

rung nhĩ (điện tâm đồ/ Holter) và can thiệp phòng ngừa đột quỵ kịp thời (đánh giá CHA₂DS₂-VASC, chỉ định kháng đông khi phù hợp).

V. KẾT LUẬN

Thang điểm HARMS₂-AF lượng hóa đóng góp tương đối của các yếu tố lối sống đối với nguy cơ rung nhĩ. Ở người bệnh đái tháo đường, thang điểm này có giá trị dự báo nguy cơ: điểm càng cao → nguy cơ rung nhĩ càng lớn. Vì vậy, HARMS₂-AF hữu ích để phân tầng nguy cơ, xác định nhóm nguy cơ cao và hỗ trợ ra quyết định sàng lọc/chẩn đoán sớm cũng như triển khai can thiệp lối sống và dự phòng có mục tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colilla S, Crow A, Petkun W, Singer DE, Simon T, Liu X. Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. *Am J Cardiol.* 2013; 112(8): 1142-1147. doi:10.1016/j.amjcard.2013.05.063
2. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based

- cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA.* 1994;271(11):840-844.
3. Huxley RR, Filion KB, Konety S, Alonso A. Meta-analysis of cohort and case-control studies of type 2 diabetes mellitus and risk of atrial fibrillation. *Am J Cardiol.* 2011;108(1):56-62. doi:10.1016/j.amjcard.2011.03.004.
4. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). *Eur Heart J.* 2006; 27(16): 1979-2030. doi:10.1093/eurheartj/ehl176
5. Segan L, Canovas R, Nanayakkara S, et al. New-onset atrial fibrillation prediction: the HARMS₂-AF risk score. *Eur Heart J.* 2023;44(36): 3443-3452. doi:10.1093/eurheartj/ehad375
6. Öncel CR, Köseoğlu C, Dağışan G, et al. Predicting Postoperative Atrial Fibrillation Using HARMS₂-AF Score. *Anatol J Cardiol.* 2024;28(11): 550. doi:10.14744/AnatolJCardiol.2024.4470

PHÂN TÍCH THÀNH PHẦN SỎI THẬN THEO TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

Nguyễn Xuân Chiến¹, Đỗ Anh Toàn², Nguyễn Đạo Thuận²,
Lê Trọng Khôi¹, Nguyễn Ngọc Thái², Nguyễn Văn Khoa¹,
Phan Thành Thống¹, Nguyễn Thái Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên hệ giữa thành phần sỏi thận theo tuổi và giới tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân mổ sỏi thận tại khoa phẫu thuật điều trị sỏi thận chuyên sâu, bệnh viện Bình Dân, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca, từ tháng 7/2023-8/2024. **Kết quả:** Trong 13 tháng, chúng tôi thu thập được 450 đơn vị sỏi (442 bệnh nhân), trong đó có 363 (80.67%) TH được lấy sỏi thận qua da, 47 (10.44%) TH được phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản hoặc bể thận, 30 (6.67%) TH được nội soi tán sỏi thận hoặc niệu quản, 10 (2.22%) TH được mổ mở lấy sỏi thận. Tuổi trung bình là 52.81 ± 11.84. Tỷ lệ nam/nữ là 1.45 (266/184). Sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi ở cả 2 giới. Sỏi whewellite có xu hướng tăng theo tuổi, đến sau 70 thì lại giảm. Sỏi hydroxyapatite giảm theo tuổi, đến sau 60 lại tăng nhẹ. Nam giới có xu hướng bị các loại sỏi canxi oxalat hơn nữ giới nói chung (77.06% và 45.65%,

$P < 0.001$), Xét riêng, sỏi whewellite (61.65% và 37.5%, $P < 0.001$) và sỏi weddellite (15.41% và 8.15%, $P = 0.034$) có sự khác biệt giữa 2 giới. Phụ nữ có xu hướng bị sỏi hydroxyapatite cao hơn nam giới (38.59% và 15.79%, với $P < 0.001$), tương tự với sỏi struvite (7.07 và 1.5%, với $P = 0.005$). **Kết luận:** Sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi. Nam giới có xu hướng bị các loại sỏi canxi oxalat nói chung và sỏi whewellite lẫn weddellite nói riêng. Trong khi đó phụ nữ có xu hướng bị sỏi hydroxyapatite và struvite.

Từ khóa: sỏi thận, phân chất sỏi niệu.

SUMMARY

ANALYSIS OF KIDNEY STONE COMPOSITION BY AGE AND GENDER

Objective: to evaluate the association between kidney stone composition regarding age and gender. **Subjects and Methods:** Patients undergoing kidney stone surgery at the specialized kidney stone treatment department of Binh Dan Hospital who agreed to participate in the study were included. The prospective study described a series of cases from July 2023 to August 2024. **Results:** Over the course of 13 months, we collected data from 450 stone units (442 patients), of which 363 (80.67%) cases underwent percutaneous nephrolithotomy, 47 (10.44%) cases underwent retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for renal pelvic or ureteral stones, 30

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn

Email: doanhtoan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

(6.67%) cases underwent semirigid laser ureterolithotripsy for pelvic or ureteral stones, and 10 (2.22%) cases underwent open surgery for kidney stone removal. The average age was 52.81 ± 11.84 years. The male-to-female ratio was 1.45 (266/184). Calcium oxalate stones are predominant across all age groups in both genders. Whewellite stones tend to increase with age, decreasing after 70. Hydroxyapatite stones decrease with age, slightly increasing after 60. Men are generally more prone to calcium oxalate stones than women (77.06% and 45.65%, $P < 0.001$). Specifically, whewellite stones (61.65% and 37.5%, $P < 0.001$) and weddellite stones (15.41% and 8.15%, $P = 0.034$) show a difference between the two genders. Women are more prone to hydroxyapatite stones than men (38.59% and 15.79%, with $P < 0.001$), similarly with struvite stones (7.07 and 1.5%, with $P = 0.005$).

Conclusion: Calcium oxalate stones were predominant across all age groups. Males were more likely to develop calcium oxalate stones in general, whewellite and weddellite stones in particular. In contrast, females were more likely to develop hydroxyapatite and struvite stones.

Keywords: kidney stone, stone analysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Bệnh có tỉ lệ tái phát cao, do vậy vấn đề phòng ngừa sỏi sau điều trị rất quan trọng và cần được chú ý¹⁻³. Hiện nay, theo các guideline của các hội tiết niệu lớn trên thế giới, mỗi loại sỏi có tính thể khác nhau sẽ có phác đồ phòng ngừa khác nhau¹. Một vài nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy nguy cơ một bệnh nhân phát triển một loại sỏi có liên quan đến giới tính cũng như theo nhóm tuổi [4]. Hiện ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá mối liên hệ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Bệnh nhân bị sỏi thận có chỉ định can thiệp ngoại khoa

Dân số nghiên cứu: Bệnh nhân mổ sỏi thận tại khoa phẫu thuật điều trị sỏi thận chuyên sâu, bệnh viện Bình Dân, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca

Thời gian lấy mẫu: Từ tháng 7/2023-8/2024

Địa điểm nghiên cứu: Khoa niệu, bệnh viện Bình Dân

Phương pháp phân chất sỏi: quang phổ hồng ngoại và nhiễu xạ tia X, được đối chiếu và đưa ra kết luận cuối cùng. Nơi thực hiện: Trung tâm dịch vụ phân tích thí nghiệm Tp. Hồ Chí Minh

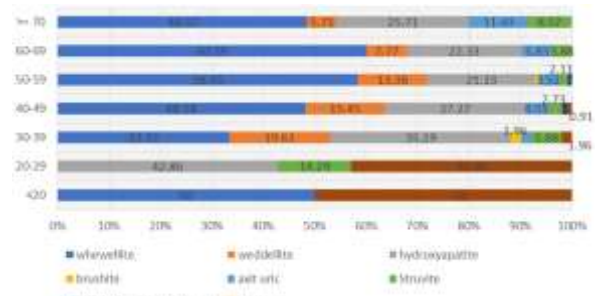
Tính toán thống kê: Sử dụng phần mềm Stata 15.1 cho Mac Os, thực hiện các phép kiểm t, chi bình phương và Fisher (với vọng trị thấp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong hơn 13 tháng, chúng tôi thu thập được 450 đơn vị sỏi (442 BN), trong đó nam chiếm 59.11 % (266 BN), nữ chiếm 40.89% (184 BN). Trong 450 mẫu này có 363 (80.67%) TH được lấy sỏi thận qua da, 47 (10.44%) TH được phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản hoặc bể thận, 30 (6.67%) TH được nội soi tán sỏi thận hoặc niệu quản, 10 (2.22%) TH được mổ mở lấy sỏi thận.

Tuổi trung bình là 52.81 ± 11.84 , nhỏ nhất là 15 tuổi, lớn nhất là 85 tuổi.

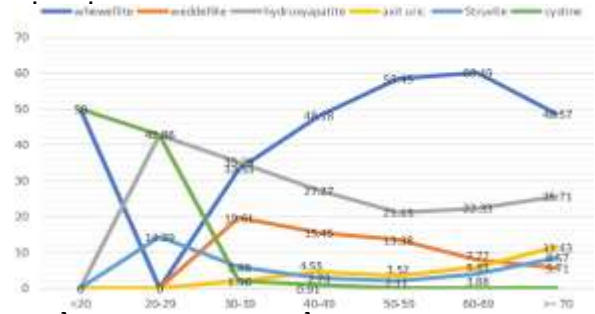
Trong các loại sỏi được phân chất thì Sỏi canxi oxalat chiếm tỉ lệ cao nhất, với 64.22%, gồm whewellite (calcium oxalat monohydrate) 51.78% và weddellite (calcium oxalat dihydrate) 12.44%. Sỏi phosphat chiếm 25.55% gồm hydroxyapatite chiếm 25.11% và Brushite 0.44%. Sỏi axit uric chỉ chiếm 4.67%. Sỏi nhiễm khuẩn gồm struvite chiếm 3.78% và ammonium hydrogen urate chiếm 0.44%. Sỏi hiếm cystine là 1.33%.



Biểu đồ 1: Tỉ lệ các loại sỏi theo lứa tuổi (%)

Nhận xét: Do số BN <30 tuổi khá ít (7) nên chúng tôi chỉ nhận xét các nhóm tuổi lớn hơn (≥ 30)

Theo đó, sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi, cụ thể sỏi canxi oxalat xuất hiện đặc biệt nhiều ở nhóm tuổi 50-69 tuổi.



Biểu đồ 2: Sự thay đổi tỉ lệ các loại sỏi theo lứa tuổi (%)

Nhận xét: Nếu không tính số BN < 30 tuổi, sỏi whewellite có xu hướng tăng theo tuổi, đến

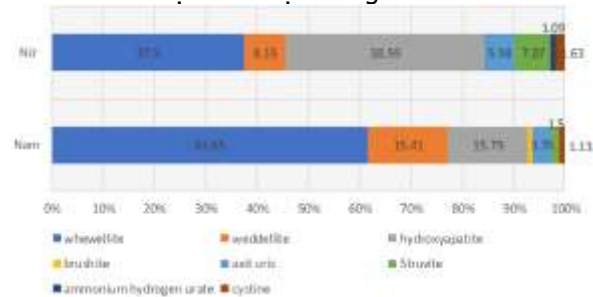
sau 70 thì lại giảm. Sỏi hydroxyapatite giảm theo tuổi, đến sau 60 lại tăng nhẹ. Các loại sỏi khác có sự biến động không lớn giữa các nhóm tuổi.

▪ **Giới tính:**

Bảng 1: Tỷ lệ nam/nữ theo các nhóm tuổi

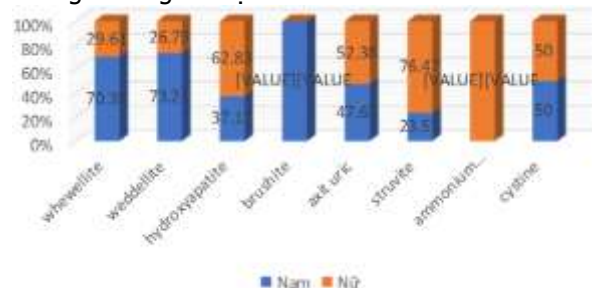
Nhóm tuổi	Tỉ lệ (n)	John C. Lieske ⁴	Giá trị P
<20	1 (1/1)	0.64 (469/735)	
20-29	0.4 (2/5)	0.62 (1588/2548)	
30-39	2.0 (34/17)	0.97 (3229/3331)	0.013
40-49	1.39 (64/46)	1.45 (4884/3369)	0.833
50-59	1.78(91/51)	1.65 (6160/3724)	0.667
60-69	1.02 (52/51)	1.92 (5300/2765)	0.001
≥70	1.69 (22/13)	1.89 (3561/1882)	0.750
Chung	1.45 (266/184)	1.37 (25169/18354)	0.584

Nhận xét: So với báo cáo của tác giả Lieske, tỉ lệ nam/nữ trong các nhóm tuổi của chúng tôi khá tương đồng, trừ 2 nhóm 30-39 và 60-69 thì có sự khác biệt thống kê.



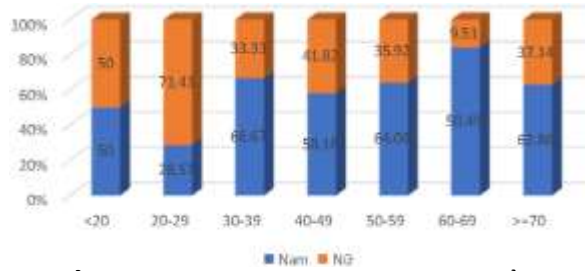
Biểu đồ 3: Tỷ lệ các loại sỏi theo giới tính (%)

Nhận xét: Nam giới có khuynh hướng bị các loại sỏi canxi oxalat nhiều hơn, đặc biệt là sỏi whewellite nói riêng. Trong khi đó phụ nữ có khuynh hướng bị sỏi hydroxyapatite và struvite cao hơn nam giới. Sỏi acid uric và cystin chênh lệch không nhiều giữa 2 giới. Sỏi brushite và ammonium do chỉ có số liệu ở một giới nên không đánh giá được.



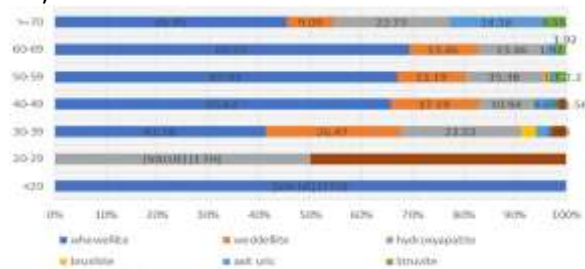
Biểu đồ 4: Tỷ lệ giới tính theo các loại sỏi (%)

Nhận xét: Nam giới có khuynh hướng bị các loại sỏi canxi oxalat. Trong khi đó phụ nữ có khuynh hướng bị sỏi hydroxyapatite, struvite và axit uric. Các sỏi brushite và ammonium hydrogen urate do số lượng quá ít nên khó đánh giá.



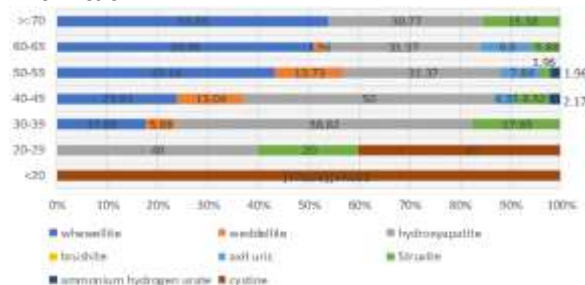
Biểu đồ 5: Tỷ lệ giới tính theo nhóm tuổi (%)

Nhận xét: Nam giới chiếm tỉ lệ bệnh nhân cao hơn nữ giới trong hầu hết nhóm tuổi, đặc biệt là từ 30 tuổi trở lên. Tuy nhiên nhóm tuổi dưới 30 thì nữ có vẻ chiếm ưu thế hơn, dù số lượng BN <30 tuổi trong mẫu chúng tôi chỉ là 9 BN, còn khá ít.



Biểu đồ 6: Tỷ lệ các loại sỏi theo nhóm tuổi ở nam (%)

Nhận xét: Trong các nhóm tuổi ở nam thì sỏi canxi oxalat vẫn chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi.



Biểu đồ 7: Tỷ lệ các loại sỏi theo nhóm tuổi ở nữ (%)

Nhận xét: Trong các nhóm tuổi ở nữ thì sỏi canxi oxalat chỉ chiếm ưu thế ở nhóm tuổi ≥ 50, trong khi đó nhóm tuổi 30-49 thì sỏi hydroxyapatite lại chiếm ưu thế.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thành phần sỏi chung. Nhìn vào biểu đồ 1 cho thấy ở cả 2 giới, sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi, đặc biệt sỏi canxi oxalat xuất hiện nhiều ở nhóm tuổi 50-69 tuổi, nhưng không có sự khác biệt về loại sỏi này ở các nhóm tuổi ($P=0.094$). Chúng tôi cũng không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa với sỏi weddellite ($P=0.126$), hydroxyapatite ($P=$

0.254), struvite ($P=0.279$), acid uric ($P=0.334$). Tuy nhiên khi xét riêng sỏi whewellite thì cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm tuổi ($P=0.018$).

Nhìn vào biểu đồ 2, nếu không tính số BN < 30 tuổi, sỏi whewellite có xu hướng tăng theo tuổi, đến sau 70 thì lại giảm. Sỏi hydroxyapatite giảm theo tuổi, đến sau 60 lại tăng nhẹ. Điều này khá tương đồng với tác giả John C. Lieske, khi cho thấy tỷ lệ sỏi apatit tăng và tỷ lệ sỏi CaOx giảm ở người cao tuổi⁴. Các loại sỏi khác có sự biến động không lớn giữa các nhóm tuổi.

Nghiên cứu của Daudon cũng cho thấy sỏi canxi oxalat chiếm tỉ lệ cao nhất ở các lứa tuổi, đặc biệt là nam giới trung niên⁵. Nghiên cứu của John C. Lieske thì khi xét chung 2 giới, sỏi canxi oxalat thường phổ biến ở nhóm cao tuổi (40-70) ($P<0.001$), sỏi hydroxyapatite thường gặp ở nhóm 20-29 ($P<0.001$), sỏi axit uric thì thường gặp ở nhóm ≥ 70 ($P<0.001$)⁴. Ngoài ra, chỉ duy nhất nhóm tuổi 20-29 mà ở đó sỏi hydroxyapatite chỉ chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại sỏi⁴.

4.2. Thành phần sỏi theo từng giới. Nhìn vào biểu đồ 3 có thể thấy, nam giới trong nghiên cứu này có khuynh hướng bị các loại sỏi canxi oxalat hơn nữ giới nói chung (77.06% và 45.65%, $P<0.001$), tương đồng với Daudon, Seitz và Lieske^{4,6}. Xét riêng, chúng tôi cũng thấy sỏi whewellite (61.65% và 37.5%, $P<0.001$) và sỏi weddellite (15.41% và 8.15%, $P=0.034$) có sự khác biệt giữa 2 giới.

Trong khi đó, phụ nữ có khuynh hướng bị sỏi hydroxyapatite cao hơn nam giới (38.59% và 15.79%, với $P<0.001$), tương tự với sỏi struvite (7.07 và 1.5%, với $P=0.005$). Kết quả này cũng tương đồng với Seitz, Lieske và Daudon^{4,6}. Nghiên cứu này, sỏi acid uric không cho thấy sự khác biệt giữa 2 giới. Sỏi cystine, brushite và ammonium do số lượng quá ít nên chúng tôi không đưa vào khi phân tích thống kê.

Phụ nữ có xu hướng cao hơn nam giới trong việc mắc sỏi hydroxyapatite, có lẽ do nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu cao hơn. Đặc biệt, các vi khuẩn chứa urease làm tăng pH nước tiểu, là môi trường thích hợp cho độ bão hòa hydroxyapatite. Nhìn chung, các yếu tố thúc đẩy hình thành sỏi ở phụ nữ trẻ tuổi có thể khác với các yếu tố thúc đẩy hình thành sỏi ở người cao tuổi và nam giới⁴.

4.3. Thành phần sỏi theo nhóm tuổi

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này là 52.8, kết quả này khá tương đồng với các số liệu của thế giới, với tỉ lệ BN bị sỏi thận cao nhất thường ở thập niên thứ 4 đến thứ 6⁷. Nếu xét theo nhóm tuổi thì nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 50-59 (32.22%), tiếp theo là 40-49 tuổi

(24.44%). Nhóm tuổi < 20 trong mẫu của chúng tôi khá thấp, chỉ 2 BN (0.4%), một phần là vì bệnh viện Bình Dân là bệnh viện người lớn. Lứa tuổi bị sỏi nhiều nhất ở nam là 50-59 (34.21%), ở nữ là 50-59 (27.72%) và 60-69 (27.72%). Kết quả khá tương đồng với Seitz, khi mà đỉnh tuổi bị sỏi ở nam là 40-60, còn với nữ là hai khoảng tuổi 20-30 và sau mãn kinh (50-60)⁶.

Nhìn vào biểu đồ 6 và 7, ở nam giới từ 30 tuổi trở lên, sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế và có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm tuổi ($P=0.023$). Xét riêng, sỏi whewellite ($P<0.001$) và sỏi acid uric ($P=0.015$) cũng cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Tuy vậy, sỏi weddellite ($P=0.273$) và hydroxyapatite ($P=0.395$) lại không cho thấy sự khác biệt.

Trong khi đó, ở nữ từ 30 tuổi trở lên, sỏi canxi oxalat chỉ chiếm ưu thế ở nhóm tuổi ≥ 50 , nhóm tuổi 30-49 thì sỏi hydroxyapatite lại chiếm ưu thế. Khi xét chung sỏi canxi oxalat ($P=0.071$) hay xét riêng sỏi weddellite ($P=0.101$) lại không có khác biệt giữa các nhóm tuổi. Tuy vậy, xét riêng sỏi whewellite ($P=0.017$) lại cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa ở các nhóm tuổi. Sỏi hydroxyapatite ($P=0.084$) và sỏi struvite ($P=0.116$) cũng không cho thấy sự khác biệt ý nghĩa giữa các nhóm tuổi. Các thành phần sỏi khác trong nghiên cứu của chúng tôi có quá ít để đánh giá.

Theo Lieske và Daudon, sỏi acid uric thì thường gặp ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, đặc biệt là nam giới. Ngoài ra, có sự gia tăng tỉ lệ bị loại sỏi này khi tuổi càng cao ở cả 2 giới^{4,5}.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu của chúng tôi ghi nhận sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi, cụ thể sỏi canxi oxalat xuất hiện đặc biệt nhiều ở nhóm tuổi 50-69 tuổi. Ngoài ra, nam giới có khuynh hướng cao hơn bị các loại sỏi canxi oxalat nói chung và sỏi whewellite, weddellite nói riêng. Trong khi đó phụ nữ có khuynh hướng bị sỏi hydroxyapatite và struvite cao hơn.

VI. HẠN CHẾ

Sử tiến bộ của phẫu thuật sỏi thận theo hướng ít xâm lấn, hiện nay dùng các kĩ thuật tán vỡ sỏi, do vậy kết quả phân chất một lượng sỏi vỡ có thể không phản ánh hoàn toàn viên sỏi nguyên vẹn (chỉ đạt được qua mổ mở).

Chưa có cách phân loại sỏi sau phân chất chuẩn hoá trên thế giới.

VII. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tiến hành với sự hỗ trợ từ quỹ nghiên cứu khoa học của sở khoa học và

công nghệ Tp. Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **EAU.** EAU Urolithiasis Guidelines Edn. presented at the EAU Annual Congress Paris. 2024.
2. **Kasidas GP, Samuell CT, Weir TB.** Renal stone analysis: why and how? Ann Clin Biochem. Mar 2004;41(Pt 2): 91-7. doi:10.1258/000456304322879962
3. **Wong YV, Cook P, Somani BK.** The association of metabolic syndrome and urolithiasis. Int J Endocrinol. 2015;2015: 570674. doi:10.1155/2015/570674
4. **Lieske JC, Rule AD, Krambeck AE, et al.** Stone composition as a function of age and sex.

Clin J Am Soc Nephrol. Dec 5 2014;9(12):2141-6. doi:10.2215/cjn.05660614

5. **Daudon M, Doré J-C, Jungers P, Lacour B.** Changes in stone composition according to age and gender of patients: a multivariate epidemiological approach. Urological Research. 2004/06/01 2004;32(3):241-247. doi:10.1007/s00240-004-0421-y
6. **Seitz C, Fajkovic H.** Epidemiological gender-specific aspects in urolithiasis. World Journal of Urology. 2013/10/01 2013;31(5):1087-1092. doi:10.1007/s00345-013-1140-1
7. **Margaret S. Pearle MD P, Jodi A. Antonelli MD, Yair Lotan MD.** Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis. Campbell-Walsh Urology. 12 ed. Elsevier; 2020:9252-9405:chap 91.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT BÓC U XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Thắng¹, Đào Minh Hưng¹,
Đoàn Anh Đức², Nguyễn Hữu Hoàng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 292 bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật bóc u tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là $37,3 \pm 6,2$ tuổi. Triệu chứng thường gặp nhất là ra máu bất thường từ tử cung (50%), tiếp theo là bụng to lên (27,7%). Đa số có 1 nhân xơ (80,1%), trong đó khối u kích thước 61–80 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%). Về lựa chọn phẫu thuật, mổ mở chiếm đa số với 58,9%. Phân tích hồi quy cho thấy bệnh nhân có Hb <120 g/L (OR = 0,50; 95%CI: 0,27–0,94; p = 0,030) và u ≥ 81 mm (OR = 0,34; 95%CI: 0,14–0,83; p = 0,018) có khả năng cao được chọn mổ mở; trong khi u ≤ 40 mm là yếu tố quan trọng quyết định lựa chọn soi buồng tử cung (OR = 15,58; 95%CI: 2,28–106,2; p = 0,005). Về kết quả phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình là $61,4 \pm 21,6$ phút, với nội soi ổ bụng dài hơn mổ mở và soi buồng tử cung (p < 0,001). Thời gian nằm viện trung bình $4,6 \pm 1,05$ ngày; nhóm mổ mở có tỷ lệ nằm viện kéo dài hơn (p < 0,05). Tỷ lệ truyền máu trong mổ cao nhất ở nhóm mổ mở (21,5%), thấp nhất ở nội soi ổ bụng (7,4%) (p = 0,024). Tai biến sau mổ hiếm gặp, không có sự khác biệt giữa các nhóm. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc u

xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương an toàn, hiệu quả, biến chứng thấp và góp phần cải thiện tình trạng thiếu máu trước mổ. Việc mở rộng chỉ định phẫu thuật ít xâm lấn và tối ưu hóa điều trị trước mổ sẽ giúp nâng cao kết quả điều trị. **Từ khóa:** u xơ cơ tử cung, phẫu thuật bóc u xơ tử cung.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND DETERMINANTS INFLUENCING THE SELECTION OF SURGICAL APPROACHES FOR UTERINE FIBROID ENUCLEATION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Description of clinical features and determinants influencing the selection of surgical approaches for uterine fibroid enucleation at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 292 patients undergoing myomectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** The mean age of patients was 37.3 ± 6.2 years. The most common symptom was abnormal uterine bleeding (50%), followed by abdominal distension (27.7%). The majority had a single fibroid (80.1%), with tumors measuring 61–80 mm being the most frequent (31.5%). Open myomectomy accounted for 58.9%. Multivariate analysis showed that patients with preoperative Hb <120 g/L (OR = 0.50; 95%CI: 0.27–0.94; p = 0.030) and fibroid size ≥ 81 mm (OR = 0.34; 95%CI: 0.14–0.83; p = 0.018) were more likely to undergo open surgery, whereas fibroid size ≤ 40 mm strongly predicted hysteroscopic myomectomy (OR = 15.58; 95%CI: 2.28–106.2; p = 0.005). The mean operative time was 61.4 ± 21.6 minutes, with laparoscopic surgery being the longest and

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Minh Hưng

Email: hminhab@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025