khá cao. Đây là nhóm đang trong độ tuổi hoạt động sinh sản, cần phê phán làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của người phụ nữ.

4.4. Phân bố phương pháp xử trí u buồng trứng theo kích thước u. Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 3.18 chúng tôi thấy với nhóm người bệnh có kích thước khối u buồng trứng dưới 5 cm thì phương pháp xử trí bóc u chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%. Ở nhóm có kích thước 5-10 cm, và trên 10 cm thì phương pháp xử trí cắt 2 phần phụ

chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 46,7% và 43,5%.

Như vậy với khối u có kích thước bé dưới 5 cm thì bóc u được ưu tiên hơn vì dễ thực hiện hơn. Tỷ lệ cắt buồng trứng ở nhóm bệnh nhân có khối u nang kích thước từ 5 cm trở lên cao hơn nhóm bệnh nhân có kích thước u nang buồng trứng dưới 5 cm.

Chúng tôi nhận thấy rằng trong những trường hợp u có kích thước to nếu bóc u có nguy cơ chảy máu cao và mất nhiều thời gian nhưng nếu cắt buồng trứng sẽ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, có một giải pháp đó là chúng ta có thể cắt đi một phần buồng trứng có u và giữ lại một phần buồng trứng lành còn lại.

Như vậy qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi thấy kích thước u là một yếu tố quan trọng cần xem xét để người phẫu thuật viên sẽ đưa ra phương pháp xử trí khối u sao cho có lợi nhất cho người bệnh.

4.5. Kết quả mô bệnh học. Kết quả mô bệnh học cho thấy chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và thấp nhất là UTBT chiếm 0,4%.

Theo nghiên cứu của tác giả Marek Nowak và cộng sự năm 2002 trên 326 bệnh nhân có khối u buồng trứng độ tuổi từ 18 đến 39 tuổi cho thấy có 18,4% xác định khối u ác tính, 2,1% khối u nghi ngờ và 79,5% là u lành tính³.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Len cũng cho thấy tỉ lệ u nang nước chiếm cao nhất (47,0%) tiếp đến là u bì chiếm 33,0%⁴

Phạm Huy Hiền Hào, Phùng Văn Huệ trên 112 bệnh nhân u buồng trứng lành tính cho kết quả giải phẫu bệnh có 27,0% u nang thanh dịch, 12,6-14,4% là u nang nhầy, 11,7-20,7% là u nang bì⁵. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Trần Thanh Hồng tỉ lệ U nang bì lại nhiều nhất chiếm 73,8%⁶. Theo Tăng Văn Dũng 2024⁷, nghiên cứu về phẫu thuật u biểu mô buồng trứng cho thấy phương pháp phẫu thuật chủ yếu phụ thuộc và tuổi và tính chất khối u.

Trong số 365 ca mổ u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản Nam Định có 1 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh là ung thư buồng trứng. Đây là một bệnh nhân nữ 52 tuổi, được chẩn đoán trước mổ là U buồng trứng trái, siêu âm trước mổ mô tả phần phụ trái có một khối giảm âm kích thước 4,1cm. Bệnh nhân này không được làm xét nghiệm CA 125 trước mổ. Bệnh nhân đã được chỉ định mổ nội soi cắt phần phụ 2 bên. Khi phẫu thuật, do thành bụng quá dày, trocar 10 không vào được thành bụng, bệnh nhân đã được chuyển mổ mở. Khi vào bụng quan sát thấy khối u buồng trứng trái dính chặt vào thành chậu và

cùng đồ sau, tổ chức khối u mủ nát không quan sát được đường đi của niệu quản trái. Bệnh nhân nghi ngờ ung thư buồng trứng trái, đã cắt phần phụ 2 bên, giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư thanh dịch buồng trứng trái. Qua trường hợp này, nhận thấy cần phải thăm khám bệnh nhân thật kỹ trước mổ, tránh bỏ sót những tổn thương ung thư.

4.6. Các tai biến và biến chứng. Chỉ có 2 trường hợp sốt ở phẫu thuật mổ mở và 2 trường hợp tụ máu thành bụng trong mổ nội soi. Những bệnh nhân này theo dõi và ổn định nhanh.

Phẫu thuật u buồng trứng có thể có tai biến chảy máu, tổn thương hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa, tai biến do bơm hơi, bỏ sót ung thư gây lan tràn vào ổ bụng khi không được chẩn đoán trước và trong mổ...ảnh hưởng đến việc cân nhắc chỉ định phương pháp phẫu thuật cho các bệnh nhân⁸.

Theo nghiên cứu của Trần Thị Hà năm 2015 trên 124 trường hợp u nang buồng trứng được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương Huế cho thấy có 0,85% có biến chứng tràn khí dưới da⁹. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hải cho thấy hầu hết phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng không có biến chứng, chỉ có 2,8% có biến chứng chảy máu, 1,7% tràn khí¹⁰.

Như vậy chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng mổ nội soi u nang buồng trứng không cao nhưng vẫn gặp và đôi khi lại là những tai biến để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh. Để hạn chế những tai biến và biến chứng không đáng có, phẫu thuật viên cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân trước mổ, tiên lượng được những khó khăn trong từng ca bệnh, để có những cách xử trí thận trọng, an toàn, thuận lợi cho ca mổ thành công.

V. KẾT LUẬN

Mổ kế hoạch là chủ yếu (89,3%). Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%). Tỷ lệ cắt 2 phần phụ cao nhất ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%.

Theo kích thước u buồng trứng, xử trí u không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mô bệnh học cho thấy chủ yếu là U nang nước (68,5%), tiếp đến là U nang bì (22,7%) và ung thư BT chiếm 0,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Minh, Đỗ Tuấn Đạt, Đặng Thị Minh Nguyệt. Kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - Tạp chí Y học Việt Nam, Tháng 7 số 2 năm 2023

2. **Nguyễn Bình An.** Nhận xét về kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương từ trong 6 tháng đầu năm 2008. 2008. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Marek Nowak, Marian Szpakowski, Andrzej Malinowski et al.** Ovarian tumors in the reproductive age group. Ginekologia polska. 2002. 73(4):354-358.
4. **Trần Thị Len.** Nhận xét chẩn đoán và kết quả phẫu thuật u buồng trứng lành tính tại bệnh viện đại học Y Thái Bình. 2016. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Phạm Huy Hiền Hào, Phùng Văn Huệ.** Phẫu thuật nội soi trong điều trị u buồng trứng lành tính tại bệnh viện 198. Hội nghị sản phụ khoa Việt - Pháp. Hà Nội 2014:43.
4. **Trần Thanh Hồng.** Nghiên cứu phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh. 2019. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Tăng Văn Dũng, Trần Minh Hiếu.** Kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương - Tạp chí Y học Việt Nam, Tháng 6 số 1B năm 2024
6. **Nguyễn Hải Linh, Vũ Bá Quyết.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật các khối u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 1-2012 đến 12-2012. Trường Đại học Y Hà Nội. 2014.
7. **Trần Thị Ngọc Hà, Lê Minh Toàn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại bệnh viện Trung Ương Huế năm 2014-2015. Tạp chí y học Việt Nam. 2015.
8. **Nguyễn Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi khối u buồng trứng tại bệnh viện Sản - Nhi Bắc Giang. 2016. Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.

PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TẬN GỐC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TỪNG BƯỚC ĐỂ CẢI THIỆN KỸ NĂNG, KINH NGHIỆM QUA 25 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Hoàng Luông¹, Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá và phân tích kinh nghiệm phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận, quy trình kỹ thuật từng bước để cải thiện kỹ năng cho các phẫu thuật viên tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận đặc chẩn đoán bằng CT scan hoặc MRI hệ niệu tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc từ 12/2023 đến 10/2024 theo đúng quy trình kỹ thuật. **Kết quả:** Ghi nhận 25 bệnh nhân (14 nam, 11 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1, trung bình 59,5 tuổi; từ 35 đến 70) được điều trị cắt thận tận gốc bằng phẫu thuật robot. Bướu thận vị trí bên trái là 13 trường hợp (52%), bên phải là 12 (48%). Kích thước bướu thận là 74 ± 39 mm, trong đó có 5 trường hợp giai đoạn cT₁N₀M₀ (20%), 18 trường hợp giai đoạn cT₂N₀₋₁M₀ (72%), 2 trường hợp giai đoạn cT_{3a}N₀M₀ (8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 132 phút. Lượng máu mất ước lượng 88ml. Trường hợp cần truyền máu 0 trường hợp. Biến chứng chính (Clavien $\geq$ 3) không có. Thời gian nằm viện 2,9 ngày. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật của 25 trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận gồm: 18 trường hợp là loại tế bào sáng (72%), 5 là dạng nhú (20%) và 2 tế bào kỳ màu (chromophobe, chiếm 4%). **Kết luận:** Nghiên

cứu này bao gồm 25 bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tế bào thận khu trú, bao gồm cả những trường hợp có chồi bướu trong tĩnh mạch thận, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện trong khoảng thời gian phẫu thuật chấp nhận được, khả thi và an toàn mà không có biến chứng đáng kể.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào thận, cắt thận tận gốc, phẫu thuật robot cắt bướu thận.

SUMMARY

ROBOT - ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY IN THE TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA: OUR STEP-BY-STEP TECHNICAL TO IMPROVE SURGEON SKILLS, EXPERIENCE THROUGH 25 CASES AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: To evaluate and analyze the experience of robot - assisted radical nephrectomy in the treatment of renal cell carcinoma, step - by - step technical procedures to improve the skills of surgeons at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** Our study describe a series of cases, we selected all patients with solid kidney tumors diagnosed by CT scan or MRI of the urinary system at Binh Dan Hospital who underwent robot - assisted radical nephrectomy from December 2023 to October 2024 according to step - by - step technical procedures. **Results:** Recorded 25 patients (14 men, 11 women, male/female ratio: 1.3/1, average age 59.5 years; range from 35 to 70) underwent robot - assisted radical nephrectomy. Kidney tumors were located on the left side in 13 cases (52%), on the right side in 12 cases (48%). The size of the kidney tumor is 74 ± 39 mm, including 5 cases of stage cT₁N₀M₀ (20%), 18

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông
Email: 22.05.104.02@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025
Ngày duyệt bài: 7.3.2025