

- Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2019;364: k4810. doi:10.1136/bmj.k4810
4. **Singh et al.** - 2020 - Frozen-thawed embryo transfer the potential impor.pdf. Accessed June 20, 2024. <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2819%2932608-1>
 5. **Hosseini-Najarkolaei A, Moini A, Kashani L, Farid Mojtahedi M, Hosseini-Najarkolaei E, Salehi E.** The effect of letrozole versus artificial hormonal endometrial preparation on pregnancy outcome after frozen-thawed embryos transfer cycles: a randomized clinical trial. *Reprod Biol Endocrinol*. 2020;18(1):115. doi:10.1186/s12958-020-00675-z
 6. **Yuan Y, Chang Q, Wen Y, et al.** Letrozole During Frozen Embryo Transfer in Women With Polycystic Ovarian Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2023;142(5): 1087-1095. doi:10.1097/AOG.0000000000005367
 7. **Zhang J, Liu H, Wang Y, Mao X, et al.** Letrozole use during frozen embryo transfer cycles in women with polycystic ovary syndrome, *Fertility and Sterility*, Volume 112, Issue 2, 2019, Pages 371-377, ISSN 0015-0282, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.04.014>.

TIỀN BỘ TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI U BƯỚNG TRỨNG TRONG THAI KỲ, KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Cửu Nguyễn Thiên Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật nội soi u buồng trứng lành tính trong thai kỳ có nguy cơ kích thích tử cung dẫn đến một số bất lợi cho thai như: sảy thai, thai lưu và chuyển dạ sinh non. Mục đích của chúng tôi là chứng minh tính ưu việt với tiền bộ trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng lành tính trong thai kỳ. **Vật liệu và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu gồm 253 thai phụ được phẫu thuật nội soi u buồng trứng lành tính trong thai kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ từ 1/1 năm 2023 đến tháng 31/12 năm 2024. Chúng tôi đánh giá mức độ an toàn của phẫu thuật nội soi với kỹ thuật về vị trí các trocar hiện đang được sử dụng không gây kích thích tử cung, cho phép phẫu thuật dễ dàng cùng với các biến chứng trong phẫu thuật và thời gian hậu phẫu. **Kết quả:** 253 thai phụ được phẫu thuật nội soi u buồng trứng lành tính với lượng chảy máu ít 42.94 ± 12.85 ml, thời gian mổ ngắn 56.56 ± 15.30 phút và thời gian nằm viện ngắn 3-5 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả sau mổ đều thành công và không có biến chứng bất lợi như sảy thai, thai lưu và chuyển dạ sinh non sau 7 ngày, vị trí của dụng cụ tạo thuận lợi cho phẫu thuật và không gây kích thích tử cung. **Kết luận:** Kết quả cho thấy phẫu thuật nội soi có những tiến bộ trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thai kỳ với các vị trí trocar cho phép phẫu thuật dễ dàng các khối u buồng trứng mà không bị ảnh hưởng các dụng cụ và không gây kích thích tử cung đã mang lại kết quả tốt về tính an toàn, sự hồi phục nhanh chóng, khả năng thẩm mỹ cao.

SUMMARY

ADVANCES IN LAPAROSCOPIC SURGERY FOR OVARIAN TUMORS DURING PREGNANCY:

¹Bệnh viện Từ Dũ, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Cửu Nguyễn Thiên Thanh

Email: thanhthobang@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

CLINICAL EXPERIENCE AT TU DU HOSPITAL

Objective: Laparoscopic surgery for benign ovarian tumors during pregnancy carries the potential risk of uterine irritation, which may lead to adverse pregnancy outcomes such as miscarriage, intrauterine fetal demise, or preterm labor. This study aims to demonstrate the advantages and recent advancements in laparoscopic management of benign ovarian tumors during pregnancy. **Materials and Methods:** A retrospective study was conducted on 253 pregnant patients who underwent laparoscopic surgery for benign ovarian tumors at TuDu Hospital between January 1, 2023, and December 31, 2024. We evaluated the safety of laparoscopy using currently applied trocar placement techniques that minimize uterine stimulation, facilitate operative access, and reduce intraoperative complications and postoperative recovery time. **Results:** All 253 pregnant patients underwent successful laparoscopic removal of benign ovarian tumors. The procedures were associated with minimal intraoperative blood loss (42.94 ± 12.85 mL), short operative time (56.56 ± 15.30 minutes), and brief hospitalization (3–5 days). No adverse outcomes such as miscarriage, intrauterine fetal demise, or preterm labor were observed within 7 days postoperatively. Trocar positioning proved effective in facilitating surgical access while avoiding uterine irritation. **Conclusion:** The findings demonstrate significant advancements in laparoscopic techniques for the management of ovarian tumors during pregnancy. The strategic placement of trocars allows for optimal surgical access without compromising uterine stability, resulting in favorable safety outcomes, rapid postoperative recovery, and enhanced cosmetic results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng trong thai kỳ chiếm 0.05 đến 2.4% hầu hết là các khối u đơn giản lành tính, trong đó 1 đến 6% có tỷ lệ ác tính. Tuổi trung bình là 32 tuổi giao động từ 23 tuổi đến 46 tuổi. Đa số các u buồng trứng không được phát hiện

vi không gây triệu chứng, thông thường sẽ được phát hiện qua siêu âm khi khám thai, khi mổ lấy thai hoặc khi bắt đầu có triệu chứng [1],[2].

Phẫu thuật nội soi u buồng trứng trong thai kỳ đều có nguy cơ dẫn đến một số biến cố bất lợi cho thai nhi như sẩy thai, thai lưu và chuyển dạ sinh non, nếu không phẫu thuật khi cần thiết có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng khác như xoắn (22%), vỡ u (9%) hoặc chuyển dạ tắc nghẽn (2- 17%) [3].

Các khối u tồn tại sau tam cá nguyệt 1, có kích thước > 5cm là u quái trưởng thành. Đau bụng cấp tính do tình trạng xoắn chiếm 5% các trường hợp u buồng trứng trong thai kỳ với kích thước khối u từ 6cm -8cm có tỷ lệ xoắn cao hơn chiếm 22% so với các khối u < 6cm. 60% trường hợp xoắn xuất hiện khi thai từ tuần thứ 10 đến 17 và 6% xảy ra ở tuổi thai sau 20 tuần [2],[3].

Nhằm hạn chế những biến chứng do u, u buồng trứng không nghi ngờ ác tính trong thai kỳ thường được phẫu thuật chủ động vào tam cá nguyệt thứ 2 từ 16 đến 20 tuần dựa trên khuyến cáo của Hiệp hội Tiêu hoá và Phẫu thuật nội soi Hoa Kỳ để giảm nguy cơ sẩy thai và chuyển dạ sinh non. Gần đây, phẫu thuật nội soi được công nhận là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với các khối u buồng trứng lành tính vì mang lại kết quả tốt hơn. Tuy nhiên, vẫn tồn tại những lo ngại về hạn chế không gian phẫu thuật do tử cung to, tử cung dễ bị kích thích và tăng hấp thụ CO₂ [4],[5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu

2.2. Cỡ mẫu. Tất cả thai phụ được mổ nội soi trong thời gian từ 1/1/2023 đến 31/12/2024. Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả những thai phụ được chẩn đoán u buồng trứng thực thể, không nghi ngờ ác tính được phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Từ Dũ trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân: Có can thiệp phẫu thuật điều trị bệnh lý đi kèm ngay trong lần phẫu thuật điều trị u buồng trứng hoặc sau đó mà thời điểm phẫu thuật vẫn trong thời gian nghiên cứu.

Có can thiệp loại phẫu thuật khác và hoặc can thiệp bằng phương pháp nội khoa vì chẩn đoán xác định u buồng trứng ác tính, vì u buồng trứng tái phát mà thời điểm can thiệp vẫn trong thời gian nghiên cứu.

Hồ sơ không đủ dữ liệu.

2.3. Xử lý số liệu. Thông tin thu thập từ

máy tính phòng mổ và hồ sơ bệnh án.

Số liệu thu thập được sẽ nhập vào máy tính bằng phần mềm Excel và xử lý số liệu

Mô tả các biến số nền: biến số liên tục được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Biến phân nhóm được mô tả bằng tần số và tỉ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung

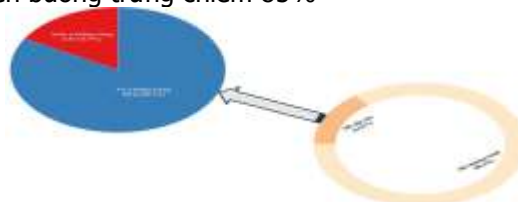
Thông số	Kết quả (N=253)
Tuổi (năm)	27.92 ± 4.94
Số con – n (%)	
0	155 (61.3)
1	77 (30.4)
2	19 (7.5)
3	2 (0.8)
Tuổi thai khi phẫu thuật – n(%)	
<13 tuần 6 ngày	15 (5.9)
14 tuần - 28 tuần 6 ngày	238 (94.1)
29 tuần - 40 tuần	0 (0.0)
Mổ chương trình	217 (85.8)
Mổ cấp cứu	36 (14.2)
U buồng trứng dịch trong	153 (60.4)
U quái trưởng thành	96 9(37.9)
Nang cạnh vòi trứng	4 (1.7)
U lạc nội mạc buồng trứng	0
Bệnh nhân trở lại tái khám – n (%)	234/253 (92.5)

Nhận xét: Tuổi trung bình của thai phụ là 28 tuổi Đa số các thai phụ chưa có con chiếm 61.3%, tuổi thai khi phẫu thuật ở tam cá nguyệt thứ hai từ 14 tuần đến 28 tuần 6 ngày. Đa số các trường hợp được mổ theo chương trình chiếm 86%. U dịch trong chiếm đa số 60.4%. U lạc nội mạc không được chỉ định mổ khi có thai. 92.5% các thai phụ sau khi phẫu thuật đều trở lại tái khám.



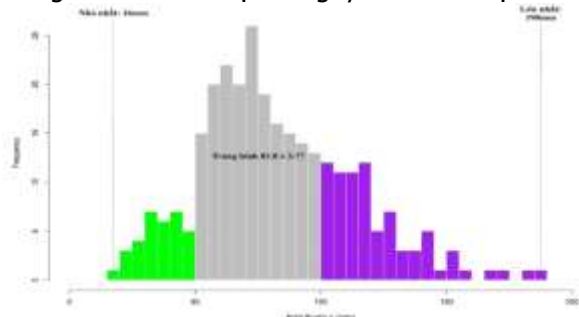
Biểu đồ 1: Phân loại vị trí u trong phẫu thuật

Nhận xét: Đa số khối u buồng trứng ở 1 bên buồng trứng chiếm 85%



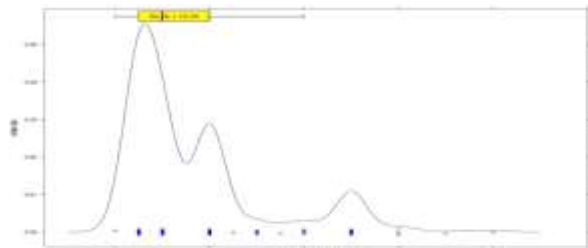
Biểu đồ 2: Phân loại phẫu thuật trong điều trị u buồng trứng

Trong số 253 ca mổ nội soi bóc u, chúng tôi có 217 ca mổ theo chương trình (chiếm 85.2%) và 36 ca mổ cấp cứu tương ứng 14.2%. 6/36 ca mổ cấp cứu có nguyên nhân là do xoắn buồng trứng và 30 ca còn lại có nguyên nhân u bị vỡ.



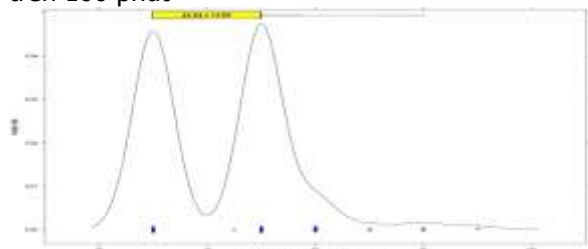
Biểu đồ 3: Phân bố kích thước khối u

Nhận xét: Kích thước u trong nghiên cứu của chúng tôi dao động nhỏ nhất là 16mm đến lớn nhất là 190mm. Trung bình kích thước khối u là $83 \pm 37.7\text{mm}$.



Sơ đồ 1: Phân bố thời gian phẫu thuật

Nhận xét: Đây là phân bố thời gian phẫu thuật của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là khoảng 57 phút. Thời gian phẫu thuật kéo dài từ 40 tới tối đa chỉ 120 phút. Trong đó, đa số các phẫu thuật cắt hoặc bóc u 1 bên kéo dài khoảng 45 tới 60 phút và kéo dài hơn khi xử lý u 2 bên khoảng 60 – 100 phút, chỉ có 2 ca khó khi phẫu thuật cắt u 2 bên kéo dài trên 100 phút



Sơ đồ 2: Phân bố lượng máu mất trong phẫu thuật và sau phẫu thuật

Nhận xét: Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật nội soi trung bình khoảng 43mL, dao động từ 30 – 90mL. Trong đó, phần lớn bệnh nhân mất 50mL máu (45.1%) và 30mL (43.9%) sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi trong thai kỳ có thể được thực hiện an toàn bằng cách sử dụng vị trí trocar ban đầu, với kết quả tốt hơn so với phẫu thuật mổ hở

Các khối u thường gặp nhất trong thai kỳ là khối u buồng trứng, và loại khối u buồng trứng phổ biến nhất là u dịch trong. U quái trứng thành theo sau về tần suất. Tỷ lệ mắc khối u buồng trứng trong thai kỳ là khoảng 41 trên 1500 ca mang thai. Tuy nhiên, khoảng 80%–95% khối u buồng trứng có đường kính <6 cm sẽ tự khỏi mà không cần can thiệp trong thai kỳ; do đó, điều trị phẫu thuật hông cần thiết đối với các khối u buồng trứng nhỏ. Hơn nữa, các khối u này thường lành tính, và ung thư buồng trứng chỉ được phát hiện ở khoảng 1/25.000 ca mang thai. Tuy nhiên, một số báo cáo liệt kê tỷ lệ này lên tới 5,9%. Nếu khối u buồng trứng nhỏ và nghi ngờ lành tính, u lạc nội mạc buồng trứng không chỉ định phẫu thuật trong thai kỳ. Tuy nhiên, nếu khối u có đường kính lớn hơn 6 cm, các nang lớn có nguy cơ xoắn, hoặc vỡ. Vì những trường hợp này có thể gây đau bụng và gây chuyển dạ sớm, nên đôi khi cần phải phẫu thuật đối với các nang lành tính, ngay cả trong thai kỳ.

Việc đánh giá chính xác các chỉ định phẫu thuật là điều cần thiết, và hình ảnh siêu âm thường được sử dụng để chẩn đoán các khối u buồng trứng. Một số đặc điểm siêu âm nghi ngờ ác tính, bao gồm sự hiện diện của các thành phần rắn, khối u đa tâm lớn, đường kính tối đa >6 cm và vách ngăn trong có thể nhìn thấy rõ. Trong nghiên cứu này, chụp MRI được sử dụng để chẩn đoán giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về hình thái của tổn thương nghi ngờ.

Cho đến nay, phẫu thuật nội soi ổ bụng trong thai kỳ đã được thực hiện thành công. Năm 2019, Ye và cộng sự đã báo cáo rằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cho phụ nữ mang thai có thể làm giảm nguy cơ chuyển dạ sớm, thời gian nằm viện và mất máu so với phẫu thuật mổ hở. Trong một nghiên cứu khác, phẫu thuật nội soi ổ bụng trong thai kỳ đã được chứng minh là có lợi thế tốt về kết quả như đi lại sau phẫu thuật sớm hơn so với phẫu thuật mổ hở. Do đó, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi ổ bụng trong thai kỳ có thể được thực hiện an toàn, mặc dù nó đòi hỏi các kỹ thuật tiên tiến hơn so với thực hiện trong thời kỳ không mang thai, vì tử cung to ra giới hạn không gian phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng để điều trị các khối u lành tính trong giai đoạn thai kỳ từ 14 đến

16 tuần dường như là phù hợp nhất cho phẫu thuật, vì gây mê toàn thân trong tam cá nguyệt đầu tiên có thể làm tăng nguy cơ mắc chứng đầu nhỏ và các dị tật ống thần kinh khác. Trong tam cá nguyệt thứ hai, tử cung to ra khiến việc thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng trở nên khó khăn hơn. Các báo cáo trước đây về phẫu thuật nội soi ổ bụng trong thai kỳ đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi ổ bụng có thể được thực hiện an toàn.

Kết quả của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi an toàn tương đương với phẫu thuật mổ hở về mặt ảnh hưởng đến thai nhi. Hơn nữa, chúng tôi đã có thể giảm thời gian nằm viện và lượng máu mất bằng cách lựa chọn phẫu thuật nội soi. Mặc dù phẫu thuật nội soi khó khăn hơn do tử cung to, nhưng không có sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật giữa phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ hở và thời gian phẫu thuật nội soi thường ngắn hơn so với phẫu thuật mổ hở. Vị trí trocar ban đầu của chúng tôi có thể đã góp phần đơn giản hóa phẫu thuật và giảm thời gian phẫu thuật.



V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi trong thai kỳ có thể được thực hiện an toàn với vị trí trocar ban đầu, và kết quả của nội soi vượt trội hơn so với phẫu thuật mổ hở. Nội soi cũng có ưu điểm là giảm mất máu và thời gian nằm viện ngắn hơn. Hơn nữa, sẹo mổ từ nội soi nhỏ hơn so với phẫu thuật mổ bụng, mang lại cho bệnh nhân kết quả thẩm mỹ tốt. Do đó, phẫu thuật nội soi có thể được lựa chọn một cách tự tin cho phụ nữ có khối u buồng trứng, bao gồm cả phụ nữ mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schmeler KM, Mayo-Smith WW, et al.** Adnexal masses in pregnancy compared with observation. *ObstetGynecol* 2005; 105:1098.
2. **Webb KE, Abuhamad AZ.** Adnexal mass during pregnancy: a review. *Am J Perinatol* 2015; 32:1010.
3. **Yen CF, Lin SL, et al.** Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 91:1895.
4. **Leiserowitz GS.** Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 61(7), 463-70. 2006
5. **Yumi H.** Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc*, 22, 849-61. 2008
6. **Ye P, Zhao N, Shu J, Shen H, Wang Y, Chen L, et al.** Laparoscopy versus open surgery for adnexal masses in pregnancy: A meta-analytic review. *Arch Gynecol Obstet* 2019;299:625-34.

ỨNG DỤNG TRỢ CỤ DẪN ĐƯỜNG 3D ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRẬT ĐÀI QUAY BẨM SINH: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Vũ Đức Việt^{1,2}, Nguyễn Hữu Mạnh^{1,2}, Trần Quyết^{1,2}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Trật đài quay bẩm sinh là một tình trạng hiếm gặp nhưng phổ biến nhất trong các dị tật bẩm sinh vùng khuỷu. Điều trị phẫu thuật được đặt ra khi bệnh nhân có triệu chứng đau và ảnh hưởng tới vận động khuỷu. Có nhiều phương pháp phẫu thuật để giải quyết vấn đề này nhưng để bảo tồn được đài quay và chỉnh sửa lại trục xương biến dạng thì không hề đơn giản. Với công nghệ in 3D, phẫu thuật viên tính toán phương án phẫu thuật và cắt chỉnh sửa xương một cách chính xác dựa trên trợ cụ dẫn đường. **Trình bày ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ 5 tuổi, được

bố mẹ phát hiện cong tay trái vào trong từ khi 4 tuổi và tiến triển rõ ràng hơn ở tuổi thứ 5. Tâm vận động sắp ngửa hạn chế nhẹ, bệnh nhân cảm thấy đau khi gấp duỗi khuỷu. Trên hình ảnh CT-scan dựng hình 3D cho thấy rõ đài quay trật ra sau, xương trụ cong biến dạng theo cả 3 trục. Phẫu thuật được đặt ra nhằm giúp bệnh nhân cải thiện hơn về thẩm mỹ, giảm đau, tránh tiến triển nặng hơn của dị tật. 6 tháng sau phẫu thuật, bệnh nhân cảm thấy hài lòng về mặt chức năng, thẩm mỹ, không đau. **Thảo luận:** Với các kỹ thuật cổ điển, điều trị phẫu thuật trật đài quay bẩm sinh trong các trường hợp biến dạng xương phức tạp theo nhiều hướng còn nhiều khó khăn trong việc chỉnh sửa lại cho đúng trục xương, tính toán chiều dài xương trụ cần kéo dài thêm. Điều này sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng và thẩm mỹ của cánh tay. **Kết luận:** Cùng với sự phát triển của công nghệ in 3D, các bài toán khó về chỉnh trục xương bẩm sinh đang dần được đơn giản hoá. Kế hoạch phẫu thuật cũng trở nên rõ ràng hơn, giúp phẫu thuật viên dễ tiếp cận và can thiệp và cuối cùng là đem lại kết quả tốt

¹Trường Đại học VinUni, Hà Nội

²Bệnh viện Vinmec Times City, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Việt

Email: vuducvietbn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025