

tăng huyết áp từ 5 năm trở lên, tình trạng thừa cân, béo phì ($BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$), và béo bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2010), QĐ 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, Bộ Y tế, chủ biên, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2022), Quyết định 2892/QĐ-BYT Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì", Bộ Y tế, chủ biên, Hà Nội.
3. **Lâm Chí Hiếu và Đoàn Thị Tuyết Ngân** (2023), "Nghiên cứu tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, bệnh viện tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2022-2023", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (64), tr. 174-180.
4. **Phạm Hữu Tiên** (2022), "Nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam,, 515(2).
5. **Tô Văn Tuấn, Đào Nguyễn Thắng và Nguyễn Thượng Lễ** (2022), "Rối loạn đường huyết và tiền đái tháo đường trên người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp", Tạp chí Y học Việt Nam,, 520(1A).
6. **Biswas T và các cộng sự.** (2022), "Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020", BMJ Open, 12(8), tr. e052725.
7. **International Diabetes Federation** (2021), "IDF Diabetes Atlas, 10th edition.", <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>.
8. **National Kidney Foundation** (2012), "KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 Update", Am J Kidney Dis, 60(5), tr. 850-86.
9. **The American Diabetes Association** (2020), "2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020", Diabetes Care, 43(Suppl 1), tr. S14-S31.
10. **World Health Organization** (2021), "Hypertension fact sheet.", <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BUỒNG TRỨNG Ở THAI PHỤ CÓ THAI 3 THÁNG GIỮA

Bounlailee Chiabeele¹, Nguyễn Thị Bích Vân¹, Nguyễn Duy Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí khối u buồng trứng của những sản phụ có thai 3 tháng giữa. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, bao gồm 55 sản phụ có thai 3 tháng giữa được chẩn đoán u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, trong thời gian từ 06/2020 đến 06/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của sản phụ là $28,2 \pm 5,4$ tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất 26 - 30 tuổi chiếm tỉ lệ 56,4%. Phát hiện khối u do đi khám thai và siêu âm định kỳ là cao nhất với 87,3%. Khối u có kích thước trung bình $9,2 \pm 5,1$ cm, thường gặp nhất 5 - 10 cm, chiếm tỉ lệ 76,4%. Khối u dạng hỗn hợp trên siêu âm chiếm tỉ lệ cao với 70,1%. Đa phần cấu trúc khối u không rõ (81,8%). Phần lớn phẫu thuật theo kế hoạch (94,5%), chủ yếu là phẫu thuật nội soi (92,7%) với tuổi thai 13-17 tuần (83,6%). Phẫu thuật bóc u chiếm tỷ lệ lớn với 92,7%. U nang bì buồng trứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,1%. Sau phẫu thuật, chỉ có 01 bệnh nhân có ra máu chiếm tỷ lệ 1,8% và có 01 bệnh nhân sảy thai (1,8%). **Kết luận:** Phẫu thuật u buồng trứng ở thai phụ có thai 3 tháng giữa mang lại hiệu quả cao với biến chứng thấp. **Từ khóa:** Phẫu thuật, u buồng trứng, có thai 3 tháng giữa.

SUMMARY

ANALYSIS OF OVARIAN CYST SURGERY AMONG SECOND TRIMESTER PREGNANT WOMEN

Objective: Describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment results of ovarian cyst in pregnant women in the second trimester. **Research method:** Retrospective, cross-sectional study, including 55 pregnant women in the second trimester diagnosed with ovarian tumors who underwent surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from June 2020 to June 2023. **Results:** The average age of pregnant women was 28.2 ± 5.4 years old. The most common age group was 26 - 30 years old, accounting for 56.4%. Tumor detection during prenatal check-ups and routine ultrasound was the highest at 87.3%. The average tumor size was 9.2 ± 5.1 cm, the most common was 5 - 10 cm, accounting for 76.4%. Mixed tumors on ultrasound accounted for a high proportion at 70.1%. Most of the tumor structures were unclear (81.8%). Most of the surgeries were planned (94.5%), mainly laparoscopic surgery (92.7%) with a gestational age of 13-17 weeks (83.6%). Tumor enucleation accounted for a large proportion at 92.7%. Ovarian dermoid cysts accounted for the highest proportion at 69.1%. After surgery, only 01 patient had bleeding (1.8%) and 01 patient had miscarriage (1.8%). **Conclusion:** Ovarian tumor surgery in pregnant women in the second trimester is highly effective with low complications.

Keywords: Surgery, ovarian cyst, second trimester pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện A Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bounlailee Chiabeele

Email: bounlailee09@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

U nang buồng trứng là bệnh hay gặp ở phụ nữ, đặc biệt trong lứa tuổi sinh sản. Bệnh thường tiến triển lặng lẽ trong thời gian dài¹. Thường không có biểu hiện lâm sàng điển hình, nhưng có thể gặp các biến chứng đòi hỏi phải can thiệp ngoại khoa cấp cứu như xoắn u. Chính vì vậy, việc phát hiện và điều trị sớm u nang buồng trứng khi khối u còn nhỏ không những góp phần làm giảm những biến chứng gây nguy hiểm hoặc ung thư mà còn có khả năng bảo tồn được một phần buồng trứng lành, phòng được một nguyên nhân đẻ khó do u tiền đạo. Điều này vô cùng có ý nghĩa với phụ nữ đang mang thai. Tỷ lệ khối u buồng trứng kết hợp với thai nghén tại các nước dao động từ 2%-5%¹ còn ở Việt Nam dao động từ 4,33% đến 6,59%². Theo một số tác giả thì khối u buồng trứng nên mổ vào tuần 16-20 của thai kỳ vì lúc này thai đã lớn và phát triển nên giảm được tỷ lệ sảy thai, đẻ non. Tuy nhiên theo một số tác giả lại cho rằng chỉ nên mổ cấp cứu khi có biến chứng của khối u buồng trứng để tránh gây những ảnh hưởng tới sức khỏe của người mẹ và thai nhi. Đến nay, việc xử trí u buồng trứng ở bệnh nhân có thai chưa có nhiều nghiên cứu. Chính vì vậy, nhằm giúp cho người thầy thuốc có hướng xử trí phù hợp và đem lại lợi ích tối đa về mặt sức khỏe cho mẹ và con ở những phụ nữ có u nang buồng trứng trong thai kỳ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nhận xét kết quả phẫu thuật u buồng trứng ở thai phụ có thai 3 tháng giữa" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những sản phụ có u buồng trứng ở thai phụ có thai 3 tháng giữa và kết quả xử trí khối u buồng trứng ở nhóm thai phụ trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những thai phụ có thai 3 tháng giữa (13 tuần – 27 tuần) kèm theo u buồng trứng được chẩn đoán và xử trí, theo dõi tại BVPSTƯ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nhớ chính xác ngày đầu tiên kỳ kinh cuối (bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt đều 28 – 30 ngày hoặc có siêu âm xác định tuổi thai trước 12 tuần dựa vào chiều dài đầu mông).

- Tất cả những sản phụ có thai 3 tháng giữa (13 tuần – 27 tuần) được chẩn đoán u buồng trứng được phẫu thuật tại Khoa điều trị theo yêu cầu - BVPSTƯ.

- Những khối u này có kết quả GPBL là u buồng trứng.

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ có kèm theo bệnh lý toàn thân
- Bệnh lý khối u khác: K giáp, K vú...
- Sản phụ thực hiện các biện pháp hỗ trợ sinh sản

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương, thời gian từ 06/2020 đến 06/2023.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học: tỷ lệ % kiểm định χ^2 , giá trị trung bình để đánh giá các biến số nghiên cứu. Ý nghĩa thống kê ở mức $P < 0,05$.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học, phòng sau Đại học y khoa Hà Nội và BVPSTƯ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố độ tuổi

Độ tuổi	n	%
<20	3	5,5
21-25	12	21,8
26-30	31	56,4
>30	9	16,3
Tổng	55	100
Độ tuổi trung bình	(X ± SD)	(Min – Max)
Tuổi trung bình	28,2 ± 5,4	18 - 49

Nhận xét: Nhóm tuổi thường gặp nhất 21 – 30 tuổi chiếm tỉ lệ 78,2%.

Độ tuổi trung bình 28,2 ± 5,4 tuổi, nhỏ tuổi nhất 18 tuổi và nhiều tuổi nhất là 49 tuổi.

Bảng 2. Lý do vào viện

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	6	10,9
Ra máu	1	1,8
Khám thai, siêu âm	48	87,3
Tổng số (n)	55	100

Nhận xét: Lý do phát hiện khối u do đi khám thai và siêu âm định kỳ là cao nhất, chiếm tỷ lệ 87,3%. Phát hiện ra khối u khi có triệu chứng lâm sàng đau bụng là 10,9%.

Bảng 3. Kích thước khối u

Kích thước	n	%
<5 cm	3	5,4
5-10 cm	42	76,4
>10 cm	10	18,2
Tổng	55	100
Kích thước khối u trung bình	(X ± SD)	(Min – Max)
Kích thước u	9,2 ± 5,1	4 - 32

Nhận xét: Kích thước khối u thường gặp

nhất 5 – 10 cm, chiếm tỉ lệ 76,4%

Khối u có kích thước trung bình $9,2 \pm 5,1$ cm, nhỏ nhất là 4cm và to nhất là 32cm.

Bảng 4. Tính chất khối u trên siêu âm

Tính chất u trên siêu âm		n	%
Mật độ	Dạng nang	17	30,9
	Dạng hỗn hợp	39	70,1
Cấu trúc	Vách	8	14,5
	Thùy	2	3,6
	Không rõ	45	81,8
Cấu trúc nhú	Có	2	3,6
	Không	53	96,4

Nhận xét: Khối u dạng hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất với 70,1%. Đa phần cấu trúc khối u không rõ trên siêu âm (81,8%). Cấu trúc có nhú trong u không rõ trên siêu âm chiếm 96,4%.

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		n	%
Phẫu thuật	Mổ phiến	52	94,5
	Mổ cấp cứu	3	5,5
Loại phẫu thuật	Mổ nội soi	51	92,7
	Mổ mở	4	7,3
Phương pháp	Bóc u	51	92,7
	Cắt u	4	7,3
Giải phẫu bệnh	Nang nước	5	9,1
	Nang nhầy	10	18,2
	Nang bì	38	69,1
	LNMTCT	1	1,8
	Nang hoàng thể	1	1,8

Nhận xét: Phẫu thuật theo kế hoạch mổ phiến (94,5%) là chủ yếu. Phần lớn là phẫu thuật nội soi (92,7%), mổ mở chiếm 7,3%. Phẫu thuật bóc u là chủ yếu với 92,7%. U nang bì buồng trứng chiếm tỉ lệ cao nhất với 69,1%. Nang nhầy chiếm tỉ lệ 18,2%. Nang nước gặp 9,1%, nang LNMTCT chiếm 1,8% và nang hoàng thể gặp 1,8%. Tất cả các trường hợp UBT trong nghiên cứu của chúng tôi đều lành tính.

Bảng 6. Tình trạng sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật	n	%
Tình trạng mẹ		
Ổn định	54	98,2
Ra máu	1	1,8
Tổng	55	100,0
Tình trạng thai		
Ổn định	54	98,2
Sảy thai	1	1,8
Tổng	55	100,0

Nhận xét: Sau phẫu thuật, chỉ có 01 bệnh nhân có ra máu chiếm tỉ lệ 1,8% và có 01 bệnh nhân sảy thai (1,8%).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi thường gặp nhất 21 – 30 tuổi chiếm tỉ

lệ 78,2%. Độ tuổi trung bình $28,2 \pm 5,4$ tuổi, nhỏ tuổi nhất 18 tuổi và nhiều tuổi nhất là 49 tuổi. Đây là nhóm tuổi trẻ hoặc mới lập gia đình, nhóm tuổi này mong muốn có thai nhưng lại chưa có thói quen khám sức khỏe phụ khoa định kỳ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Nguyễn Thị Mến³ với tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là $26,9 \pm 5,2$ tuổi, tỷ lệ hay gặp nhất là từ 20-29 tuổi với tỷ lệ 69%.

Lý do vào viện: Chúng tôi ghi nhận lý do phát hiện khối u do đi khám thai và siêu âm định kỳ là cao nhất, chiếm tỷ lệ 87,3%. Phát hiện ra khối u khi có triệu chứng lâm sàng đau bụng chỉ là 10,9%. Nhìn chung các khối u buồng trứng có các triệu chứng rất nghèo nàn, nếu trong quá trình mang thai người phụ nữ không đi khám thai định kỳ hoặc không khám phụ khoa trước khi mang thai thì việc chẩn đoán khối u buồng trứng gặp nhiều khó khăn và dễ bị bỏ qua. Việc chẩn đoán khối u buồng trứng trong thời kì mang thai chủ yếu là thông qua siêu âm nhất là giai đoạn trước khi mang thai và mang thai ở giai đoạn 3 tháng đầu thời kì thai nghén. Bệnh nhân thường được phát hiện tình cờ khi đi khám thai hoặc siêu âm vì nhiều khi khối u tồn tại mà không gây triệu chứng gì đặc biệt khiến bệnh nhân phải chú ý hoặc nếu bác sĩ khám không kỹ nên cũng không phát hiện ra. Nguyễn Thị Mến³ cũng có kết quả tương tự khi đau bụng chiếm tỷ lệ 15,5%. Chỉ có 1 trường hợp có ra máu. Phát hiện khối U buồng trứng trong quá trình đi khám thai định kỳ và siêu âm chiếm tỷ lệ cao nhất (83,5%). Theo John, 37% khối u không được phát hiện ở quý I và quý II thường bị bỏ qua và chỉ được phát hiện khi khám lúc chuyển dạ hoặc gây ra các biến chứng như chuyển dạ kéo dài, ngôi bất thường: ngang, ngược, đầu cao, chéch...hoặc biến chứng xoắn nang.

Kích thước khối UBT: Kích thước khối u thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 5 – 10 cm, chiếm tỉ lệ 76,4%. Khối u <5cm chiếm tỉ lệ thấp nhất với 5,4% và 18,2% gặp khối u > 10cm. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u có kích thước trung bình $9,2 \pm 5,1$ cm, nhỏ nhất là 4cm và to nhất là 32cm. Tỷ lệ khối u có kích thước những khối u ≤ 5 cm ở những tuổi thai ≤ 12 tuần thì khả năng là nang cơ năng rất cao, có thể mất đi sau 12 tuần, tỷ lệ khối u có kích thước lớn không cao (trên 10cm), có thể một phần do các khối u này gây ra triệu chứng tức nặng bụng dưới, khiến người bệnh phát hiện ra và phẫu thuật từ trước khi có thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Nguyễn Thị Mến³ với khối u có kích thước ≤ 5 cm có tỷ lệ phẫu thuật thấp nhất 3,9%, khối u kích

thước 6 - 10cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,7%. Kha Thị Trâm tỷ lệ khối UBT kích thước 6 -10 cm là 51,05%^{4,5}. Tác giả Ngu S.F và cộng sự (2014) cũng ghi nhận kích thước tương tự với kích thước u buồng trứng trung bình 79 ± 21 mm.⁶ Điều này chúng tôi có thể giải thích là tuổi của sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết hợp với ý thức khám phụ khoa định kỳ của người dân được nâng cao cùng với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh nên việc phát hiện các khối UBT sớm hơn và xử trí sớm hơn.

Cấu trúc khối UBT trên siêu âm: Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, khối u dạng hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất với 70,1%. Đa phần cấu trúc khối u không rõ trên siêu âm (81,8%), cấu trúc vách 14,5% và thùy chỉ gặp 3,6%. Kết quả cũng tương tự Nguyễn Thị Mến³ có cấu trúc khối u có vách chiếm tỷ lệ 18,4%, có thùy 3,9% và không rõ ràng chiếm tỷ lệ lớn nhất với 77,7%. Gần đây, siêu âm chẩn đoán đã có nhiều tiến bộ đáng kể, và trở thành phương tiện phổ biến, không xâm nhập, không xâm hại, đặc biệt sự phát triển của siêu âm Doppler giúp đi sâu vào nghiên cứu bản chất khối u cũng như dự đoán độ lành tính hay ác tính của chúng, giúp cho các nhà lâm sàng có kế hoạch điều trị phù hợp và hiệu quả. Đặc biệt trong thai kỳ, do đặc tính không xâm hại mà siêu âm càng có vai trò quan trọng trong khảo sát khối u buồng trứng. Chúng tôi ghi nhận cấu trúc có nhú trong u trên siêu âm gặp 3,6%. Năm 2008, nhóm phân tích khối u buồng trứng quốc tế (IOTA) đã công bố bảng phân loại theo quy tắc đơn giản trên siêu âm để đánh giá khả năng ác tính hoặc lành tính của u buồng trứng. Sau đó có rất nhiều công trình nghiên cứu đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của bảng phân loại này áp dụng trên lâm sàng. Năm 2016 A. Knafl và cộng sự đã công bố kết quả 1 nghiên cứu kéo dài 2 năm, tiến hành trên 226 người bệnh có khối u buồng trứng. Các người bệnh này được đánh giá tính chất khối u theo IOTA, sau đó được phẫu thuật, và so sánh với kết quả giải phẫu bệnh. Kết luận: Độ nhạy và độ đặc hiệu của phân loại IOTA để chẩn đoán độ ác tính của khối u buồng trứng lần lượt là 95,1% và 89,6%⁷.

Đặc điểm phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận phần lớn là phẫu thuật theo kế hoạch mổ phôi (94,5%). Theo các tác giả khuyến cáo, phần lớn quan điểm là phẫu thuật chủ động theo kế hoạch. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Nguyễn Thị Mến³ với tỷ lệ phẫu thuật theo kế hoạch chiếm tỷ lệ lớn là 93,2%.

Chúng tôi có 3/55 bệnh nhân phải mổ cấp cứu (5,5%): 2 bệnh nhân do u nang buồng

trứng xoắn, 1 bệnh nhân u to nguy cơ vỡ. Tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương tỷ lệ phẫu thuật của Ghazali và cộng sự thực hiện tại Malaysia trong 14 năm từ năm 2000 đến 2014, tỷ lệ này là 6,1%.⁸ Tuy nhiên có một số ít tác giả lại cho rằng chỉ cần phẫu thuật u buồng trứng trong thai kỳ trong trường hợp nghi ngờ u ác tính, hoặc có biến chứng, phải mổ cấp cứu như xoắn, vỡ u, các trường hợp còn lại hoàn toàn có thể theo dõi và xem xét xử lý sau khi kết thúc thai kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn là phẫu thuật nội soi (92,7%), mổ mở chỉ chiếm 7,3%, 4/55 trường hợp mổ mở bao gồm: 2 trường hợp ổ bụng quá dính và 2 trường hợp khối u quá to. Xử trí các khối u buồng trứng trong thai kỳ, hầu hết lựa chọn phẫu thuật nội soi các khối u buồng trứng khi chưa có triệu chứng, có kích thước dưới 10 cm hoặc u đặc hoặc u có chứa phần đặc, u có chồi hoặc vách, hoặc u có biến chứng.

Đặc điểm của khối u theo giải phẫu bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u nang bì buồng trứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,1%. Nang nhầy chiếm tỷ lệ 18,2%. Nang nước gặp 9,1%, nang lạc nội mạc tử cung chiếm 1,8% và nang hoàng thể gặp 1,8%. So sánh với nhiều nghiên cứu khác đều kết luận nang bì hay gặp nhất trong các khối UBT ở phụ nữ mang thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Nguyễn Thị Mến³ với tỷ lệ gặp nang bì cao nhất chiếm 65,0%, nang nhầy 17,5%, nang nước chiếm 8,7%, nang lạc nội mạc tử cung chiếm 1,9%, nang hoàng thể chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,0%, 01 nang khác là 01 trường hợp u giáp biên. Tất cả các trường hợp UBT trong nghiên cứu của chúng tôi đều lành tính. Kết quả này cũng phù hợp nhận định của các tác giả khác khi cho thấy tỉ lệ ác tính là rất thấp, theo Wang và cộng sự thì tỷ lệ ác tính là 3,3%.⁹

Tình trạng sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật, chúng tôi chỉ có 01 bệnh nhân ra máu chiếm tỷ lệ 1,8% và có 01 bệnh nhân sảy thai (1,8%). Trong thời gian nằm viện, mọi thai nhi được theo dõi sát và ổn định đến khi ra viện, 1 trường hợp sảy thai tự nhiên sau phẫu thuật 10 ngày. Trường hợp sảy thai: bệnh nhân 25 tuổi được chỉ định phẫu thuật chủ động vì u bì buồng trứng ở tuổi thai 14 tuần và bị biến chứng xoắn u hoại tử đến muộn sau 3 ngày. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác, theo Hoàng Thị Hiền tỷ lệ sảy thai là 3,06%.⁴ Còn theo Lê Hải Dương nghiên cứu về u buồng trứng xoắn, trong 33 trường hợp bị u buồng trứng xoắn ở phụ nữ mang thai thì sảy thai chiếm 3,03%¹⁰. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có tai biến do PTNS, không có trường hợp nào chọc Trocart vào tử cung mang thai hay chảy máu. Thành công này có được ngoài tay nghề của phẫu thuật viên còn kèm theo sự cẩn trọng và tỉ mỉ khi chuẩn bị người bệnh trước mổ với phương tiện phẫu thuật nội soi hiện đại và kẹp Gây mê – Hồi sức thành thạo.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật u buồng trứng ở thai phụ có thai 3 tháng giữa mang lại hiệu quả cao với biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Creasman, W.T., R.S. Mannel, D.G. Mutch, et al.** DiSaia and Creasman Clinical Gynecologic Oncology. Elsevier Health Sciences.2022.
2. **Mỹ, Đ.T.** Tình hình khối u buồng trứng tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tạp chí Thông tin Y được.1996; 1(2): Tr. 50 -54.
3. **Nguyễn Thị Mến, Nguyễn Bắc, N. Ngô Anh Toàn.** Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng ở phụ nữ có thai 3 tháng giữa tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương năm 2021-2023. Tạp chí Y học Cộng đồng.2024; 65.
4. **Hoàng Thị Hiền.** Tình hình phẫu thuật khối u buồng trứng tại phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2001 - 2006, in Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội. 2006.
5. **Kha Thị Trâm.** Tình hình điều trị phẫu thuật các khối u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 01/2010 đến 31/12/2013. Luận văn Thạc sỹ Y học.(2014); Đại học Y Hà Nội, Tr 24 – 28.
6. **Ngu, S.-F., V.Y.T. Cheung, and T.-C.** Pun Surgical management of adnexal masses in pregnancy. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.2014;18(1):Tr.71-75.
7. **Knafel, A., T. Banas, A. Nocun, et al.** The Prospective External Validation of International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Simple Rules in the Hands of Level I and II Examiners. Ultraschall Med.2016; 37(5): Tr. 516-523.
8. **Wan Ghazali, W.A.H.B., N.A. Shukri, and N.H.A.N.B.** Abdul Halim Laparoscopic cystectomy in pregnancy, a viable solution - A 14 years series. Gynecology and minimally invasive therapy.2017; 6(4): Tr. 157-161.
9. **Wang, P.H., C.C. Yuan, H.T. Chao, et al.** Ovarian surgery during pregnancy and puerperium: twelve-year experience at the Veterans General Hospital-Taipei. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).1998; 61(6): Tr. 324-331.
10. **Lê Hải Dương.** Nghiên cứu tình hình các khối u buồng trứng xoắn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong mười năm (1992 - 2001), in Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.2004.

CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI ỐNG MỀM KỸ THUẬT SỐ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hữu Thanh¹, Nguyễn Minh Tuấn², Hoàng Long^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ định và kết quả điều trị sỏi thận bằng tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng kỹ thuật số tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân được điều trị bằng fURS kỹ thuật số từ 5/2023 đến 7/2025. Các chỉ số gồm đặc điểm chỉ định, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ và sau 1 tháng, tổn thương niệu quản theo phân loại Traxer, thời gian nằm viện và thời gian lưu JJ. **Kết quả:** fURS kỹ thuật số được chỉ định chủ yếu cho bệnh nhân sỏi đài dưới (56,9%) và bể thận (52,0%), kích thước trung bình $12,9 \pm 4,5$ mm, đa số có triệu chứng đau thắt lưng (98,4%) và chưa từng can thiệp trước đó (87,0%). Thời gian phẫu thuật trung bình $65,04 \pm 22,57$ phút, thời gian tán sỏi $49,68 \pm 21,61$

phút. Tỷ lệ sạch sỏi (≤ 4 mm) đạt 75,6% ngay sau mổ và 87,8% sau 1 tháng ($p < 0,01$). Không ghi nhận tổn thương niệu quản độ ≥ 2 , đa số ở độ 1 (69,9%). Thời gian nằm viện trung bình $4,89 \pm 4,51$ ngày, chủ yếu 3–4 ngày (70,7%). Thời gian lưu JJ trung bình $14,04 \pm 8,32$ ngày, đa số 8–14 ngày (65,9%). **Kết luận:** fURS kỹ thuật số là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỷ lệ sạch sỏi cao, biến chứng thấp và thời gian hồi phục ngắn, phù hợp triển khai tại các trung tâm ngoại khoa lớn. **Từ khóa:** sỏi thận, nội soi ống mềm, tán sỏi kỹ thuật số, Bạch Mai.

SUMMARY

INDICATIONS AND RESULTS OF DIGITAL FLEXIBLE URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY IN THE MANAGEMENT OF RENAL STONES AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the indications and outcomes of renal stone management using digital flexible ureteroscopy (fURS) at Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 123 patients who underwent digital fURS between May 2023 and July 2025. Parameters included indications, operative time, stone-free rate immediately after surgery and at 1 month, ureteral injury according to the Traxer

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Thanh

Email: drthanh121982@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025