

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM U BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Trần Thị Thu Hương¹, Lê Trí Tiến Thành²,
Đào Thị Hoa³, Nguyễn Tuấn Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng nghiên cứu:** 147 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2022 – tháng 12 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** U buồng trứng lành tính thường ở độ tuổi sinh sản. Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa, đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo. u chủ yếu là lành tính (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trên siêu âm. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn, chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. **Từ khóa:** U buồng trứng, lâm sàng, cận lâm sàng, lành tính.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BENIGN OVARIAN TUMORS WHO UNDERWENT LAPAROSCOPIC SURGERY AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To describe certain clinical and paraclinical characteristics of patients with benign ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery at Thanh Nhan Hospital. **Study population:** A total of 147 patients with ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery at Thanh Nhan Hospital from January 2022 to December 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** Benign ovarian tumors were most common in reproductive-age women. The clinical symptoms of benign ovarian tumors were often nonspecific, with most cases detected during gynecological examinations. Abdominal pain and menstrual disorders were the next

most frequent reasons for diagnosis. The tumors were predominantly mobile (83.7%) with well-defined margins (82.3%). Cases with papillary projections or septations accounted for the lowest proportion (11.6%) on ultrasound. The average tumor size was 6.6 cm, with the largest measuring 15.1 cm and the smallest 3.0 cm. Most tumors (80.3%) were between 5–10 cm in size. The mean concentrations of CA 125 and HE4 were within normal limits. **Conclusion:** The clinical symptoms of benign ovarian tumors are often nonspecific and are primarily detected during gynecological examinations. Most tumors were between 5–10 cm in size (80.3%), and the mean concentrations of CA 125 and HE4 were within normal limits. **Keywords:** Ovarian cyst benign, clinical, paraclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng lành tính là loại hay gặp nhất và cũng chiếm tỉ lệ cao nhất trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng. U buồng trứng lành tính triệu chứng rất nghèo nàn.

Các khối u buồng trứng được phân loại dựa theo nguồn gốc của chúng, khả năng tăng sinh, mức độ biệt hoá tế bào và có hay không sự xâm lấn cơ quan, u buồng trứng có thể được phân ra làm: u buồng trứng lành tính, u buồng trứng giáp biên, ung thư buồng trứng.¹

Hiện nay với sự phát triển của khoa học công nghệ vào chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, MRI, CT scanner thì để chẩn đoán u nang buồng trứng thường không khó. Điều quan trọng là phải xác định được đó là nang cơ năng hay thực thể. Nếu là nang cơ năng thì cần theo dõi và chỉ can thiệp khi có biến chứng, còn nếu là u thực thể cần xác định là u lành tính, hay ung thư để từ đó sẽ có hướng xử trí thích hợp, tránh việc bỏ sót tổn thương nhất là trong trường hợp ung thư buồng trứng. Vì vậy nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm bệnh nhân u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 147 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật nội soi Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2022 – tháng 12 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sau.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được khám, siêu âm chẩn đoán

¹Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Thanh Nhàn

³Bệnh viện Phụ Sản trung ương

⁴Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

U buồng trứng tại bệnh viện Thanh Nhàn.

- Phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn.
- Kết quả giải phẫu bệnh là: U buồng trứng lành tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu
- + Thời gian: từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.
- + Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Sản Bệnh viện Thanh Nhàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi của đối tượng trong nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi

Tuổi	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 19	3	2,1
20 – 29	48	32,6
30-39	59	40,2
40-49	29	19,7
≥ 50	8	5,4
$\bar{X} \pm SD$	34,9 ± 9,1	
Min-Max	17-55	
Tổng	147	100,0

Nhận xét: - Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,9; độ tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 55

- Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-39; tiếp đến là 20-29. Nhóm ≤ 19 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp.

3.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Hoàn cảnh	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Khám định kỳ	50	34,0
Đau bụng	39	26,5
Rối loạn kinh nguyệt	26	17,7
Tự đi siêu âm	25	17,0
Tự sờ thấy u	7	4,8
Tổng	147	100,0

Nhận xét: Không có triệu chứng, chỉ biết u khi khám định kỳ rất cao. Đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mật độ u	Mềm	88	59,9
	Chắc	59	40,1
Di động u	Dễ	123	83,7
	Hạn chế	6	4,1
	Không di động	18	12,2
Ranh giới u	Rõ	121	82,3
	Không rõ	26	17,7
Khám khối u đau	Đau	113	76,9
	Không đau	34	23,1
Phản ứng	Có	15	10,2

thành bụng	Không	132	89,8
Tổng		147	100,0

Nhận xét: U BT chủ yếu là dễ di động (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); khám đau tức nhẹ (76,9%) và không có phản ứng thành bụng (89,8%). Kết quả siêu âm

Bảng 4. Kết quả siêu âm

Đặc điểm		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Âm vang trên siêu âm	Tăng âm	37	18.4
	Trống âm	31	21.1
	Giảm âm	19	19.7
	Hỗn hợp âm	43	29.3
	Có vách/nhú	17	11.6
Vị trí u	Trái	68	46,3
	Phải	60	40,8
	2 bên	19	12,9
Số lượng u	1	126	85,7
	≥ 2	21	14,3
Kích thước u	< 5cm	21	14,3
	5-10 cm	118	80,3
	>10cm	8	5,4
	X±SD (Min-max)	6,6 ± 1,9 (3,0-15,1)	
Tổng số		147	100,0

Nhận xét: - Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6%.

- Đa số trường hợp u ở 1 bên buồng trứng, tỷ lệ u ở mỗi bên xấp xỉ tương đương nhau. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%).

3.3. Chất chỉ điểm khối u

Bảng 3.5. Chất chỉ điểm khối u

Chất chỉ điểm khối u		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
CA 125	<35	123	83,7
	≥ 35	24	16,3
	X ± SD (Min-max)	23,6 ± 11,7 (5,0-57,2)	
HE4	<70	131	89,1
	≥ 70	16	10,9
	X ± SD (Min-max)	52,2 ± 14,6 (12,1-80,4)	
Tổng		147	100,0

Nhận xét: Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. Đa số trường hợp có nồng độ CA 125 <35 UI/ml (83,7%) và HE4 < 70 pmol/l (89,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 34,9. độ tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 55, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-39 (40,2%); tiếp đến là 20-29 (32,6%). Nhóm ≤ 19 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp với 2,1% trường hợp. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy xu hướng độ tuổi của nhóm nghiên cứu tập trung từ 18-45, kết quả này tương đồng với đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước về phẫu

thuật nội soi u buồng trứng lành tính. Nghiên cứu dịch tễ cho thấy tỷ lệ hiện hành của u nang buồng trứng từ 14-18% ở nhóm tiền mãn kinh, và khoảng 7% ở nhóm đang ở độ tuổi sinh đẻ.²

Độ tuổi trung bình và nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với các tác giả khác. Nguyễn Thị Hồng và cs báo cáo nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-39 (38,2%). nhóm tuổi từ 20-29 chiếm 31,1%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $37,02 \pm 12,6$. Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 12 và cao nhất 78 tuổi.³ Trần Thị Len và cs cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 37,7; và nhóm tuổi từ 20-49 chiếm 81,0%.⁴ Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Minh (2023).⁵

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Đau bụng cấp chiếm 5–10% trong số tất cả các khối u quái thai trưởng thành và thường do xoắn buồng trứng gây ra. Bệnh nhân cũng có thể bị buồn nôn, nôn, sốt và chảy máu bất thường.⁶ Triệu chứng đau thường ở mức độ trung bình-nhiều, và thường xảy ra do biến chứng vỡ u hoặc xoắn vặn buồng trứng. Các triệu chứng này xuất hiện nhanh chóng, mới xuất hiện và dai dẳng.⁷ Khi các triệu chứng này xuất hiện, bất kỳ 1 triệu chứng nào xuất hiện hơn 12 ngày mỗi tháng trong tối đa 1 năm đều có liên quan đến ung thư buồng trứng với độ nhạy 56,7% đối với bệnh ở giai đoạn đầu, độ nhạy 79,5% đối với bệnh ở giai đoạn muộn. Xét về độ tuổi, độ đặc hiệu 90% đối với phụ nữ trên 50 tuổi và độ đặc hiệu 86,7% đối với phụ nữ dưới 50 tuổi.⁸ Mặc dù khám thực thể có độ nhạy thấp trong việc phát hiện khối u phụ, nhưng nó có thể cung cấp một số tiêu chí để phân biệt giữa các tổn thương lành tính và ác tính.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cao nhất phát hiện bệnh là khám phụ khoa định kỳ (34,0%), tiếp đến là các dấu hiệu như đau bụng và rối loạn kinh nguyệt (lần lượt chiếm 26,5% và 17,7%). Các dấu hiệu khác như cảm giác căng tức vùng bụng, sờ thấy khối hạ vị, đau khi quan hệ... chiếm khoảng 1/5 nhóm nghiên cứu. Bên cạnh đó, các khối u phần phụ thường không có dấu hiệu gì rõ rệt do đó hoàn cảnh phát hiện tình cờ trở nên thường gặp là điều dễ hiểu. Đau bụng là dấu hiệu chủ quan của người bệnh, nguyên nhân gây đau có thể do u làm giãn dây chằng rộng, u to gây chèn ép, thiếu máu trong u, cũng có thể là triệu chứng các tạng khác trong ổ bụng. Phần lớn đau âm ỉ không thường xuyên ở vùng hạ vị. Các triệu chứng như căng tức hay sờ thấy khối thường xuất hiện ở những trường hợp u lớn, nên tần suất không thường gặp. Khám thực thể cho thấy tính chất

khối u của nhóm nghiên cứu chủ yếu là dễ di động; ranh giới rõ, những đặc điểm này phù hợp với GPB sau mổ là u lành tính. Đau bụng ít là dấu hiệu cơ năng nổi trội, tuy nhiên khám thực thể có đến 76,9% bệnh nhân có triệu chứng đau tức nhẹ vùng khối u, Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cs ghi nhận hoàn cảnh phát hiện ra khối u trong nghiên cứu chủ yếu là do đau tức bụng dưới và khi đi khám chiếm tỷ lệ lần lượt là 53,8% và 43,7%. Hoàn cảnh phát hiện do rối loạn kinh nguyệt (1,7%) và siêu âm (0,8%).³ Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Len, khi ghi nhận đau bụng hoặc tức bụng dưới chiếm tỷ lệ 47%, sau đó là bệnh nhân tự đi khám phụ khoa 29%, siêu âm phát hiện ra khối u nang buồng trứng 7,5%.⁴ Trong khi đó, tác giả Nguyễn Văn Tuấn cho kết quả khá tương đồng với chúng tôi, với có 37,2% bệnh nhân phát hiện u tình cờ khi đi khám, đau tức bụng dưới ở 29,44%; rối loạn kinh nguyệt và siêu âm là 11,67% và 21,67%.⁹

4.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm. Siêu âm qua ngã âm đạo là phương pháp hiệu quả nhất để đánh giá khối u buồng trứng.³ Ưu điểm nổi bật của siêu âm là một thăm dò không xâm nhập, giá thành thấp, để thực hiện nên siêu âm phổ biến ở nhiều tuyến y tế, thuận lợi cho sự tiếp cận của người dân trong việc khám sức khỏe. Để đánh giá các đặc điểm mạch máu của các tổn thương ở khung chậu, siêu âm Doppler màu có thể hữu ích.⁴ Các khía cạnh hình thái hiện diện trên SA qua âm đạo gợi ý tình trạng ác tính là (1) thành và vách ngăn không đều và dày; (2) các phần nhô ra của nhú; (3) tổn thương đặc; (4) độ hồi âm vừa phải khi siêu âm.

Các phát hiện Doppler màu cải thiện đánh giá hình thái về nguy cơ ung thư buồng trứng có thể hữu ích. Trong nghiên cứu này, ghi nhận hỗn âm và trống âm là các đặc điểm thường gặp nhất trên siêu âm. Tiếp đến là giảm âm và tăng âm. Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trường hợp. Tùy vào tỷ lệ các dạng GPB trong quần thể nghiên cứu mà tỷ lệ các đặc điểm tính chất hồi âm cũng thay đổi. Với các dạng u nang bì sẽ thường có phần hỗn âm, thậm chí có các thành phần tăng âm, phần âm khi có các cấu trúc vôi hóa. Có thể ghi nhận dạng mức dịch-dịch, với cấu trúc âm của lớp dịch phía trên dạng bã nhờn sẽ phân tách rõ với cấu trúc thanh dịch ở dưới. Các u thanh dịch, u nang nước có thể biểu hiện dạng trống âm. Các dạng tăng âm có thể quan sát nhiều ở 1 phần u nang bì hoặc u lạc nội mạc.¹⁰

Nghiên cứu của Trần Thị Len cũng cho tỷ lệ

tương tự; hình ảnh âm vang chủ yếu là trống âm giảm âm với tỷ lệ 40,5%; hỗn hợp âm 32%; tăng âm 17,5%; có vách, có nhú 10%.⁴ Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn cho tỷ lệ tương đối khác một chút, khi ghi nhận khối u có tính chất phản âm hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 37,78%, khối u có tính chất trống âm và giảm âm có tỉ lệ là 21,67% và 29,44%, có tính chất tăng âm chiếm 9,0%, còn lại buồng trứng có vách nhú chiếm 6,11%. Tuy có sự khác biệt đôi chút về tỷ lệ các đặc tính giảm, trống âm/tăng âm, tuy nhiên kết quả trong các nghiên cứu đều đồng thuận rằng tỷ lệ u dạng nhú vách và tăng âm trên siêu âm trước PT là thấp nhất, do đây là các đặc tính của khối u ác tính hơn là lành tính.

- Đặc điểm về chất chỉ điểm khối u.

Glycoprotein xuyên màng CA125 tăng cao trong 80% ung thư biểu mô buồng trứng, đặc biệt là ở các khối u tiến triển. Dấu ấn khối u này được sử dụng nhiều nhất để phân biệt các khối phần phụ lành tính và ác tính. Tỷ lệ nhạy cảm của CA125 trong việc phân biệt tình trạng lành tính và ác tính dao động từ 61% đến 90%. Tỷ lệ đặc hiệu dao động từ 71% đến 93%. Giá trị tiên đoán dương và âm lần lượt nằm trong khoảng từ 35% đến 91% và 67% đến 90%. CA125 tăng ở ít hơn một nửa số phụ nữ mắc ung thư biểu mô buồng trứng ban đầu và có thể tăng ở những phụ nữ mắc các bệnh tiền mãn kinh lành tính, bao gồm các tình trạng sinh lý, lạc nội mạc tử cung, mang thai và kinh nguyệt.⁹ trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận nồng độ CA 125 trung bình trước PT là 23,6 UI/ml, đa số trường hợp có nồng độ CA125 < 35UI/ml (83,7%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (83,2% trường hợp CA125 < 35UI/ml).³

Ngoài CA 125, HE4 cũng là 1 marker được sử dụng phổ biến để đánh giá mức độ ác tính của 1 khối u buồng trứng, cũng như chẩn đoán phân biệt trước mổ trong một số trường hợp. HE4 rất hữu ích trong việc phân biệt các khối u phần phụ với CA 125 tăng cao và gợi ý lạc nội mạc tử cung, vì nó không trải qua những thay đổi lớn trong tình trạng sau. HE4 là một loại protein liên quan đến sự trưởng thành của tinh trùng, tăng lên trong một số loại khối u ác tính ở buồng trứng và đã được sử dụng trong chẩn đoán phân biệt các khối u ở phần phụ. Ngoài các khối u ác tính, các yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến nồng độ HE4 trong huyết thanh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng đánh giá nồng độ HE4 trước PT của nhóm bệnh nhân. Kết quả cho thấy tương tự CA 125, nồng độ HE4 trung bình nằm trong giới hạn bình thường (52,2) với

89,1% trường hợp có nồng độ <70 pmol/l.

V. KẾT LUẬN

U buồng trứng lành tính thường ở độ tuổi sinh sản. Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa, đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo. u chủ yếu là dễ di động (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trên siêu âm. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology.** Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. Obstet Gynecol. 2016;128(5):e210-e226. doi:10.1097/AOG.0000000000001768
2. **Mimoun C, Fritel X, Fauconnier A, Deffieux X, Dumont A, Huchon C.** [Epidemiology of presumed benign ovarian tumors.]. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. 2013;42.
3. **Nguyễn Thị Hồng.** Nghiên cứu điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2020.
4. **Trần Thị Len** (2016). Nhận xét chẩn đoán và kết quả phẫu thuật U buồng trứng lành tính tại bệnh viện Đại Học Y Thái Bình. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2016.
5. **Minh NT, Đạt ĐT, Nguyệt ĐTM.** Kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. VMJ. 2023;528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6081
6. **Saleh M, Bhosale P, Menias CO, et al.** Ovarian teratomas: clinical features, imaging findings and management. Abdom Radiol (NY). 2021;46(6): 2293-2307. doi:10.1007/s00261-020-02873-0
7. **Carvalho JP, Moretti-Marques R, Filho AL da S.** Adnexal mass: diagnosis and management. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(7):438-443. doi:10.1055/s-0040-1715547
8. **Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, et al.** Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. Cancer. 2007;109(2):221-227. doi:10.1002/cncr.22371
9. **Nguyễn Văn Tuấn.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2012.
10. **Puri S.** Sonographic Assessment of Ovarian Cysts and Masses. In: Ojha K, Jayaprakasan K, Polanski L, eds. Gynaecological Ultrasound Scanning: Tips and Tricks. Cambridge University Press; 2020:100-120. doi:10.1017/9781108149877.008

LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY SAU PHẪU THUẬT CẮT U SẮC TỐ BẨM SINH VÙNG LƯNG: BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Duy Khánh¹, Phạm Quang Minh^{1,2}, Lưu Xuân Võ¹,
Nguyễn Thị Hạnh Thúy¹, Trần Thanh Hùng¹,
Lê Văn Tiến¹, Nguyễn Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Biến chứng liệt thần kinh sau phẫu thuật là biến chứng hiếm gặp tuy nhiên có thể để lại hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh cũng như các vấn đề pháp lý lớn cho bác sĩ gây mê hồi sức. Ngoài nguyên nhân rõ ràng là các tổn thương trực tiếp gây ra trong quá trình mổ hay làm thủ thuật, thì kéo căng hay đè ép trực tiếp dây thần kinh cũng là nguyên nhân chính được nhiều tác giả thừa nhận có thể gây tổn thương thần kinh ngoại vi chu phẫu. Bác sĩ gây mê hồi sức cần hiểu rõ cơ chế để hạn chế tối đa nguy cơ có khả năng gây tổn thương thần kinh sau mổ. Phát hiện sớm các triệu chứng để can thiệp đúng đắn cũng cực kỳ quan trọng nhằm tăng cường hồi phục tổn thương thần kinh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân 5 tuổi, liệt đám rối thần kinh cánh tay 1 bên do đám rối cánh tay bị kéo căng sau phẫu thuật cắt u sắc tố bẩm sinh vùng lưng dưới gây mê toàn thân. Bệnh nhân đã được phát hiện dấu hiệu liệt thần kinh sau thoát mê, được chỉ định xử trí cắt chỉ vùng khâu mép da để giải phóng chèn ép cũng như tập phục hồi chức năng ngay sau mổ. Bệnh nhân hồi phục hoàn toàn cảm giác và vận động tay tổn thương sau 12 tuần.

Từ khóa: liệt đám rối thần kinh cánh tay, u sắc tố bẩm sinh, gây mê toàn thân.

SUMMARY

BRACHIAL PLEXUS PARALYSIS AFTER SURGERY FOR CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI IN THE BACK: A CASE REPORT

Postoperative nerve paralysis is a rare complication but can result in severe consequences for patients and pose significant legal challenges for anesthesiologists. In addition to clear causes such as direct injury during surgery or procedures, nerve stretching or compression is widely recognized by many authors as a primary cause of perioperative peripheral nerve damage. Anesthesiologists must understand these mechanisms to minimize the risk of postoperative nerve injuries. Early detection of symptoms and timely intervention are critical to promoting nerve recovery. We report a case involving a 5-year-old patient who developed unilateral brachial plexus paralysis caused by stretching of the brachial plexus following the surgical excision of a congenital melanocytic nevus in the back under general

anesthesia. Signs of nerve paralysis were detected immediately after extubation, and intervention was promptly implemented. Sutures at the skin margins were removed to relieve compression, and physical rehabilitation was initiated early postoperative. The patient fully recovered sensation and motor function within 12 weeks. **Keywords:** brachial plexus paralysis, congenital melanocytic nevus, general anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thần kinh ngoại vi sau phẫu thuật là biến chứng nặng nề, có thể để lại hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân và vấn đề pháp lý cho bác sĩ gây mê hồi sức. Các tổn thương thần kinh ngoại vi hay gặp nhất được báo cáo là tổn thương thần kinh trụ, tổn thương đám rối cánh tay, tổn thương thần kinh mác chung [1]... Các tổn thương này thường do nguyên nhân gây kéo căng hay chèn ép thần kinh trong mổ do tư thế. Sự hồi phục sau mổ tùy thuộc nhiều yếu tố: mức độ tổn thương thần kinh, thời gian phát hiện, điều trị sau tổn thương... Bác sĩ gây mê cần tiên lượng được nguy cơ có thể xảy ra tổn thương thần kinh trong phẫu thuật cũng như phát hiện sớm nếu có tổn thương sau mổ để có biện pháp xử trí hợp lý, nhằm hạn chế tối đa tổn thương thần kinh ngoại vi của bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm báo cáo 1 trường hợp hiếm gặp liệt đám rối cánh tay do kéo căng đám rối gây ra bởi sự co kéo da vùng cổ sau phẫu thuật cắt bán phần u sắc tố khổng lồ vùng lưng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được phát hiện sớm, sau đó tiến hành cắt chỉ vùng lưng để giải phóng chèn ép và tập phục hồi chức năng tích cực tay tổn thương sau phẫu thuật. Bệnh nhân hồi phục hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác tay tổn thương sau 12 tuần.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 5 tuổi, tiền sử có u sắc tố khổng lồ bẩm sinh chiếm gần toàn bộ vùng lưng, đã phẫu thuật thu nhỏ khối u 2 lần (cách 2 năm và 1 năm) dưới gây mê nội khí quản. Bệnh nhân nhập viện chỉ định cắt khối u lần thứ 3 tiếp tục thu nhỏ phần lớn khối u tiến tới cắt bỏ hoàn toàn cho lần mổ kế tiếp. Khám trước mổ, bệnh nhân nặng 18kg, cao 70cm, ASA I, không có bất thường trong quá trình gây mê và phẫu thuật

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Khánh

Email: nguyenduy.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025