

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4 - QUÂN KHU 4

Lô Minh Trí¹, Nguyễn Văn Hương¹,
Trương Quang Thắng¹, Nguyễn Phúc Hào¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Quân y 4 – Quân khu 4.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang, với 83 bệnh nhân chẩn đoán u buồng trứng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ 01/2024 đến tháng 4/2026 tại Bệnh viện Quân y 4.

Kết quả: Bệnh nhân bị u buồng trứng đa số được thực hiện phẫu thuật bóc u (65,1%), ở độ tuổi dưới 45 tỉ lệ bóc u bảo tồn buồng trứng là chủ yếu (92,7%). Ở nhóm bệnh nhân còn kinh thì bóc u bảo tồn buồng trứng trong chiếm đa số (76,8%). Tỉ lệ bóc u chiếm đa số (80,5%) với kết quả giải phẫu bệnh là u nang bì buồng trứng và cắt buồng trứng chỉ chiếm 19,5%. Kích thước khối u nhỏ hơn 5 cm thì tỉ lệ bóc u là 79,3%, trong khi đó khối u lớn hơn 10 cm tỉ lệ bóc u chỉ còn 37,5%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng lành tính là một phẫu thuật rất an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: U buồng trứng, phẫu thuật nội soi u buồng trứng.

SUMMARY

EVALUATION OF LAPAROSCOPIC SURGERY OUTCOMES FOR OVARIAN TUMORS AT MILITARY HOSPITAL 4 - MILITARY REGION 4

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic surgery in the treatment of ovarian cysts at Military Hospital 4 – Military Region 4.

Methods: A retrospective and prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 83 patients diagnosed with ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery from January 2024 to April 2026 at Military Hospital 4.

Results: The majority of patients with ovarian tumors underwent cystectomy (65.1%); among those under the age of 45, ovarian-sparing cystectomy was the predominant approach (92.7%). In the premenopausal group, ovarian-sparing cystectomy also accounted for the majority of cases (76.8%). For patients with a histopathological diagnosis of ovarian dermoid cyst, cystectomy was the primary procedure (80.5%), while oophorectomy accounted for only 19.5%. For tumor sizes smaller than 5 cm, the cystectomy

rate was 79.3%, whereas for tumors larger than 10 cm, the cystectomy rate decreased to 37.5%.

Conclusion: Laparoscopic surgery for benign ovarian tumors is a highly safe and effective procedure.

Keywords: Ovarian tumor, laparoscopic surgery for ovarian tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một bệnh lý phụ khoa thường gặp. Bệnh thường xuất hiện ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Ngày nay, tỷ lệ phụ nữ giai đoạn mãn kinh và các bé gái chưa dậy thì cũng thường gặp u buồng trứng với nhiều biến chứng và tiên lượng xấu. U buồng trứng thường diễn biến một cách lặng lẽ, không có dấu hiệu lâm sàng điển hình, bệnh nhân có thể sờ thấy, hoặc u được phát hiện khi đi khám phụ khoa hay khi có biến chứng của u như xoắn u, vỡ u, chảy máu hay chèn ép.

Bệnh viện Quân y 4 đã tổ chức thực hiện PTNS các bệnh lý về tiêu hóa, tiết niệu, sản khoa từ năm 2009. Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: “đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Quân y 4”. Để rút ra kinh nghiệm đồng thời là cơ sở khoa học để tiếp tục trong công tác điều trị và chăm sóc sức khỏe cho lực lượng vũ trang và nhân dân trên địa bàn đóng quân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 83 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và được PTNS từ tháng 01/2024 đến tháng 4/2026 tại Bệnh viện Quân y 4.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được PTNS u buồng trứng, có kết quả mô bệnh học là u buồng trứng lành tính, có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được PTNS cắt u buồng trứng từ bệnh viện khác chuyển đến, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang. Hồi cứu từ 1/2024 đến 12/2025, tiến cứu từ 1/2026 đến 4/2026.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện

¹Bệnh viện Quân y 4 – Quân khu 4.

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lô Minh Trí

Email: mtri4015@gmail.com

Mã bài: N866

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2026

- Nội dung nghiên cứu:

+ Tuổi bệnh nhân: chia dưới 45 tuổi và từ 45 tuổi trở lên

+ Tình trạng kinh nguyệt: Còn kinh nguyệt, mãn kinh.

+ Kích thước khối u chia 3 loại: < 5 cm, từ 5-10 cm, lớn hơn 10 cm.

+ Phương pháp can thiệp u buồng trứng: Bóc u, cắt buồng trứng, cắt phần phụ (Bao gồm cắt buồng trứng và cắt cả vòi trứng cùng bên).

+ Thời gian mổ, Thời gian trung tiện, ngày điều trị sau mổ, tai biến biến chứng của phẫu thuật

+ Kết quả giải phẫu bệnh: U nang thanh dịch, u nang bì, u nang nhầy, u lạc nội mạc tử cung.

2.3. Xử lý số liệu

Các thông tin thu thập được nhập và phân tích theo chương trình SPSS 25.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Tôn trọng quyền con người, hướng thiện, bảo đảm quyền bí mật riêng tư, trung thực kết quả nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bóc u	54	65,1
Cắt buồng trứng	23	27,6
Cắt phần phụ	6	7,3
Tổng	83	100

Nhận xét: Đa số các trường hợp được thực hiện phẫu thuật bóc u (65,1%), tỉ lệ thực hiện cắt buồng trứng đứng thứ hai (27,6%), tỉ lệ cắt phần phụ chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,3%). Không có BN nào phải chuyển sang phẫu thuật mở.

3.6. Phương pháp can thiệp u liên quan đến tuổi bệnh nhân

Bảng 5. Phương pháp can thiệp u và tuổi bệnh nhân

Phương pháp	< 45 tuổi (n = 55)		≥ 45 tuổi (n = 28)		Tổng	p
	n	%	n	%		
Bóc u	51	92,7	3	10,7	54	< 0,001
Cắt buồng trứng, cắt phần phụ	4	7,3	25	89,3	29	

3.2. Thời gian phẫu thuật

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 45	7	8,4
45 ÷ 60	51	61,5
61 ÷ 90	22	26,5
> 90	03	3,6
Tổng	83	100,00

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình: 49,81 ± 7,23 phút, ngắn nhất là 20 phút và dài nhất là 125 phút.

3.3. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Bảng 3. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Thời gian (ngày)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
01	67	80,7
02	12	14,5
03	04	4,8
Tổng	83	100,00

Nhận xét: Thời gian trung tiện sau mổ trung bình: 1,24 ± 0,97 ngày, nhóm BN 1 ngày chiếm nhiều nhất 80,7%

3.4. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Bảng 4. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian (ngày)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
3 ÷ 5	73	87,9
6 ÷ 7	10	12,1
Tổng	83	100,00

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 4,72 ± 1,63 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 7 ngày

3.5. Tai biến biến chứng

Trong số 83 bệnh nhân phẫu thuật không có tai biến biến chứng chảy máu, không có tổn thương các tạng, không có nhiễm khuẩn.

Nhận xét: Tỷ lệ bóc u, bảo tồn buồng trứng trong nhóm bệnh nhân có độ tuổi dưới 45 là rất cao (92,7%), tỷ lệ bóc u giảm nhiều ở độ tuổi ≥ 45 (10,7%). Ngược lại, tỷ lệ triệt để cắt buồng trứng có tỷ lệ cao ở nhóm tuổi ≥ 45 (89,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.7. Phương pháp can thiệp u liên quan đến tình trạng kinh nguyệt

Bảng 6. Phương pháp can thiệp u và tình trạng kinh nguyệt

Tình trạng kinh nguyệt	Còn kinh (n = 69)		Mãn kinh (n = 14)		Tổng	p
	n	%	n	%		
Bóc u	53	76,8	1	7,1	54	< 0,001
Cắt buồng trứng, cắt phần phụ	16	23,2	13	92,9	29	

Nhận xét: Tỷ lệ bóc u bảo tồn buồng trứng trong nhóm bệnh nhân còn kinh nguyệt chiếm đa số (76,8%) và tỷ lệ cắt buồng trứng điều trị triệt để chỉ chiếm 23,2%. Ở nhóm bệnh nhân mãn kinh có tỷ lệ phẫu thuật triệt để cắt buồng trứng là 92,9% và chỉ có 01 trường hợp (7,1%) bóc u buồng trứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.8. Phương pháp can thiệp u và kích thước khối u

Bảng 7. Phương pháp can thiệp u và kích thước khối u

Kích thước khối u	< 5 cm (n = 29)		5-10 cm (n = 46)		> 10 cm (n = 8)		Tổng	P
	n	%	n	%	n	%		
Bóc u	23	79,3	28	60,8	3	37,5	54	0,013
Cắt buồng trứng, cắt phần phụ	6	20,7	18	39,2	5	62,5	29	

Nhận xét: Kích thước khối u nhỏ thì bóc u nhiều hơn, U < 5 cm tỷ lệ bóc u là 79,3%, khối u lớn hơn 10 cm tỷ lệ bóc chỉ còn 37,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.9. Phương pháp can thiệp u và kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 8. Phương pháp can thiệp u và kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	U nang thanh dịch	U nang bì	Lạc nội mạc tử cung	U nang nhầy	Tổng	p
Bóc u	20 (57,1%)	33 (80,5%)	1 (25,0%)	0 (0%)	54	< 0,001
Cắt buồng trứng, cắt phần phụ	15 (42,9%)	8 (19,5%)	3 (75,0%)	3 (100%)	29	
Tổng	35 (100%)	41 (100%)	4 (100%)	3 (100%)	83	

Nhận xét: Bóc u bảo tồn buồng trứng gặp nhiều nhất ở u nang bì (80,5%) và u nang thanh dịch (57,1%), với u nang nhầy thì tỷ lệ cắt buồng trứng điều trị triệt để là 100%, u lạc nội mạc tử cung chủ yếu là cắt buồng trứng (75%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp can thiệp u

Trong nghiên cứu về phương pháp xử lý khối u (Bảng 3.1), phẫu thuật nội soi (PTNS) bóc u chiếm tỷ lệ chủ yếu với 65,1%. Tỷ lệ cắt cả buồng trứng là 27,6% và cắt một phần phụ là 7,3%. Phẫu thuật cắt cả buồng trứng được chỉ định trong các trường hợp

khối u làm buồng trứng thoái hóa hoàn toàn, không còn mô lành hoặc dính nhiều không thể bóc tách. Có 6 bệnh nhân (7,3%) phải cắt một phần phụ đều do đến muộn trong tình trạng u buồng trứng xoắn gây hoại tử khối u và buồng vòi trứng. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước như Vũ Khánh Huyền, Đỗ Tuấn Đạt (2024) (189 BN tại Bệnh

viện Sản Nhi Phú Thọ): PTNS bóc u chiếm 65,6%, cắt cả buồng trứng chiếm 30,7%[1]. Trương Quốc Huy, Nguyễn Quảng Bắc (2024) (139 BN tại Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên): PTNS bóc u chiếm 69,7%, cắt cả buồng trứng chiếm 11,5%, cắt hai phần phụ chiếm 15,1%[2]. Các kết quả cho thấy hầu hết phẫu thuật viên đều ưu tiên phương pháp bóc u để bảo tồn buồng trứng cho bệnh nhân.

4.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $49,81 \pm 7,23$ phút (ngắn nhất: 20 phút, dài nhất: 125 phút). Khoảng thời gian từ 45 đến 60 phút chiếm đa số với 51 bệnh nhân (61,5%). Có 03 bệnh nhân có thời gian mổ kéo dài trên 90 phút, trong đó trường hợp lâu nhất (125 phút) là do u to kèm viêm dính nhiều ở tiểu khung làm quá trình bóc tách gặp khó khăn. Dù vậy, ca phẫu thuật vẫn thành công bóc tách và lấy u ra ngoài. Đặc biệt, không có trường hợp nào trong số 87 bệnh nhân nghiên cứu phải chuyển sang mổ mở. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hoàng Thị Kim Thái (125 BN tại Bệnh viện Quân y 91 - Quân khu 1): thời gian mổ trung bình là $50,30 \pm 6,12$ phút, nhóm 45–60 phút chiếm đa số (60%) và 100% không chuyển mổ mở[3].

4.3. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Do PTNS cắt buồng trứng không can thiệp vào đại tràng, thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa diễn ra nhanh chóng. Thời gian trung tiện trung bình là $1,24 \pm 0,97$ ngày. Phần lớn bệnh nhân trung tiện sau 1 ngày (80,7%), chỉ có 04 bệnh nhân kéo dài đến ngày thứ 3. Quy trình điều trị tích cực vận động sớm sau mổ giúp hạn chế nguy cơ dính ruột và phục hồi lưu thông tiêu hóa nhanh hơn.

4.4. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $4,72 \pm 1,63$ ngày (từ 3 đến 7 ngày). Phần lớn bệnh nhân ra viện sau 3–5 ngày điều trị (87,9%). Nhóm nằm viện 6–7 ngày có 10 bệnh nhân (12,1%), trong đó 02 bệnh nhân nằm 7 ngày do tình trạng viêm dính nhiều trong mổ phải đặt dẫn lưu Douglas và rút dẫn lưu vào ngày thứ 6. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác như Hoàng Thị Kim Thái, thời gian nằm viện trung bình $4,1 \pm 1,02$ ngày (nhóm 3–4 ngày chiếm 90,4%)[3]. Nguyễn Thị Hồng, thời gian nằm viện trung bình $5,9 \pm 0,8$ ngày (nhóm 4–5 ngày chiếm 96,5%)[4].

4.5. Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật

Nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ trường hợp tai biến, biến chứng (TBBC) nào trong và sau phẫu thuật, đồng thời không có ca nào phải chuyển mổ

mở. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các báo cáo của Hoàng Thị Kim Thái [3] và Nguyễn Duy Phương (đều không gặp TBBC)[5].

4.6. Mối liên quan giữa phương pháp can thiệp và tuổi bệnh nhân

Tuổi tác và nhu cầu sinh sản ảnh hưởng quyết định đến phương pháp can thiệp. Nhóm < 45 tuổi có 92,7% bệnh nhân được bóc u bảo tồn buồng trứng, chỉ 4 BN (7,3%) phải cắt buồng trứng/phần phụ (03 ca xoắn u gây hoại tử đến muộn, 01 ca u to làm buồng trứng thoái hóa hoàn toàn). Nhóm ≥ 45 tuổi tỷ lệ bóc u giảm mạnh xuống 10,7%, trong khi tỷ lệ cắt buồng trứng và phần phụ tăng lên 89,3% (gồm 03 ca xoắn hoại tử). Sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p < 0,001$). Tỷ lệ này tương đồng với các công trình nghiên cứu của Vũ Khánh Huyền, Đỗ Tuấn Đạt (2024) (bóc u ở nhóm < 45 tuổi là 81,8% vs nhóm ≥ 45 tuổi là 7,3%)[1] và Hoàng Nữ Phú Xuân, Nguyễn Quảng Bắc (2024) (bóc u ở nhóm < 40 tuổi là 76,8% vs nhóm ≥ 40 tuổi là 23,2%)[6].

Ở Phụ nữ trẻ (< 45 tuổi) còn nhu cầu sinh sản nên phẫu thuật viên ưu tiên bóc u bảo tồn mô lành để duy trì chức năng nội tiết và khả năng mang thai. Ngược lại, bệnh nhân lớn tuổi (≥ 45 tuổi) thường đã mãn kinh, buồng trứng hết chức năng sinh sản và có nguy cơ tái phát/ác tính cao hơn nên xu hướng cắt triệt để được ưu tiên để phòng ngừa.

4.7. Mối liên quan giữa phương pháp can thiệp và tình trạng kinh nguyệt

Nhóm còn kinh nguyệt: Tỷ lệ bóc u bảo tồn là 76,8% (53 BN). Tỷ lệ cắt buồng trứng/phần phụ là 23,2% (16 BN, gồm 03 ca xoắn hoại tử và 13 ca u quá to làm thoái hóa hoàn toàn buồng trứng).

Nhóm mãn kinh: 92,9% (13 BN) được chỉ định cắt buồng trứng. Chỉ có 01 trường hợp (7,1%) bóc u do u nang nước nhỏ (5x7 cm), bóc tách dễ và mô buồng trứng còn mềm mại.

Kết quả nghiên cứu tương đồng với Vũ Khánh Huyền, Đỗ Tuấn Đạt (2024)[1] (nhóm còn kinh bóc u 75,2%; nhóm mãn kinh 100% cắt buồng trứng). Tình trạng kinh nguyệt là chỉ dấu quan trọng thể hiện chức năng nội tiết; việc cắt buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh giúp loại bỏ hoàn toàn nguy cơ tái phát và tiến triển thành ung thư nguyên phát hoặc thứ phát[1], [7].

4.8. Mối liên quan giữa phương pháp can thiệp và kích thước khối u

Kích thước khối u có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng bảo tồn buồng trứng ($p < 0,05$). Với U < 5 cm, tỷ lệ bóc u đạt 79,3%; cắt buồng trứng và phần phụ chiếm 20,7%. U từ 5–10 cm tỷ lệ bóc u giảm

xuống 60,8%; cắt buồng trứng và phần phụ tăng lên 39,2%. U > 10 cm tỷ lệ bóc u chỉ còn 37,5%; cắt buồng trứng và phần phụ chiếm tới 62,5%. Khối u kích thước nhỏ giúp quan sát và bóc tách dễ dàng hơn do chưa làm thoái hóa toàn bộ buồng trứng. Ngược lại, khối u quá lớn thường làm tổ chức buồng trứng bị chèn ép và thoái hóa hoàn toàn, buộc phải chọn phương án cắt bỏ. Xu hướng này đồng thuận với công trình của Trương Quốc Huy, Nguyễn Quảng Bắc (2025)[2]. Tuy nhiên, Hoàng Nữ Phú Xuân, Nguyễn Quảng Bắc (2024)[6] ghi nhận tỷ lệ bóc u ở các nhóm kích thước u vẫn duy trì ở mức cao nhờ sự tiến bộ về kỹ thuật PTNS tại y tế tuyến tỉnh, cho phép bảo tồn buồng trứng tốt hơn nếu tiên lượng khối u lành tính và bệnh nhân có nguyện vọng sinh con.

4.9. Mối liên quan giữa phương pháp can thiệp và kết quả giải phẫu bệnh

Phương pháp phẫu thuật có sự khác biệt rõ rệt theo bản chất giải phẫu bệnh của khối u ($p < 0,001$):

U bì buồng trứng: Tỷ lệ bóc u cao nhất (80,5%), cắt buồng trứng chỉ 19,5%. Do u bì đa phần lành tính, tiến triển chậm và thường gặp ở nữ giới trẻ.

U nang thanh dịch: Tỷ lệ bóc u là 57,1% và cắt buồng trứng là 42,9% (tùy thuộc vào độ tuổi và nhu cầu sinh sản).

U dạng lạc nội mạc tử cung: Cắt buồng trứng chiếm ưu thế (75%) do u gây phá hủy mô buồng trứng, dính nhiều vào tổ chức xung quanh và có tỷ lệ tái phát cao.

U nang nhầy: 100% trường hợp phải cắt buồng trứng do khối u thường có kích thước lớn, nguy cơ tái phát cao nếu chỉ bóc u và tiềm ẩn nguy cơ ác tính hóa.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Khánh Huyền, Đỗ Tuấn Đạt (2024)[1] (bóc u bì 82%, u thanh dịch 50%, u lạc nội mạc 54,5%, u nhầy cắt buồng trứng chiếm 83,3%).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị khối u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện Quân y 4 – Quận 4, mang lại hiệu quả điều trị cao và an toàn. Đa số bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật bóc u bảo tồn (65,1%), đặc biệt tỷ lệ này lên tới 92,7% ở nhóm bệnh nhân dưới 45 tuổi, không có TBBC. Nghiên cứu đã khẳng định tính an toàn, tính khả thi và hiệu quả vượt trội của phương pháp PTNS trong điều trị u buồng trứng lành tính tại cơ sở y tế tuyến huyện cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Khánh Huyền, Đỗ Tuấn Đạt, Nguyễn Tuấn Minh (2024), “kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại bệnh viện sản nhi phú thọ”, Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.3, 296-299.
2. Trương Quốc Huy, Nguyễn Quảng Bắc, Đặng Thị Hồng Thiện (2025), “kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại bệnh viện sản nhi Hưng Yên”, tạp chí y học Việt Nam tập 555 - tháng 10 - số 3 – 2025
3. Hoàng Thị Kim Thái, Vũ Văn Đại (2018), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u nang buồng trứng tại Bệnh viện Quân y 91 - Quận 1 giai đoạn 2014 – 2016”, Tập 13 - Số 1/2018, tr. 99-107.
4. Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Đức Huân (2024), “ Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị khối u buồng trứng lành tính tại trung tâm y tế huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang” Tạp chí Phụ sản 2024; 22(5): Tr 65-69.
5. Nguyễn Duy Phương, Nguyễn Thị Thu , Vũ Thu Hương (2025), “phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả tại bệnh viện đa khoa hà nội”, Tạp chí y học Việt Nam, tập 552 - tháng 7 – số 3 – 2025, tr 26-30.
6. Hoàng Nữ Phú Xuân, Nguyễn Quảng Bắc (2024), “kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại bệnh viện hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới”, Vietnam medical journal n02 - JANUARY – 2024, tr 30-34.
7. Park Ki Hyun (1999). Operative laparoscopy in treating benign ovarian cysts. Yonsei Medical Journal, vol.40, no 6, pp 608 -612.