

chỉ đạt 10,8%. Điều này là do TTĐT trái thường nằm sâu trong tiểu khung, bị che lấp bởi hơi ruột, làm giảm độ chính xác của siêu âm.

Kết quả Giải phẫu bệnh (GPB) trong nghiên cứu gặp khó khăn trong việc xác định rõ cấu trúc túi thừa (chỉ 38,9% rõ cấu trúc). Phần lớn các bệnh phẩm cho thấy tổ chức viêm mủ hoặc hoại tử (61,1%). Điều này cho thấy tổn thương ở giai đoạn nặng (Hinchey III, IV), túi thừa hoại tử diện rộng, khiến phẫu thuật viên và bác sĩ GPB khó phân biệt giữa thủng túi thừa hoại tử với thủng đại tràng không rõ nguyên nhân. Trong những trường hợp này, chẩn đoán cuối cùng phải dựa vào kết hợp tổn thương trong mổ và hình ảnh CT trước mổ.

**4.4. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sớm.** Nghiên cứu có 37/38 bệnh nhân được mổ cấp cứu trong bệnh cảnh viêm phúc mạc. Đây là một nhóm bệnh nhân nặng, với phần lớn ở giai đoạn Hinchey III và IV. Dù đối mặt với các ca bệnh phức tạp, tỷ lệ kết quả sớm tốt đạt 71,1%, cho thấy hiệu quả điều trị phẫu thuật tại bệnh viện. Không có trường hợp tử vong hoặc kết quả xấu nào được ghi nhận.

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 28,9%. Tỷ lệ này là chấp nhận được trong bối cảnh phẫu thuật cấp cứu cho bệnh lý nhiễm khuẩn ổ bụng nặng (Hinchey III, IV). Việc sử dụng kháng sinh phổ rộng (phối hợp  $\geq 2$  loại, điều chỉnh theo kháng sinh đồ) đã góp phần kiểm soát nhiễm khuẩn sau mổ hiệu quả. Thời gian nằm viện trung bình 14,6 ngày phản ánh mức độ nặng của

bệnh và thời gian cần thiết để hồi phục, đặc biệt khi có biến chứng.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật TTĐT có biến chứng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp từ 1/2020 - 6/2023, kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật là phương pháp an toàn và hiệu quả cao trong điều trị TTĐT có biến chứng, tuy nhiên cần tiếp tục nâng cao khả năng chẩn đoán xác định trước mổ và tối ưu hóa quy trình hậu phẫu để giảm tỷ lệ biến chứng sớm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stollman N, Smalley W, Hirano I.** American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology*. 2015; 149(7): 1944-9.
2. **Binda GA, Cuomo R, Laghi A, et al.** Practice parameters for the treatment of colonic diverticular disease: Italian Society of Colon and Rectal Surgery (SICCR) guidelines. *Tech Coloproctol*. 2015; 19(10): 615-26.
3. **Wong WD, Wexner SD, Lowry A, et al.** Practice parameters for sigmoid diverticulitis--supporting documentation. The Standards Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum*. 2000; 43(3): 290-7.
4. **Andeweg CS, Mulder IM, Felt-Bersma RJ, et al.** Guidelines of diagnostics and treatment of acute left-sided colonic diverticulitis. *Dig Surg*. 2013; 30(4-6): 278-92.
5. **Hawkins AT, Wise PE, Chan T, et al.** Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm. *Curr Probl Surg*. 2020; 57(10): 100862.
6. **Destigter KK, Keating DP.** Imaging update: acute colonic diverticulitis. *Clin Colon Rectal Surg*. 2009; 22(3): 147-55.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC U XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Đào Minh Hưng<sup>1</sup>,  
Đoàn Anh Đức<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Hoàng Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 292 bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật bóc u tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trường 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: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

**Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là  $37,3 \pm 6,2$  tuổi. Triệu chứng thường gặp là ra máu bất thường tử cung (50%), tiếp theo là bụng to lên (27,7%). Đa số có 1 nhân xơ (80,1%), kích thước 61–80 mm chiếm nhiều nhất (31,5%). Phẫu thuật mổ mở chiếm 58,9%, nội soi ổ bụng 23,3% và nội soi buồng tử cung 17,8%. Tai biến trong và sau mổ hiếm gặp (<1%). Thời gian phẫu thuật trung bình  $61,4 \pm 21,6$  phút, nằm viện trung bình  $4,6 \pm 1,05$  ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương an toàn, hiệu quả, biến chứng thấp và cải thiện tình trạng thiếu máu. Việc mở rộng áp dụng phẫu thuật ít xâm lấn và tối ưu điều trị trước mổ sẽ góp phần nâng cao kết quả điều trị. **Từ khóa:** u xơ cơ tử cung, phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung.

**SUMMARY****SURGICAL OUTCOMES OF MYOMECTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

**Objective:** Assessment of the results of myomectomy performed at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 292 patients with uterine fibroids who underwent myomectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** The mean age of patients was  $37.3 \pm 6.2$  years. The most common presenting symptom was abnormal uterine bleeding (50%), followed by abdominal enlargement (27.7%). A single fibroid was observed in most cases (80.1%), with tumors measuring 61–80 mm being the most frequent (31.5%). Open surgery accounted for 58.9%, laparoscopic myomectomy 23.3%, and hysteroscopic myomectomy 17.8%. Intraoperative and postoperative complications were rare (<1%). The mean operative time was  $61.4 \pm 21.6$  minutes, and the mean postoperative hospital stay was  $4.6 \pm 1.05$  days. **Conclusion:** Myomectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology is safe, effective, and associated with a low complication rate and improved anemia status. **Keywords:** Uterine fibroid, myomectomy, laparoscopic myomectomy, hysteroscopic 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, đặc biệt thường gặp trong độ tuổi sinh sản. Một bộ phận không nhỏ gây triệu chứng, đồng thời làm giảm khả năng sinh sản và làm tăng nguy cơ biến chứng sản khoa như sảy thai, thai lưu, dọa đẻ non, đẻ non, 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 trên lâm sàng.

Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung lại có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân mong muốn bảo tồn tử cung và chức năng sinh sản. Kết quả phẫu thuật không chỉ được đánh giá ở khía cạnh loại bỏ khối u và cải thiện triệu chứng, mà còn ở khả năng bảo tồn tử cung, phục hồi sức khỏe sinh sản, thời gian hồi phục sau mổ, tỷ lệ tái phát cũng như các biến chứng ngắn hạn và dài hạn.

Tại Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản Trung ương là cơ sở chuyên khoa đầu ngành. Đây cũng là nơi triển khai đa dạng các kỹ thuật phẫu thuật bóc u. Việc đánh giá kết quả phẫu thuật tại bệnh viện không chỉ có ý nghĩa phản ánh thực tiễn điều trị của một trung tâm hàng đầu, mà còn giúp nhận diện đặc điểm bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật, phân tích hiệu quả và biến chứng trong từng nhóm can thiệp, từ đó cung

cấp dữ liệu tham khảo quan trọng cho việc cá thể hóa điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân u xơ cơ tử cung ở nước ta.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, qua đó góp phần bổ sung bằng chứng khoa học cho việc lựa chọn, chỉ định và tối ưu hóa phương pháp điều trị phẫu thuật đối với bệnh lý này.

**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 trong thời gian 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 sỹ.

**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**

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

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

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số trường hợp (n=)	Tỉ lệ (%)
<b>Tuổi trung bình (tuổi)</b>	37,3 ± 6,2	
<b>Tiền sử sản khoa</b>		
Chưa có con	65	22,3%
Có 1 con	60	20,5%
Có 2 con	136	46,6%
Có ≥ 3 con	31	10,6%
<b>Biện pháp sinh trước đó</b>		
Chưa mang thai	65	22,3%
Sinh thường	148	50,7%
Sinh mổ	79	26,8%
<b>Tiền sử phẫu thuật vùng chậu</b>		
Không có	219	75
Mổ 1 lần	38	13
Mổ ≥ 2 lần	35	12

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 37,3 ± 6,2 tuổi. Có 22,3% bệnh nhân chưa có con, 26,8% các trường hợp có tiền sử phẫu thuật lấy thai trước đó. Có 73 bệnh nhân, chiếm 25% có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng	Số trường hợp (n=)	Tỉ lệ (%)
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>		
Thấy bụng to lên	81	27,7%
Tự sờ thấy khối	55	18,8%
Ra máu bất thường tử tử cung	146	50%
Khắc	37	12,7%
<b>Tình trạng thiếu máu</b>		
Không	130	44,5%
Nhẹ	79	27,1%
Vừa	50	17,1%
Nặng	23	7,9%
Rất nặng	10	3,4%

<b>Truyền máu trước phẫu thuật</b>		
Không truyền	245	83,9%
1 đơn vị	14	4,8%
2 đơn vị	26	8,9%
3 đơn vị	3	1%
4 đơn vị	4	1,4%

**Nhận xét:** Tăng kích thước thấy bụng to lên 27,2%, sờ thấy được u (18,8%) và ra máu bất thường tử tử cung (50%) là triệu chứng phổ biến nhất. 44,5% bệnh nhân nhập viện không có thiếu máu, 11,3% thiếu máu mức độ nặng và rất nặng. Truyền máu trước mổ chiếm 16,1% trường hợp với 2,4% truyền 3-4 đơn vị máu trước phẫu thuật.

#### 3.3. Đặc điểm siêu âm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. Đặc điểm trên siêu âm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm siêu âm	Số trường hợp (n=)	Tỉ lệ (%)
<b>Số lượng u trên siêu âm</b>		
1 nhân	234	80,1%
2 nhân	30	10,3%
≥ 3 nhân	28	9,6%
Trung bình	1,4 ± 1,7	
<b>Kích thước khối u lớn nhất theo siêu âm</b>		
≤ 40 mm		18,2%
41 – 60 mm		24%
61 – 80 mm		31,5%
≥ 81 mm		26,4%
<b>Vị trí u xơ theo siêu âm</b>		
U xơ hoàn toàn ở kẽ và/hoặc dưới thanh mạc (FIGO 3,4,5,6,7,8)	215	73,6%
Có ít nhất 1 u xơ dưới niêm mạc (FIGO 0,1,2)	77	26,4%

**Nhận xét:** Tử cung có 1 u xơ chiếm đa số (80,1%). Kích thước u xơ 61- 80 mm có tỉ lệ cao nhất (31,5%). Về phân loại, nhóm có ít nhất 1 u xơ dưới niêm mạc (26,4%), u xơ hoàn toàn ở kẽ và/ hoặc dưới thanh mạc (73,6%) chiếm đa số.

#### 3.4. Đặc điểm phẫu thuật

**Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm phẫu thuật	Số trường hợp (n=)	Tỉ lệ (%)
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>		
Mổ mở	172	58,9%
Mổ nội soi ổ bụng	68	23,3%
Mổ nội soi buồng tử cung	52	17,8%
<b>Thời gian phẫu thuật</b>		
≤ 60 phút	188	64,9%
61 – 90 phút	77	26,4%
91 – 120 phút	23	7,6%
>120 phút	4	1%
Trung bình	61,4 ± 21,6	

Tình trạng ổ bụng		
Không dính	259	88,7%
Dính ít	23	7,9%
Dính nhiều	10	3,4%
Tổn thương kèm theo u xơ		
Không tổn thương	275	94,2%
Có tổn thương	17	6,8%

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân được thực hiện bằng mổ mở (58,9%), trong khi phẫu thuật nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung chiếm lần lượt 23,3% và 17,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $61,4 \pm 21,6$  phút, chủ yếu  $\leq 60$  phút (64,9%). Về tình trạng ổ bụng, phần lớn bệnh nhân không có dính (88,7%), chỉ 11,3% có dính ít hoặc nhiều. Tổn thương kèm theo u xơ ít gặp, chỉ chiếm 5,8% tổng số trường hợp.

### 3.5. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 5. Kết quả phẫu thuật của bệnh nhân**

Kết quả phẫu thuật	Số trường hợp (n=)	Tỉ lệ (%)
Tai biến trong phẫu thuật		
Không có	289	99%
Chảy máu	3	1%
Tổn thương khác	0	0
Truyền máu trong mổ		
Không truyền	273	93,5%
Có truyền máu	19	6,5%
Các tai biến sau phẫu thuật		
Không có	290	99,3%
Chảy máu trong	2	0,7%
Tai biến khác	0	0
Tình trạng thiếu máu sau phẫu thuật		
Không thiếu máu	156	53,4%
Thiếu máu nhẹ	59	20,2%
Thiếu máu vừa	64	21,9%
Thiếu máu nặng	13	4,5%
Truyền máu sau phẫu thuật		
Không truyền	257	88%
1 đơn vị	10	3,4%
2 đơn vị	24	8,2%
$\geq 3$ đơn vị	1	0,3%
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật		
3-5 ngày	251	86,0
6-8 ngày	40	13,7
>8 ngày	1	0,3
Trung bình	$4,64 \pm 1,05$	

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân không gặp tai biến trong hoặc sau phẫu thuật ( $\approx 99\%$ ). Tỷ lệ cần truyền máu trong mổ và sau mổ tương đối thấp (6,5% và 12%). Sau phẫu thuật, hơn một nửa bệnh nhân không thiếu máu (53,4%), trong khi thiếu máu vừa và nhẹ chiếm lần lượt 21,9% và 20,2%; thiếu máu nặng chỉ gặp ở 4,5% trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình là  $4,64 \pm 1,05$  ngày, chủ yếu từ 3–5 ngày (86%).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Độ tuổi trung bình là  $37,3 \pm 6,2$ , chủ yếu trong độ tuổi sinh sản, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh lý u xơ tử cung vốn thường gặp nhất ở phụ nữ từ 30–45 tuổi. Theo Movilla và cộng sự (2019) độ tuổi trung bình bệnh nhân u xơ cơ tử cung là  $39,4 \pm 7,0$  tuổi<sup>1</sup>, theo Dương Đức Thắng (2023) là  $34,5 \pm 5,7$ <sup>2</sup>. Báo cáo từ các nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình chung phù hợp với độ tuổi sinh sản của phụ nữ. Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ chưa sinh con chiếm 22,3%, nhấn mạnh nhu cầu bảo tồn tử cung và chức năng sinh sản ở nhóm bệnh nhân này.

**4.2. Triệu chứng lâm sàng.** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ra máu bất thường từ tử cung (50%), tiếp đến là bụng to lên (27,7%) và tự sờ thấy khối (18,8%). Đây là những triệu chứng điển hình của u xơ cơ tử cung, phản ánh sự thay đổi cấu trúc tử cung và rối loạn chức năng cơ hội nội mạc. Nghiên cứu của Franco và cs. (2006) cũng khẳng định rong kinh là triệu chứng chiếm ưu thế, ảnh hưởng đến chất lượng sống và là một trong những chỉ định chính cho phẫu thuật bóc u<sup>3</sup>. Như vậy rối loạn kinh nguyệt và triệu chứng do khối u lớn vẫn là biểu hiện chính, phù hợp với đặc điểm bệnh sinh của u xơ cơ tử cung.

**4.3. Tình trạng thiếu máu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44,5% bệnh nhân không thiếu máu, trong khi vẫn còn tới 11,3% thiếu máu nặng và rất nặng, phải cân nhắc truyền máu trước phẫu thuật. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Phương Mai (2009), trong đó tỷ lệ thiếu máu nặng ở bệnh nhân u xơ cơ tử cung là 8,7%<sup>4</sup>. Nguyên nhân chủ yếu của thiếu máu trong nhóm bệnh nhân này là hậu quả của rong kinh, rong huyết kéo dài, nhiều trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa bằng hormone. Điều này nhấn mạnh rằng u xơ cơ tử cung không chỉ ảnh hưởng tại chỗ đến tử cung mà còn tác động toàn thân thông qua thiếu máu mạn tính, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng sống của người bệnh.

**4.4. Đặc điểm trên siêu âm.** Đa số bệnh nhân chỉ có một nhân xơ (80,1%), trong khi 19,9% có từ hai nhân trở lên khi khảo sát bằng siêu âm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân và cộng sự, khi 96,9% bệnh nhân có 1–2 u xơ và chỉ 3,1% có nhiều hơn 2 u xơ<sup>5</sup>. Theo Hartmann, tỷ lệ bệnh nhân chỉ có 1 u xơ là 70,6%, còn có  $\geq 2$  u xơ chiếm 29,4%<sup>6</sup>. Những số liệu trên cho thấy đặc điểm

nhân xơ trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều báo cáo trên thế giới, trong đó số lượng u ít vẫn chiếm đa số, góp phần thuận lợi cho lựa chọn phẫu thuật bóc u bảo tồn.

**4.5. Kích thước, vị trí khối u.** Nhóm 61–80 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%), tiếp đến là nhóm  $\geq 81$  mm (26,4%). Như vậy, có đến 57,9% bệnh nhân có kích thước khối u lớn nhất  $\geq 6$  cm. Kết quả này phù hợp với nhận định rằng kích thước u xơ ảnh hưởng nhiều đến chỉ định phẫu thuật. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận kích thước trung bình u xơ dao động từ 60–80 mm. Cụ thể, Nicolaus báo cáo kích thước trung bình là  $60,2 \pm 26,5$  mm<sup>7</sup>. Những con số này tương đồng với kết quả của chúng tôi, và cũng nằm trong khoảng thích hợp để thực hiện bóc u bảo tồn, đặc biệt bằng nội soi, khi có chỉ định và điều kiện thực hiện.

Về vị trí khối u, u xơ hoàn toàn kẽ và dưới thanh mạc chiếm tỷ lệ cao (73,6%), trong khi nhóm u dưới niêm mạc chiếm 26,4%. So sánh với nghiên cứu của Emmy Don và cs (2022), u dưới niêm mạc chiếm tới gần 26% ở trên cả 2 nhóm bệnh nhân phẫu thuật và theo dõi, đối với nhóm phẫu thuật tỷ lệ u dưới niêm mạc lên đến 34%<sup>8</sup>. Sự khác biệt có thể xuất phát từ đối tượng nghiên cứu: trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều trường hợp u kẽ hoặc dưới thanh mạc có kích thước lớn được chỉ định phẫu thuật, trong khi nghiên cứu của Emmy Don nhóm phẫu thuật tập trung nhiều hơn vào bệnh nhân có triệu chứng rong kinh do u dưới niêm mạc.

Đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh rõ thực tiễn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương: đa số bệnh nhân có số lượng nhân ít, kích thước u trung bình từ 6–8 cm và vị trí chủ yếu ở kẽ và dưới thanh mạc. Những yếu tố này vừa thuận lợi cho chỉ định bóc u bảo tồn, vừa đặt ra yêu cầu kỹ thuật cao đối với phẫu thuật viên, đặc biệt khi xử lý các khối u kẽ để vừa đảm bảo lấy hết tổn thương, vừa duy trì cấu trúc và chức năng của tử cung.

**4.6. Đặc điểm phẫu thuật.** Mở mổ vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%), trong khi các phương pháp ít xâm lấn như nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung chỉ đạt lần lượt 23,3% và 17,8%. Điều này phản ánh thực tiễn tại Việt Nam, khi phẫu thuật nội soi trong điều trị u xơ cơ tử cung chưa được triển khai rộng rãi như tại các quốc gia phát triển. Trong khi đó, nghiên cứu của Emily Christine D'Silva và cộng sự (2018) tại Ấn Độ ghi nhận tỷ lệ mổ nội soi ổ bụng trong điều trị u xơ đã đạt tới 65%, cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tại châu Âu, tỷ lệ áp dụng phẫu thuật nội soi thậm chí

còn vượt trên 60% ở nhiều trung tâm sản phụ khoa<sup>9</sup>. Sự khác biệt này cho thấy xu hướng toàn cầu đang dịch chuyển mạnh mẽ sang các kỹ thuật ít xâm lấn, tuy nhiên tại Việt Nam mổ mở vẫn giữ vai trò chủ đạo, đặc biệt trong các trường hợp đa nhân xơ, khối u kích thước lớn hoặc vị trí phức tạp.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là  $59,1 \pm 18,64$  phút với phẫu thuật mổ mở và  $68,9 \pm 22,36$  với phẫu thuật nội soi, cuối cùng thời gian trung bình của phẫu thuật soi buồng tử cung bóc u xơ là  $48,13 \pm 22,47$  phút. Kết quả này tương đồng với kết quả Nguyễn Thị Hồng và cs nghiên cứu phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện A Thái Nguyên với thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là  $66,98 \pm 22,12$  phút, thời gian phẫu thuật mở trung bình là  $62,6 \pm 26,61$  phút<sup>10</sup>.

Kết quả phẫu thuật nhìn chung rất khả quan. Tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ rất thấp, chỉ khoảng 1%, chủ yếu là chảy máu, không ghi nhận trường hợp nào tổn thương tạng kèm theo. Đây là một điểm mạnh, phản ánh chất lượng phẫu thuật tại một trung tâm chuyên khoa đầu ngành. Tỷ lệ truyền máu trong mổ (6,5%) và sau mổ (12%) ở mức chấp nhận được.

Sau mổ, tình trạng thiếu máu cải thiện rõ rệt: hơn một nửa bệnh nhân không còn thiếu máu (53,4%), tỷ lệ thiếu máu nặng chỉ còn 4,5%. Kết quả này gần tương đồng với các nghiên cứu quốc tế áp dụng phẫu thuật mở hoặc nội soi truyền thống, cho thấy công tác chăm sóc sau mổ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đang đạt hiệu quả tốt và góp phần rút ngắn thời gian hồi phục.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật bóc u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nhìn chung an toàn, với tỷ lệ tai biến trong và sau mổ rất thấp, thời gian nằm viện ngắn và cải thiện rõ tình trạng thiếu máu cho người bệnh. Phần lớn các trường hợp được thực hiện bằng mổ mở, trong khi phẫu thuật nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung chiếm tỷ lệ thấp hơn. Điều này gợi ý rằng cần tiếp tục mở rộng và ứng dụng các kỹ thuật ít xâm lấn nhằm giảm mất máu, hạn chế biến chứng, rút ngắn thời gian hồi phục và nâng cao chất lượng sống sau điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Movilla P, Orlando M, Wang J, Opoku-Anane J.** Predictors of Prolonged Operative Time for Robotic-Assisted Laparoscopic Myomectomy: Development of a Preoperative Calculator for Total Operative Time. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020; 27(3): 646-

654. doi:10.1016/j.jmig.2019. 04.019
- Thắng ĐD, Minh NT, Nguyệt NTM.** Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;522(1). doi:10.51298/vmj.v522i1.4215
  - Alessandri F, Lijoi D, Mistrangelo E, Ferrero S, Ragni N.** Randomized study of laparoscopic versus minilaparotomic myomectomy for uterine myomas. J Minim Invasive Gynecol. 2006;13(2): 92-97. doi:10.1016/j.jmig.2005.11.008
  - khothricusco.com KTTS.** Tình hình bóc u xơ tử cung qua nội soi tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 6 năm 2009. Accessed September 18, 2025. <https://khothricusco.com/doc/p/tinh-hinh-boc-u-xo-tu-cung-qua-noi-soi-tai-benh-vien-phu-159247>
  - Xuân NT, Phương ĐTM, Anh NVT, Tân VQ, Tân ĐV.** Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp Chí Dược Huế. 2025;15(1):144-151. doi:10.34071/jmp.2025.1.20
  - Hartmann KE, Velez Edwards DR, Savitz DA, et al.** Prospective Cohort Study of Uterine Fibroids and Miscarriage Risk. Am J Epidemiol. 2017; 186(10): 1140-1148. doi:10.1093/aje/ kwx062
  - Nicolaus K, Bräuer D, Sczesny R, Lehmann T, Diebolder H, Runnebaum IB.** Unexpected coexistent endometriosis in women with symptomatic uterine leiomyomas is independently associated with infertility, nulliparity and minor myoma size. Arch Gynecol Obstet. 2019;300(1): 103-108. doi:10.1007/s00404-019-05153-5
  - Don EE, Mijatovic V, Van Eekelen R, Huirne JAF.** The effect of myomectomy on reproductive outcomes in patients with uterine fibroids: A retrospective cohort study. Reprod Biomed Online. 2022;45(5):970-978. doi:10.1016/j.rbmo. 2022.05.025
  - Table 3 | Clinical comparison of laparoscopic and open surgical approaches for uterus-preserving myomectomy: a retrospective analysis on patient-reported outcome, postoperative morbidity and pregnancy outcomes | Archives of Gynecology and Obstetrics.** Accessed September 21, 2025. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-024-07818-2/tables/3>
  - Hồng NT, Nhung VH, Mai DT, Vân VTH, Thu NTK.** Kết quả phẫu thuật bóc u xơ tử cung tại Khoa Phụ, Bệnh viện A Thái Nguyên. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online June 12, 2025. doi:10.52389/ydls.v20i4.2707

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phan Văn Hiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Nhân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh ung thư đại tràng trái được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, có phân tích, trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng trái, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng có khối u và phục hồi lưu thông tiêu hóa ngay kỳ đầu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, trong khoảng thời gian từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 03 năm 2024. **Kết quả:** Triệu chứng thường gặp là đau bụng (90,9%), rối loạn đi tiêu (59,1%) và tiêu phân đẫm máu (36,4%). Phần lớn bệnh nhân có điểm đau thành bụng, sờ chạm u và thăm trực tràng có máu/đàm ít gặp; không ghi nhận tắc ruột hay hạch di căn. Cận lâm sàng cho thấy CT bụng phát hiện khối u ở 97,7%, hạch vùng 20,5%, siêu âm bụng phát hiện u 45,5%, và 38,7% có CEA > 5 ng/mL. U thường nằm ở đại tràng sigma (61,4%) với kích thước 3–5 cm (61,4%). **Từ khóa:** ung thư đại tràng trái, lâm sàng, cận lâm sàng.

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Hiếu

Email: 2897986090@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF LEFT COLON CANCER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of left colon cancer treated by laparoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** This descriptive study, combining retrospective and prospective analyses, included 44 patients with confirmed left colon cancer who underwent laparoscopic colectomy with tumor resection and immediate restoration of gastrointestinal continuity at Can Tho Central General Hospital from March 2022 to March 2024. **Result:** The most common symptoms were abdominal pain (90.9%), bowel habit disturbances (59.1%), and bloody or mucous stool (36.4%). Most patients had abdominal tenderness; palpable masses and positive findings on digital rectal examination were rare. No cases of intestinal obstruction or regional lymph node metastasis were observed. Paraclinical evaluations showed that abdominal computed tomography detected tumors in 97.7% of cases and regional lymph nodes in 20.5%; abdominal ultrasound detected tumors in 45.5%, and 38.7% of patients had carcinoembryonic antigen levels above 5 ng/mL. Tumors were most commonly located in the sigmoid colon (61.4%) with a size of 3–5 cm (61.4%).

**Keywords:** left colon cancer, clinical features, paraclinical features.