

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 BỐC 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

hysteroscopic surgery the shortest ($p < 0.001$). The average hospital stay was 4.6 ± 1.05 days, with longer stays observed in the open group ($p < 0.05$). Intraoperative transfusion was most frequent in open myomectomy (21.5%) and lowest in laparoscopy (7.4%) ($p = 0.024$). Postoperative complications were rare and did not differ significantly between groups.

Conclusions: Myomectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology is safe and effective, with a low complication rate and improvement of preoperative anemia. Expanding the indications for minimally invasive surgery and optimizing preoperative management may further improve treatment outcomes.

Keywords: uterine fibroids, myomectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (u cơ trơn) là bệnh lý lành tính phổ biến nhất của tử cung, với tỷ lệ mắc dao động từ 20–50% ở phụ nữ trên 30 tuổi, thường gặp nhất trong độ tuổi sinh sản. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có khối u phát triển lớn, nhiều nhân hoặc ở vị trí đặc biệt, gây ra rong kinh, rong huyết, thiếu máu, đau bụng, chèn ép tiểu khung, rối loạn tiểu tiện, táo bón; đồng thời làm giảm khả năng sinh sản và làm tăng nguy cơ biến chứng sản khoa như sảy thai, thai lưu, đẻ non hay băng huyết sau đẻ. Những biểu hiện này khiến u xơ cơ tử cung trở thành một trong những chỉ định phẫu thuật phụ khoa thường gặp nhất.

Trong số các phương pháp điều trị, phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung giữ vai trò đặc biệt quan trọng ở nhóm bệnh nhân còn mong muốn bảo tồn tử cung và chức năng sinh sản. Bóc u có thể thực hiện bằng nhiều đường tiếp cận: mổ mở, nội soi ổ bụng hoặc nội soi buồng tử cung. Việc lựa chọn phương pháp phụ thuộc vào đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân, cũng như điều kiện kỹ thuật và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Như vậy, kết quả phẫu thuật không chỉ phụ thuộc vào bản thân khối u mà còn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật ngay từ đầu.

Tại Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản Trung ương là cơ sở chuyên khoa đầu ngành, tiếp nhận và điều trị số lượng lớn bệnh nhân u xơ cơ tử cung với đa dạng đặc điểm lâm sàng. Đây cũng là nơi triển khai đồng thời nhiều kỹ thuật phẫu thuật, từ mổ mở đến các phương pháp ít xâm lấn như nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung. Việc phân tích đặc điểm bệnh nhân và yếu tố liên quan đến chỉ định lựa chọn phương pháp phẫu thuật không chỉ có ý nghĩa phản ánh thực tiễn điều trị tại một trung tâm lớn, mà còn cung cấp bằng chứng khoa học giúp cá thể hóa điều trị, nâng cao hiệu quả và chất lượng chăm sóc bệnh nhân u xơ cơ tử cung.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành

nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xác định 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.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật bóc u xơ tử cung bằng phương pháp mổ mở, mổ nội soi và soi buồng tử cung cắt u xơ cơ bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, ghi chép đầy đủ thông tin của người bệnh, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng rõ ràng đầy đủ.
- Được chẩn đoán xác định là u xơ cơ tử cung bằng kết quả giải phẫu bệnh.
- Được chỉ định mổ bóc u xơ cơ tử cung bằng phẫu thuật mở bụng, phẫu thuật nội soi và soi buồng tử cung.
- Được theo dõi sau mổ, và được ra viện hoặc chuyển viện theo chỉ định chuyên môn của bác sĩ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ ghi chép không đầy đủ các thông tin
- Người bệnh được chỉ định mổ bóc u xơ cơ tử cung nhưng trong quá trình phẫu thuật không bảo tồn được tử cung, buộc phải cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn.
- Người bệnh được chẩn đoán trước mổ là u xơ cơ tử cung nhưng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ trả lời là bệnh lý khác mà không phải là u xơ cơ tử cung.
- Người bệnh được phẫu thuật ở cơ sở y tế khác chuyển đến để điều trị tiếp
- Người bệnh sau phẫu thuật chuyển đi cơ sở khác mà không đủ thông tin để đánh giá kết quả, theo dõi sau phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu thì đều được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Kỹ thuật phân tích số liệu

- Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 22.0 sau khi đã được xử lý.
- Tính toán và vẽ biểu đồ bằng phần mềm Excel (Microshop office 2007).
- Tính các tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, các thuật toán phân tích số liệu đơn biến, tính tỷ suất chênh OR.

- So sánh các giá trị trung bình của các biến định tính bằng T test, Kiểm định giá trị trung bình, kiểm định sự khác biệt của các biến định

tính bằng test, Fisher test, chọn mức ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật và các yếu tố liên quan

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật và các yếu tố liên quan

	Mổ mở		Nội soi ổ bụng		Nội soi buồng tử cung		P
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Tuổi, năm – trung bình ± SD	36,5 ± 6,3		37,5 ± 5,0		39,8 ± 6,5		0,118
Đã sinh con ≥1	133	58,6	48	21,1	46	20,3	0,065
Mong muốn sinh thêm	39	60,0	20	30,8	6	9,2	
Tiền sử mổ bụng (mổ đẻ/khác)	59	65,6	18	20,0	13	14,4	0,058
Thời gian phát hiện bệnh							
Dưới 1 tháng	53	18,2	18	6,2	28	9,6	<0,001
1 - 12 tháng	43	14,7	19	6,5	17	5,8	
Trên 12 tháng	76	26	31	10,6	7	2,7	
Hb trước mổ, g/L – trung bình ± SD	112,3±24,0		121,9±21,5		98,3±32,2		<0,001
Thiếu máu							
Không thiếu máu	73	25	43	14,7	14	4,8	<0,001
Thiếu máu	99	33,9	25	8,6	38	13	
Truyền máu trước mổ							
Không truyền	147	50,3	62	21,2	36	12,3	<0,001
Truyền máu	25	8,6	6	2,1	16	5,5	
ĐK lớn nhất (mm)							
≤ 40 mm	9	3,1	7	2,4	37	12,7	<0,001
41 - 60 mm	42	14,4	20	6,8	8	2,7	
61 - 80 mm	57	19,5	32	11	3	1	
≥ 81 mm	64	21,9	9	3,1	4	1,4	
Số lượng u xơ cơ tử cung							
1 nhân	129	44,2	55	18,8	50	17,1	<0,001
2 nhân	20	6,8	9	3,1	1	0,3	
≥ 3 nhân	23	7,9	4	1,4	1	0,3	
Nhóm FIGO 2018							
Phần lớn nằm trong buồng tử cung (FIGO 0-1)	4	7,6	0	0	48	92,4	<0,001
phần lớn trong cơ tử cung (FIGO 2-5)	140	72,9	50	26,0	2	1,1	
Phần lớn u nằm dưới thanh mạc (FIGO 6-7)	18	60,0	12	40,0	0	0	
Hỗn hợp	10	66,6	3	20	2	13,3	
FIGO 8	0	0	3	100	0	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi trung bình (36,5 $\pm$ 6,3; 37,5 $\pm$ 5,0; 39,8 $\pm$ 6,5, $p = 0,118$) và tiền sử sinh sản ($p > 0,05$) giữa ba nhóm. Tuy nhiên, Hb trước mổ khác biệt có ý nghĩa (112,3 $\pm$ 24,0; 121,9 $\pm$ 21,5; 98,3 $\pm$ 32,2 g/L, $p < 0,001$), với tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở nhóm soi buồng tử cung (73,1% so với 57,6% và 29,4%, $p < 0,001$). Tỷ lệ truyền máu trước

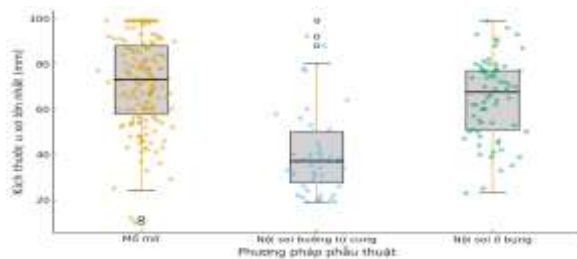
mổ cũng khác biệt rõ (30,8%; 14,5%; 8,8%, $p < 0,001$). Về đặc điểm khối u, mổ mở chủ yếu áp dụng cho u kích thước ≥ 81 mm và nhiều nhân, trong khi soi buồng tử cung chủ yếu dành cho u dưới niêm nhỏ ($p < 0,001$).

3.2. Các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật

Yếu tố liên quan	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến		
	OR (95% CI)	P	OR	CI	p-value
Mổ mở bóc u xơ và nội soi ổ bụng bóc u xơ cơ tử cung					
Tuổi ≥ 40	1.34 (0.75–2.39)	0.319	1.24 (0.66–2.34)		0.501
Huyết sắc tố < 120 g/dl	0.44 (0.24–0.77)	0.005	0.50 (0.27–0.94)		0.030
Kích thước lớn nhất khối u xơ ≥ 81	0.36 (0.15–0.85)	0.019	0.34 (0.14–0.83)		0.018

Tiền sử mổ (có)	0.69 (0.37–1.29)	0.243	0.75 (0.38–1.46)	0.394
Số nhân = 2 (vs 1)	1.45 (0.60–3.50)	0.412	1.38 (0.52–3.62)	0.516
Số nhân ≥ 3 (vs 1)	1.03 (0.47–2.25)	0.941	0.87 (0.38–2.00)	0.736
Mổ mở bóc u xơ và soi buồng tử cung bóc u xơ cơ tử cung				
Tuổi ≥ 40	2.83 (1.50–5.35)	0.001	3.28 (0.72–14.92)	0.125
Huyết sắc tố < 120 g/dl	1.45 (0.75–2.78)	0.268	0.30 (0.06–1.67)	0.170
Kích thước lớn nhất khối u xơ ≤ 40 mm	16.72 (6.12–45.68)	<0.001	15.58 (2.28–106.2)	0.005
Kích thước lớn nhất khối u xơ ≥ 81 mm	0.20 (0.05–0.79)	0.021	0.26 (0.03–2.15)	0.213
Tiền sử mổ (có)	0.64 (0.32–1.29)	0.210	1.09 (0.21–5.63)	0.915
Số nhân = 2 (vs 1)	1.07 (0.42–2.68)	0.891	1.06 (0.08–13.55)	0.965
Số nhân ≥ 3 (vs 1)	0.73 (0.33–1.64)	0.448	0.93 (0.11–7.92)	0.944



Biểu đồ 1. Kích thước u xơ lớn nhất và phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: với so sánh mổ mở và nội soi ổ bụng, bệnh nhân có Hb <120 g/L (OR=0,50;

95%CI: 0,27–0,94; $p=0,030$) và $u \geq 81$ mm (OR=0,34; 95%CI: 0,14–0,83; $p=0,018$) có khả năng cao được chọn mổ mở. Với so sánh mổ mở và soi buồng tử cung, yếu tố quyết định là $u \leq 40$ mm (OR=15,58; 95%CI: 2,28–106,2; $p=0,005$). Biểu đồ cho thấy mổ mở (58,9%, trung vị 73 mm) áp dụng cho u lớn, nội soi ổ bụng (23,3%, 67,5 mm) cho u trung bình, và soi buồng tử cung (17,8%, 37 mm) cho u nhỏ.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật bóc u theo đường mổ

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật của các từng phương pháp phẫu thuật

	Mổ mở		Nội soi ổ bụng		Nội soi buồng tử cung		P
Thời gian phẫu thuật (phút)							
Trung bình	59,1 ± 18,64		68,9 ± 22,36		48,13 22,47		<0,001
Ngắn nhất	30		30		20		
Dài nhất	130		130		20		
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Thời gian nằm viện sau mổ							
3-5 ngày	138	47,3	64	21,9	49	16,8	<0,05
6-8 ngày	33	11,3	4	1,4	3	1	
>8 ngày	1	0,3	0	0	0	0	
Truyền máu trong mổ							
Truyền máu trong và sau mổ	37	21,5	5	7,4	7	13,5	0,024
Tai biến trong và sau mổ	3	1,7	2	2,9	0	0	0,468

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm, trong đó nội soi ổ bụng kéo dài nhất, mổ mở ở mức trung gian và ngắn nhất là soi buồng tử cung ($p < 0,001$). Thời gian nằm viện sau mổ chủ yếu 3–5 ngày, nhưng nhóm mổ mở ghi nhận tỷ lệ nằm viện kéo dài cao hơn so với hai nhóm nội soi ($p < 0,05$). Tỷ lệ truyền máu cao nhất ở nhóm mổ mở và thấp nhất ở nội soi ổ bụng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,024$). Tai biến sau mổ chỉ xuất hiện rải rác ở mổ mở và nội soi ổ bụng, không gặp ở soi buồng tử cung và không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm ($p = 0,468$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình bệnh nhân ở ba nhóm phẫu thuật

dao động từ 36,5 đến 39,8 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,118$). Tương tự, tiền sử sinh sản và mong muốn sinh thêm con cũng không khác biệt giữa các nhóm. Điều này cho thấy tuổi và tiền sử sản khoa không phải là yếu tố tiên quyết khi lựa chọn đường mổ bóc u xơ. Một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận kết quả tương tự, rằng chỉ định phẫu thuật ít phụ thuộc vào tuổi mà chủ yếu dựa trên đặc điểm khối u và triệu chứng lâm sàng^{1,2}.

Tuy nhiên, trong phân tích đơn biến giữa mổ mở và soi buồng tử cung, tuổi ≥ 40 có liên quan với OR = 2,83 ($p = 0,001$), nhưng khi đưa vào mô hình đa biến thì mất ý nghĩa thống kê (OR = 3,28; $p = 0,125$). Điều này phản ánh rằng tuổi có thể là yếu tố gián tiếp, thường đi kèm với các

đặc điểm khối u phức tạp, nhưng không phải yếu tố độc lập quyết định lựa chọn phương pháp.

4.2. Tình trạng thiếu máu trước mổ. Một phát hiện nổi bật của nghiên cứu là sự khác biệt về huyết sắc tố giữa các nhóm. Nồng độ Hb trung bình ở nhóm soi buồng tử cung chỉ $98,3 \pm 32,2$ g/L, thấp hơn đáng kể so với nhóm nội soi ổ bụng ($121,9 \pm 21,5$ g/L) và mổ mở ($112,3 \pm 24,0$ g/L), $p < 0,001$. Tỷ lệ thiếu máu cũng cao nhất ở nhóm soi buồng tử cung (73,1%). Đây là kết quả dễ lý giải, bởi u xơ dưới niêm (FIGO 0–1) thường gây rong kinh, rong huyết kéo dài, dẫn đến thiếu máu mạn tính nặng hơn so với các nhóm u trong cơ hay dưới thanh mạc. Phân tích hồi quy logistic giữa mổ mở và nội soi ổ bụng cho thấy Hb < 120 g/L là yếu tố liên quan độc lập (OR = 0,50; 95% CI: 0,27–0,94; $p = 0,030$). Như vậy, bệnh nhân thiếu máu thường ít được lựa chọn nội soi, có thể do phẫu thuật viên lo ngại nguy cơ mất máu nhiều trong mổ. Reut Rotem và cộng sự cũng kết luận rằng thời gian phẫu thuật kéo dài và lượng máu mất nhiều hơn trong mổ nội soi bóc u xơ có thể góp phần làm gia tăng nguy cơ các biến chứng sau mổ³. Ngoài ra, tỷ lệ truyền máu trước mổ ở nhóm soi buồng tử cung cao gấp 2–3 lần nhóm mổ mở hoặc nội soi (30,8% so với 14,5% và 8,8%, $p < 0,001$). Điều này cho thấy quản lý thiếu máu trước mổ là một khâu rất quan trọng, đặc biệt ở các bệnh nhân có u dưới niêm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jehn-Hsiahn Yang và cộng sự (2011), trong đó bệnh nhân u dưới niêm có tỷ lệ thiếu máu và nhu cầu truyền máu cao hơn đáng kể so với các nhóm khác [4]. Tana Kim và cs. (2020) cũng chứng minh rằng tình trạng Hb thấp trước mổ là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến biến chứng chảy máu và nhu cầu truyền máu trong phẫu thuật u xơ⁴.

4.3. Đặc điểm của khối u. Kích thước khối u là một trong những yếu tố quyết định nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: $U \leq 40$ mm có liên quan chặt chẽ với soi buồng tử cung (OR đơn biến = 16,72; OR đa biến = 15,58; $p = 0,005$). Ngược lại, $u \geq 81$ mm thường chỉ định mổ mở, với OR = 0,34 trong phân tích đa biến (95% CI: 0,14–0,83; $p = 0,018$). Điều này hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo quốc tế. Theo ESGE/AAGL, soi buồng tử cung chỉ nên áp dụng cho u dưới niêm ≤ 4 cm, còn nội soi ổ bụng thích hợp hơn với các khối u trong cơ hoặc dưới thanh mạc có kích thước trung bình (4–8 cm)⁵. Với u lớn hơn, mổ mở vẫn là lựa chọn an toàn để đảm bảo khả năng bóc tách triệt để và khâu cơ tử cung vững chắc, hạn chế nguy cơ vỡ tử cung trong thai kỳ sau này. Các nghiên cứu quốc tế

cũng và trong nước cho thấy $u \geq 8-10$ cm và/hoặc số lượng u trên 4 làm tăng nguy cơ chuyển đổi từ nội soi sang mổ mở, đồng thời kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ biến chứng mất máu⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có ≥ 3 nhân xơ gần như đều được chỉ định mổ mở (7,9%), rất hiếm khi thực hiện bằng nội soi hoặc soi buồng tử cung. Phân tích hồi quy logistic không cho thấy ý nghĩa thống kê độc lập, nhưng xu hướng này phù hợp với thực tiễn lâm sàng: khi số lượng nhân tăng, đặc biệt làm biến dạng nhiều cấu trúc tử cung, phẫu thuật nội soi khó đảm bảo lấy hết u và phục hồi hình dạng tử cung. Các báo cáo quốc tế cũng ghi nhận số lượng u là yếu tố quan trọng trong lựa chọn đường mổ. Tuy nhiên, số lượng không phải yếu tố tuyệt đối, bởi những trường hợp u nông dù nhiều nhân vẫn có thể bóc tách qua nội soi nhờ việc cầm máu thuận lợi. Điều này cũng được chứng minh trong các nghiên cứu gần đây khi ngày càng có xu hướng nội soi bóc được nhiều nhân xơ hơn.

Phân loại FIGO năm 2018 được áp dụng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị tiên lượng rõ rệt: Nhóm FIGO 0–1 gần như tuyệt đối chỉ định soi buồng tử cung (92,4%). Nhóm FIGO 2–5 chủ yếu mổ mở (72,9%), song cũng có 26% được thực hiện bằng nội soi ổ bụng. Nhóm FIGO 6–7 có sự phân bố cân bằng giữa mổ mở và nội soi ổ bụng. Điều này cho thấy phân loại FIGO không chỉ mang tính học thuật mà có giá trị thực tiễn cao trong định hướng lựa chọn đường mổ⁷.

Tiền sử mổ bụng không chứng minh được vai trò tiên lượng trong cả phân tích đơn biến và đa biến. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Reut Rotem và cộng sự, dù rằng dính sau mổ có thể làm hạn chế khả năng thực hiện nội soi³. Tuy nhiên, ở các trung tâm có phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, yếu tố này dường như ít ảnh hưởng đến lựa chọn đường mổ.

Từ kết quả nghiên cứu, có thể đưa ra một số định hướng thực hành: U nhỏ, dưới niêm (≤ 40 mm, FIGO 0–1): nên chỉ định soi buồng tử cung. U lớn (≥ 81 mm) hoặc nhiều nhân (≥ 3 nhân): ưu tiên mổ mở để đảm bảo an toàn và triệt để. U trong cơ (FIGO 2–5): mổ mở vẫn chiếm ưu thế, nhưng nội soi ổ bụng có thể áp dụng ở trung tâm có kinh nghiệm và trang thiết bị hiện đại. Thiếu máu nặng: cần được điều trị trước mổ và cân nhắc kỹ phương pháp phẫu thuật để giảm biến chứng.

Nghiên cứu cho thấy lựa chọn phương pháp bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung

ương phụ thuộc chủ yếu vào đặc điểm khối u (kích thước, số lượng, phân loại FIGO 2018) và tình trạng huyết học trước mổ, trong khi tuổi và tiền sử sản khoa ít ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn đường mổ. Tỷ lệ soi buồng tử cung cho u dưới niêm mạc đạt tới 92,4%, phản ánh sự ứng dụng rộng rãi và hiệu quả của kỹ thuật này tại Việt Nam. Đáng chú ý, vẫn còn 26% bệnh nhân FIGO 2–5 được phẫu thuật nội soi ổ bụng, cho thấy xu hướng mở rộng chỉ định ở những trung tâm có kinh nghiệm và trang thiết bị hiện đại. Những phát hiện này nhấn mạnh rằng phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị u xơ cơ tử cung tại Việt Nam đang ngày càng được triển khai an toàn và hiệu quả, đồng thời phù hợp với xu hướng điều trị toàn cầu.

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng thiếu máu, kích thước, số lượng và vị trí khối u theo FIGO 2018. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi nói chung chiếm tỉ lệ 41,1% các can thiệp phẫu thuật u xơ ở tử cung, đặc biệt là nhóm có kích thước khối u nhỏ hơn 4cm. Kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò ngày càng mở rộng của các kỹ thuật ít xâm lấn, đặc biệt là soi buồng tử cung và nội soi ổ bụng, bên cạnh mổ mở vẫn giữ vị trí quan trọng trong những trường hợp u lớn và nhiều nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Z, Chen Y, Lu D, Chen W, Deng X. Comparison of laparoscopic myomectomy and open myomectomy for uterine fibroids: Efficacy and safety. *Current Problems in Surgery*. 2025; 71: 101855. doi:10.1016/j.cpsurg.2025. 101855
2. Gubern JM, Rosemeyer CJ, Barter JF, Steren AJ. Comparison of Robotic, Laparoscopic, and Abdominal Myomectomy in a Community Hospital. *JSLS*. 2013;17(1): 116-120. doi:10.4293/108680812X13517013317473
3. Rotem R, Jacobowitz Bodner N, Erenberg M, Reicher Y, Yohay Z, Weintraub AY. Clinical characteristic and risk factors for post-operative complications in women undergoing laparoscopy myomectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2025;310: 113949. doi:10.1016/j.ejogrb.2025. 113949
4. Myomectomy associated blood transfusion risk and morbidity after surgery | Request PDF. ResearchGate. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.02.110
5. Impact of submucous myoma on the severity of anemia | Request PDF. ResearchGate. Published online August 7, 2025. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.01.142
6. Hadisaputra W, Pratama AA. How to manage multiple fibroids in reproductive laparoscopic surgery. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 2013;2(4): 110-113. doi:10.1016/j.gmit.2013.07.004
7. Rezk A, Kahn J, Singh M. Fertility Sparing Management in Uterine Fibroids. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 21, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574504/>

HIỆU QUẢ LỌC MÁU HẤP PHỤ KẾT HỢP LỌC MÁU LIÊN TỤC TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP NẶNG

Nguyễn Nam Khôi¹, Đỗ Ngọc Sơn², Trần Hữu Thông²,
Bùi Thị Hương Giang¹, Nguyễn Văn Trọng², Bùi Văn Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét hiệu quả của kỹ thuật lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục trong cải thiện điểm SOFA và nồng độ cytokin máu ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có chỉ định lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 9 năm 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu quan sát mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả bệnh

nhân viêm tụy cấp được thực hiện lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục trong thời gian nghiên cứu; dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, mẫu bệnh án nghiên cứu và được xử lý bằng SPSS. **Kết quả:** Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm đa số (80%), tuổi trung bình là $46,6 \pm 11,9$. Ở thời điểm trước lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục, bệnh nhân có điểm SOFA trung bình $6,4 \pm 2,9$; áp lực ổ bụng (ALOB-cmH₂O) trung bình $28,8 \pm 4,8$; điểm CTSI $8,0 \pm 1,1$; nồng độ interleukin-6 (IL-6 -pg/mL) trung bình $913,4 \pm 670,9$. Số lần lọc trung bình là $2,37 \pm 0,77$ lần. Các thông số cải thiện rõ rệt với điểm SOFA giảm xuống $4,7 \pm 2,3$; ALOB giảm còn $18,6 \pm 3,6$ cmH₂O, kèm theo xu hướng giảm nồng độ IL-6 máu xuống $141,8 \pm 49,7$ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). **Kết luận:** Lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục giúp cải thiện điểm suy tạng SOFA, cải thiện áp lực ổ bụng, nồng độ IL-6 ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

Từ khóa: Viêm tụy cấp nặng, lọc máu hấp phụ, cytokin, interleukin-6.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025