

dụng phương pháp Roux-en-Y, nghiên cứu của Petrucciani và cs (2024) ghi nhận tỷ lệ trào ngược sau mổ là 31.7%, nghiên cứu của Park YS và cs (2018) ghi nhận tỷ lệ trào ngược 25.6%⁵. Điều này có thể do cơ chế tạo miệng nối của phương pháp Finsterer không hiệu quả trong việc ngăn chặn dòng trào ngược từ ruột non lên dạ dày.

Viêm miệng nối và trào ngược dịch mật cũng là những vấn đề đáng chú ý trong nghiên cứu này, với tỷ lệ viêm miệng nối là 71,4% và trào ngược dịch mật là 60%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu sử dụng phương pháp Roux-en-Y đã được thực hiện⁶. Park YJ ghi nhận tỷ lệ trào ngược dịch mật 23.7%⁷. Một lý do có thể là do sự tiếp xúc của dịch tiêu hóa từ quai đi, bao gồm dịch mật trong phương pháp Finsterer, làm tăng nguy cơ viêm miệng nối và trào ngược dịch mật. Thật vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Bilirubin và Amylase trong dịch dạ dày tăng đáng kể sau khi có trung tiện, cho thấy sự hiện diện của trào ngược dịch mật và men tiêu hóa từ ruột non vào dạ dày. Điều này cũng có thể liên quan đến cơ chế miệng nối của phương pháp Finsterer, nơi mà dòng chảy từ quai đến chứa dịch tụy và dịch mật có thể dễ dàng di chuyển ngược lên dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư là khả thi và an toàn, với thời gian phẫu thuật hợp lý. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ viêm miệng nối và trào ngược dịch mật sau phẫu thuật, cũng như sự xuất hiện của hội chứng

Dumping sớm. Cần cân nhắc khi áp dụng phương pháp Finsterer trên lâm sàng, đặc biệt trong việc quản lý và dự phòng các biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2021;24(1):1-21. doi:10.1007/s10120-020-01042-y
2. **He L, Zhao Y.** Is Roux-en-Y or Billroth-II reconstruction the preferred choice for gastric cancer patients undergoing distal gastrectomy when Billroth I reconstruction is not applicable? A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019;98(48):e17093. doi:10.1097/MD.00000000000017093
3. **Ha PH, Hoa NX.** Comparison of Surgical Outcomes for Finsterer and the Roux-en-Y Reconstruction after Distal Gastrectomy for Gastric Carcinoma. Gastroenterol Res Pract. 2021;2021:5562776. doi:10.1155/2021/5562776
4. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
5. **Park YS, Shin DJ, Son SY, et al.** Roux Stasis Syndrome and Gastric Food Stasis After Laparoscopic Distal Gastrectomy with Uncut Roux-en-Y Reconstruction in Gastric Cancer Patients: A Propensity Score Matching Analysis. World J Surg. 2018;42(12):1. doi:10.1007/s00268-018-4715-6
6. **Zhu G, Zhou S, Shen X, Qu J.** Long-Term outcomes of uncut roux-en-Y anastomosis in laparoscopic distal gastrectomy: A retrospective analysis. Front Surg. 2023;10. doi:10.3389/fsurg.2023.1090626
7. **Park JY, Kim YJ.** Uncut Roux-en-Y Reconstruction after Laparoscopic Distal Gastrectomy Can Be a Favorable Method in Terms of Gastritis, Bile Reflux, and Gastric Residue. J Gastric Cancer. 2014;14(4):229-237. doi:10.5230/jgc.2014.14.4.229

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U BƯỚNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI HƯNG YÊN

Trương Quốc Huy^{1,3}, Nguyễn Quảng Bắc^{2,3,4}, Đặng Thị Hồng Thiện², Nguyễn Văn Thắng², Nguyễn Thái Giang³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 139 bệnh nhân chẩn đoán u buồng trứng và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên từ 01/2022 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,3 ± 14,8 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 30-49 tuổi (64,03%). Bóc u được thực hiện nhiều nhất (69,78%), tiếp theo là cắt phần phụ (15,11%) và cắt u buồng trứng (11,51%). Lựa chọn phương pháp phẫu thuật có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kích thước khối u và số con (p < 0,05). Thời gian nằm viện chủ yếu 5-7 ngày

(72,66%). Biến chứng sau mổ hiếm gặp (3,6%), chủ yếu là chảy máu, tụ máu chân trocar và nhiễm khuẩn. Giải phẫu bệnh thường gặp nhất là u thanh dịch (45,32%), u bì (33,09%), u nội mạc tử cung (18,71%) và u nhầy ít gặp nhất (2,88%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị u buồng trứng, với tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn và khả năng bảo tồn buồng trứng cao.

Từ khoá: U buồng trứng; Phẫu thuật nội soi; Bóc u; U thanh dịch.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF OVARIAN TUMORS AT HUNG YEN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of laparoscopic surgery for ovarian tumors at Hung Yen Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 139 patients diagnosed with ovarian tumors and treated with laparoscopic surgery at Hung Yen Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2022 to December 2024. **Results:** The mean age of patients was 40.3 ± 14.8 years, with the majority in the 30–49 age group (64.03%). Cystectomy was the most common surgical procedure (69.78%), followed by salpingo-oophorectomy (15.11%) and oophorectomy (11.51%). The choice of surgical method was significantly associated with tumor size and parity ($p < 0.05$). The majority of patients were hospitalized for 5–7 days (72.66%). Postoperative complications were rare (3.6%), mainly bleeding, trocar site hematoma, and wound infection. Histopathological findings revealed that serous cystadenoma was the most common (45.32%), dermoid cyst (33.09%), endometriotic cyst (18.71%), and mucinous cystadenoma (2.88%). **Conclusion:** Laparoscopic surgery is a safe and effective method for the treatment of ovarian tumors, with low complication rates, short hospital stay, and high preservation of ovarian tissue.

Keywords: Ovarian tumor; Laparoscopic surgery; Cystectomy; Serous cystadenoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng (UBT) là một trong những bệnh lý phụ khoa thường gặp, chiếm khoảng 7% ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và có thể xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào, kể cả trẻ chưa dậy thì và phụ nữ sau mãn kinh.¹Phần lớn UBT lành tính, tuy nhiên bệnh thường tiến triển âm thầm, không có triệu chứng đặc hiệu, chỉ được phát hiện tình cờ khi khám phụ khoa hoặc khi đã có biến chứng như xoắn, vỡ, chảy máu hay chèn ép cơ quan lân cận.²Nếu không được xử trí kịp thời, bệnh có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe sinh sản và chất lượng sống của người bệnh. Trước đây, phẫu thuật mở bụng là phương pháp kinh điển để cắt bỏ hoặc bóc tách khối UBT. Trong những thập kỷ gần đây, với sự phát

triển của phẫu thuật nội soi, đặc biệt trong lĩnh vực phụ khoa, phần lớn UBT lành tính đã được điều trị qua nội soi tại nhiều quốc gia.³Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm nổi bật so với mổ mở: ít xâm lấn, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh, sẹo mổ thẩm mỹ và bảo tồn mô lành tối đa. Nhiều nghiên cứu cho thấy trên 80% các trường hợp UBT lành tính hiện nay được xử trí bằng phẫu thuật nội soi.⁴Tại Việt Nam, kỹ thuật nội soi đã được triển khai hơn 30 năm và ngày càng trở thành thường quy trong sản phụ khoa. Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên cũng đã sớm áp dụng kỹ thuật này trong điều trị UBT, tuy nhiên, chưa có nghiên cứu hệ thống lại kết quả tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u buồng trứng.

+ Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Phụ khoa bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

+ Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ U buồng trứng không được phẫu thuật nội soi.

+ U buồng trứng đã được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. Chọn mẫu toàn bộ, không xác suất.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này là một nghiên cứu hồi cứu, sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án đã được lưu trữ tại bệnh viện, không can thiệp trực tiếp đến người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 139 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, với độ tuổi trung bình là $40,3 \pm 14,8$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=139)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
----------	--------------	-----------

Nhóm tuổi (năm)		
< 20	2	1,44
20 – 29	21	15,11
30 – 39	49	35,25
40 – 49	40	28,78

50 – 59	21	15,11
≥ 60	6	4,32

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi 30–39 (35,25%) và 40–49 (28,78%), chiếm hơn một nửa tổng số bệnh nhân.

Bảng 2. Phương pháp xử trí u theo số con và kích thước khối u (n=139)

Tiền sử và đặc điểm khối u	Bóc u n (%)	Cắt buồng trứng n (%)	Cắt phần phụ n (%)	Khác n (%)	Tổng số	P
Số con						
Chưa có hoặc 1 con	44 (89,8)	2 (4,1)	2 (4,1)	1 (2,0)	49	0,003
Có 2 con	37 (58,7)	8 (12,7)	14 (22,2)	4 (6,3)	63	
Có >2 con	16 (59,3)	6 (22,2)	5 (18,5)	0 (0,0)	27	
Kích thước khối u						
≤5 cm	34 (72,3)	1 (2,1)	9 (19,1)	3 (6,4)	47	0,000
5 – 10 cm	58 (78,4)	7 (9,5)	8 (10,8)	1 (1,3)	74	
10 – 15 cm	5 (33,3)	5 (33,3)	4 (26,7)	1 (6,7)	15	
>15 cm	0 (0,0)	3 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	3	

Nhận xét: Bệnh nhân ≤ 1 con hầu hết được bảo tồn (bóc u chiếm gần 90%), trong khi ≥ 2 con thì tỷ lệ cắt phần phụ cao hơn rõ rệt (p=0,003). Với khối u ≤ 10 cm, bóc u vẫn chiếm đa số; khi u > 10 cm, tỷ lệ phải cắt phần phụ tăng lên đáng kể (p<0,001).

Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật (n=139)

Kết quả sau phẫu thuật	n	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sau mổ		
Không biến chứng	134	96,4
Chảy máu	2	1,4
Nhiễm khuẩn	1	0,7
Tụ máu chân trocar	2	1,4
Tổn thương niệu quản/ruột	0	0,0
Thời gian nằm viện		
≤3 ngày	2	1,4
3–5 ngày	33	23,7
5–7 ngày	101	72,7
>7 ngày	3	2,2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không có biến chứng sau mổ (96,4%). Các biến chứng ghi nhận gồm chảy máu (1,4%), nhiễm khuẩn (0,7%) và tụ máu chân trocar (1,4%). Không có trường hợp nào tổn thương niệu quản hay ruột. Thời gian nằm viện chủ yếu từ 5–7 ngày (72,7%)

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (n=139)

Phân loại mô bệnh học	n	Tỷ lệ (%)
U thanh dịch	63	45,32
U nhầy	4	2,88
U bì	46	33,09
U nội mạc tử cung	26	18,71

Nhận xét: U thanh dịch là loại phổ biến nhất (chiếm 45,32%), tiếp theo là u bì (33,09%) và u nội mạc tử cung (18,71%). U nhầy chiếm tỷ lệ thấp hơn với 2,88%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy u buồng trứng lành tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng tập trung chủ yếu trong độ tuổi sinh sản, đặc biệt là nhóm 30–39 tuổi (35,25%) và 40–49 tuổi (28,78%). Các nhóm <20 tuổi và >60 tuổi ít gặp hơn rõ rệt (1,44% và 4,32%). Xu hướng này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, như nghiên cứu của Jha và cộng sự (2008) cho thấy 91,9% trường hợp u buồng trứng lành tính gặp ở phụ nữ ≤ 40 tuổi. Sự phân bố này có thể liên quan đến hoạt động nội tiết mạnh, và các thay đổi sinh lý buồng trứng trong giai đoạn sinh sản. Nghiên cứu cũng ghi nhận 29% các trường hợp có tiền sử u buồng trứng lành tính trước đây. Kết quả này phù hợp với đặc điểm một số loại u nang lạc nội mạc có nguy cơ tái phát cao (21–27% sau 2 năm, 40–50% sau 5 năm), trong khi u bì có tỷ lệ tái phát thấp hơn (3–11%).⁶

Phương pháp phẫu thuật được áp dụng phổ biến nhất trong điều trị u buồng trứng ở nhóm nghiên cứu là bóc u, phản ánh xu hướng lâm sàng ưu tiên bảo tồn tối đa mô buồng trứng, đặc biệt ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, nhằm duy trì khả năng sinh sản và chức năng nội tiết. Ngược lại, các phương pháp cắt phần phụ hoặc cắt buồng trứng thường chỉ định trong những trường hợp khối u có kích thước lớn, nghi ngờ ác tính, tái phát hoặc khi mô buồng trứng bị tổn thương nặng không còn khả năng bảo tồn. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) giữa kích thước u và phương pháp mổ. Với u ≤ 10 cm, bóc u chiếm đa số, trong khi nhóm > 15 cm được cắt buồng trứng hoặc phần phụ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Văn Du và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ bóc u

giảm rõ rệt khi kích thước ≥ 10 cm.⁷ Tương tự, khuyến cáo của JOGC (2020) cũng đề xuất bóc u khi kích thước nhỏ và cắt buồng trứng khi $u > 10-15$ cm hoặc nghi ngờ ác tính.⁴

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số con và phương pháp phẫu thuật u buồng trứng ($p = 0,003$), điều này phản ánh rõ định hướng lâm sàng trong lựa chọn can thiệp dựa trên nhu cầu bảo tồn chức năng sinh sản. Ở nhóm chưa có hoặc mới có 1 con, tỷ lệ bóc u đạt mức rất cao (89,8%), cho thấy ưu tiên bảo tồn buồng trứng nhằm duy trì khả năng sinh sản. Ngược lại, ở nhóm có từ 2 con trở lên, xu hướng này thay đổi rõ rệt: tỷ lệ bóc u giảm xuống còn 59%, trong khi các phương pháp triệt để như cắt buồng trứng (22,22%) và cắt phần phụ (18,52%) được áp dụng nhiều hơn. Đặc biệt, nhóm có 2 con thể hiện tỷ lệ bóc u thấp hơn đáng kể (58,73%) so với nhóm chưa hoặc mới có 1 con, kèm theo tỷ lệ cắt phần phụ cao (22,22%). Như vậy, số con là một yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật, với xu hướng điều trị triệt để hơn ở những phụ nữ đã hoàn thành nhu cầu sinh con, và điều trị bảo tồn ở những phụ nữ còn nhu cầu sinh sản.

Phần lớn bệnh nhân (96,40%) không gặp biến chứng trong quá trình điều trị u buồng trứng, thể hiện tính an toàn cao của phương pháp phẫu thuật nội soi được áp dụng. Các biến chứng được ghi nhận chiếm tỷ lệ rất thấp, gồm chảy máu (1,44%), tụ máu chân trocar (1,44%) và nhiễm khuẩn vết mổ (0,72%). Đáng chú ý, không có trường hợp nào bị tổn thương niệu quản hoặc tổn thương ruột, những biến chứng nghiêm trọng thường gặp hơn trong các ca phẫu thuật vùng chậu phức tạp. Tương tự, Park và cộng sự (2021) cũng khẳng định rằng phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng lạnh tính có tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian hồi phục nhanh và ít tác động đến chức năng buồng trứng, trong khi vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị.³

Đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện ngắn. Cụ thể, nhóm nằm viện kéo dài > 7 ngày chiếm tỷ lệ rất thấp, cho thấy biến chứng sau mổ ít gặp và phần lớn người bệnh hồi phục tốt, không cần chăm sóc kéo dài. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Vũ Văn Du và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, trong đó thời gian nằm viện trung bình sau mổ u buồng trứng lạnh tính bằng phẫu thuật nội soi dao động từ 5–7 ngày, với tỷ lệ bệnh nhân xuất viện trước 5 ngày thấp, chủ yếu ở nhóm ít đau sau mổ và không có biến chứng nào nghiêm trọng. Tương tự, nghiên cứu của Park và cộng

sự (2021) đã góp phần củng cố vai trò của phẫu thuật nội soi trong việc rút ngắn thời gian nằm viện hơn hẳn phẫu thuật mổ mở.³ Việc áp dụng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, kết hợp với đánh giá tiền phẫu kỹ lưỡng và tay nghề phẫu thuật viên, đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu nguy cơ biến chứng.

Tất cả bệnh nhân đều được lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh lý sau mổ. Phân loại mô bệnh học trong nghiên cứu cho thấy u thanh dịch là loại phổ biến nhất, chiếm 45,32% tổng số ca, tiếp theo là u bì với 33,09% và u nội mạc tử cung với 18,71%. Về mặt bệnh sinh, u thanh dịch thường gặp ở mọi lứa tuổi sinh sản và có thể hình thành từ lớp biểu mô bề mặt buồng trứng hoặc biểu mô ống dẫn trứng. Các u này thường chứa dịch trong, vô mông, và đa số là lành tính nhưng một tỷ lệ nhỏ có thể tiến triển thành dạng giáp biên hoặc ác tính nếu không được điều trị kịp thời. U bì, hay còn gọi là u quái dạng bì, là một dạng u tế bào mầm trưởng thành, chứa các thành phần từ cả ba lá phôi. Loại u này thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi và có nguy cơ xoắn u cao, đặc biệt khi đường kính u trên 5 cm. U nội mạc tử cung buồng trứng lại liên quan đến tình trạng lạc nội mạc tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có thể gây đau vùng chậu mãn tính và ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Trong khi đó, u nhầy xuất phát từ tế bào biểu mô tuyến chế tiết nhầy, thường có kích thước lớn khi phát hiện nhưng tỷ lệ gặp thấp hơn nhiều so với các loại u kể trên. Kết quả giải phẫu bệnh của nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của Phạm Chí Công và cộng sự (2024) khi u thanh dịch chiếm 33%, u bì chiếm 30,6%.⁸ Một báo cáo khác của Park và cộng sự (2021) tại Hàn Quốc cũng ghi nhận xu hướng tương tự, với u thanh dịch chiếm ưu thế (41,5%), u bì (32,8%) và u nội mạc tử cung (17,9%).³ Những dữ liệu này cho thấy sự ổn định tương đối trong cơ cấu mô bệnh học của u buồng trứng lạnh tính, trong đó u thanh dịch và u bì luôn chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhiều quần thể khác nhau.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế cần được xem xét. Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu, sử dụng dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, do đó có thể gặp phải sai số trong ghi nhận thông tin và không kiểm soát được đầy đủ các yếu tố gây nhiễu. Ngoài ra, thời gian theo dõi ngắn chưa đủ để đánh giá biến chứng muộn và tỷ lệ tái phát, đặc biệt với những thể u có nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng lành tính cho thấy hiệu quả cao, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện khá ngắn và đáp ứng được mục tiêu bảo tồn chức năng sinh sản ở đa số bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu khẳng định phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị ưu tiên, an toàn và phù hợp trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mimoun C, Fritel X, Fauconnier A, Deffieux X, Dumont A, Huchon C.** [Epidemiology of presumed benign ovarian tumors]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013;42(8):722-729. doi:10.1016/j.jgyn.2013.09.027
- Winata IGS, Sabatini EP, Purnomo FS.** Diagnosis And Treatment of Benign Ovarian Tumors. European Journal of Medical and Health Sciences. 2022;4(2): 1-3. doi:10.24018/ejmed.2022.4.2.1286
- Hegab MH, Labib MM, El-Esawy MAA.** Comparative Study between Laparoscopy and Laparotomy in Management of Ovarian Cancer. Al-Azhar International Medical Journal. 2023;4(7). doi:10.58675/2682-339X.1895
- Wolfman W, Thurston J, Yeung G, Glanc P.** Guideline No. 404: Initial Investigation and Management of Benign Ovarian Masses. J Obstet Gynaecol Can. 2020;42(8):1040-1050.e1. doi:10.1016/j.jogc.2020.01.014
- Jha S, Abdi S.** Diverse Presentations of OHVIRA Syndrome: A Case Series. Clin Pediatr (Phila). 2021;60(1):6-8. doi:10.1177/0009922820953582
- Wacharachawana S, Phaliwong P, Prommas S, Smanchat B, Bhamarapratana K, Suwannarurk K.** Recurrence Rate and Risk Factors for the Recurrence of Ovarian Endometriosis after Laparoscopic Ovarian Cystectomy. Biomed Res Int. 2021;2021:6679641. doi:10.1155/2021/6679641
- Du VV, Dũng NN, Tuấn MĐ.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. Published online March 3, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i3.762
- Kông PC, Trâm NTN.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị khối u buồng trứng lành tính bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng. 1. 2024;22(3):56-63. doi:10.46755/vjog.2024.3.1729

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U BUỒNG TRỨNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI PHÚ THỌ

Nguyễn Thị Giang¹, Đặng Thị Minh Nguyệt², Nguyễn Tuấn Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Sản nhi tỉnh Phú Thọ từ 1/2023-12/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu với 189 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ 01/01/2023 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 35.64 ± 13.66, nhóm tuổi 30-39 chiếm tỉ lệ cao nhất 35.4%. 51.3% bệnh nhân đi khám định kỳ phát hiện khối u, 36% phát hiện vì đau bụng dưới. Trong 189 bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu có 154 trường hợp thăm khám thấy khối u với các đặc điểm mật độ căng (87.7%), dễ di động (83.7%), ranh giới rõ (84.4%), khám không đau (83.8%). Đa số trường hợp u ở một bên buồng trứng (91.6%), kích thước u trung bình là 6.3cm. Hình ảnh hỗn hợp âm (32.3%) và trống âm (31.2%) là các đặc điểm thường gặp nhất trên siêu âm. Hầu hết nồng độ CA-125 và HE4 trong giới hạn

bình thường Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u nang bì chiếm tỉ lệ cao nhất là 47.1%; u nang nhầy chiếm tỉ lệ thấp nhất 3.2%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng u buồng trứng thường nghèo nàn, chủ yếu phát hiện qua thăm khám định kì. Kích thước u trung bình là 6.3 cm. U có vách, có nhú ít gặp **Từ khóa:** u buồng trứng, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN TUMORS TREATED WITH LAPAROSCOPIC SURGERY AT PHU THO OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of ovarian tumors in patients who underwent laparoscopic surgery at Phu Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2023 to December 2024. **Methods:** A cross-sectional retrospective descriptive study was conducted on 189 patients diagnosed with ovarian tumors and treated with laparoscopic surgery from January 1, 2023, to December 31, 2024. **Results:** In our study, the mean age was 35.64±13.66 years, with the 30–39 age group accounting for the highest proportion (35.4%). The tumors were detected during routine check-ups in 51.3% of patients, while 36% presented with lower abdominal pain. Among the 189 patients, 154 underwent a gynecological examination, which revealed tumors characterized by a firm consistency

¹Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025