

cứu 100 (8,26%) trường hợp bệnh nhân có túi thừa tá tràng trong tổng số 1211 trường hợp và thấy rằng tỷ lệ thất bại ở nhóm nhú tá lớn nằm trong túi thừa cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nhú tá lớn nằm ngoài túi thừa [6]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại cho kết quả khác, Zhen Sun và cộng sự đã nghiên cứu 161 bệnh nhân có túi thừa tá tràng trong 850 bệnh nhân được làm ERCP cho kết quả tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP tương tự nhau ở các nhóm bệnh nhân thuộc các loại túi thừa tá tràng khác nhau [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP của các bệnh nhân ở 2 nhóm nhú tá lớn trong và ngoài túi thừa không có sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi rút ra được một số kết luận, thứ nhất, tỷ lệ bị sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng cạnh nhú tá cao hơn ở bệnh nhân không có túi thừa. Thứ hai, tỷ lệ thành công của kỹ thuật ERCP không có sự khác nhau giữa nhóm có túi thừa tá tràng cạnh nhú tá hay không có túi thừa cũng như không có sự khác biệt giữa các loại túi thừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balik, E., et al., Parameters** That May Be Used for Predicting Failure during Endoscopic Retrograde

Cholangiopancreatography. *J Oncol*, 2013. **2013**: p. 201681.

2. **Boix, J., et al.,** Impact of periampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of periampullary duodenal diverticula. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2006. **16**(4): p. 208-11.
3. **Egawa, N., et al.,** Juxtapapillary duodenal diverticula and pancreaticobiliary disease. *Dig Surg*, 2010. **27**(2): p. 105-9.
4. **Jayaraj, M., et al.,** Periampullary Diverticula and ERCP Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci*, 2019. **64**(5): p. 1364-1376.
5. **Ketwaroo, G. and W. Qureshi,** ERCP Success Rate and Periampullary Diverticula: The Pocket Makes No Difference. *Dig Dis Sci*, 2019. **64**(5): p. 1072-1073.
6. **Lobo, D.N., T.W. Balfour, and S.Y. Iftikhar,** Periampullary diverticula: consequences of failed ERCP. *Ann R Coll Surg Engl*, 1998. **80**(5): p. 326-31.
7. **Sun, Z., et al.,** Different Types of Periampullary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center. *Gastroenterol Res Pract*, 2016. **2016**: p. 9381759.
8. **Tham, T.C. and M. Kelly,** Association of periampullary duodenal diverticula with bile duct stones and with technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy*, 2004. **36**(12): p. 1050-3.
9. **Wu, S.D., et al.,** Relationship between intraduodenal peri-ampullary diverticulum and biliary disease in 178 patients undergoing ERCP. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2007. **6**(3): p. 299-302.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN TRONG ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG TẠI KHOA PHỤ SẢN - BỆNH VIỆN TW THÁI NGUYÊN NĂM 2020 - 2021

Lê Đức Thọ¹, Nông Hồng Lê¹, Nguyễn Thị Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là một phẫu thuật xâm nhập tối thiểu có nhiều ưu điểm. Tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN đã bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ cuối năm 2020. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u xơ tử cung và đánh giá kết quả cắt tử cung toàn phần qua nội soi tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN. **Đối tượng:** 33 trường hợp cắt tử cung qua nội soi tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình 48,90 ±

5,64; tập trung nhiều ở lứa tuổi 49 – 54 chiếm 78,8%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau tức bụng dưới và rối loạn kinh nguyệt. Bệnh nhân thiếu máu vừa và nhẹ là 30,3%. Lượng máu mất trung bình trong mổ là 167,70 ± 52,45 ml. Thời gian phẫu thuật trung bình 80,96 ± 22,44 phút. Không có bệnh nhân tai biến trong phẫu thuật. Kết luận: Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều các ưu điểm về tính thẩm mỹ, thời gian bệnh nhân bình phục nhanh, ít biến chứng sau phẫu thuật.

Từ khóa: cắt tử cung nội soi, u xơ tử cung.

SUMMARY

RESULTS OF COMPLETELY LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY IN THE TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY - THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2020 AND 2021

Objectives: Description of clinical and subclinical characteristics of patients with uterine fibroids and

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thọ

Email: leductho89@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

evaluation of the results of total hysterectomy at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thai Nguyen National Hospital in 2020 and 2021. **Materials and methods:** 33 cases of laparoscopic hysterectomy at the Department of Obstetrics and Gynecology at Thai Nguyen National Hospital from January 2020 to December 2021. **Results:** Mean age 48.90 ± 5.64 ; concentrated in the age group 49 - 54, accounting for 78.8%. The most common clinical symptoms are lower abdominal pain and menstrual disorders. Patients with moderate and mild anaemia were 30.3%. The average blood loss during surgery was 167.70 ± 52.45 ml. The average surgery time was 80.96 ± 22.44 minutes. There were no patients with complications during surgery. **Conclusions:** Laparoscopic hysterectomy has many advantages in terms of aesthetics, quick recovery time, and few postoperative complications.

Keywords: laparoscopic hysterectomy, uterine fibroids

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là một loại u lành tính của tử cung, hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Hiện nay, có rất nhiều quan điểm trong điều trị u xơ tử cung: không điều trị nếu không có biến chứng, điều trị nội khoa bảo tồn, điều trị bằng thuyên tắc mạch, điều trị ngoại khoa bảo tồn bóc nhân xơ hay cắt tử cung. Sự lựa chọn phương pháp phụ thuộc vào tiến triển của bệnh, lứa tuổi, nguyện vọng sinh đẻ của phụ nữ.

Phẫu thuật cắt tử cung được xem như biện pháp điều trị tận gốc bệnh lý u xơ tử cung. Phẫu thuật cắt tử cung có thể thực hiện qua nhiều đường khác nhau: đường mổ bụng mở, đường âm đạo, qua đường nội soi hay những con đường kết hợp.

Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi là một phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, có những ưu điểm như bệnh nhân ít đau sau mổ, thời gian phục hồi nhanh, bảo đảm thẩm mỹ, chất lượng sống sau phẫu thuật cũng tốt hơn.

Tại Việt Nam, Bệnh viện Từ Dũ đã tiến hành phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ năm 1997 và đến năm 2005, phẫu thuật này chiếm tỉ lệ 30% trong các trường hợp phẫu thuật nội soi. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi bắt đầu thực hiện năm 2003 và đến nay đã ứng dụng thường quy trong điều trị trong các bệnh lý của tử cung kể cả ung thư cổ tử cung và ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm. Hiện nay, nhiều bệnh viện tuyến tỉnh trên cả nước đã thực hiện cắt tử cung qua nội soi. Vì những thuận lợi trong chăm sóc hậu phẫu, phẫu thuật nội soi và phẫu thuật cắt tử cung nội soi đã dần dần thay thế cho phẫu thuật mổ bụng mở trong cắt tử cung.

Tại khoa Phụ sản Bệnh viện TWTN đã bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi cắt tử cung từ cuối năm 2020 nhưng cho đến nay, cắt tử cung toàn phần trong các bệnh lý lành tính của tử cung vẫn chủ yếu thực hiện qua đường bụng. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại khoa Phụ sản – Bệnh viện TWTN năm 2020 – 2021" với 2 mục tiêu

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u xơ tử cung được phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần tại khoa Phụ sản – BVTW Thái Nguyên năm 2020 - 2021*

2. *Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại khoa Phụ sản - Bệnh viện TWTN năm 2020 – 2021*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán là u xơ tử cung và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa sản bệnh viện TWTN từ năm 2020 - 2021

2.2. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u xơ tử cung; Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn; Hồ sơ được ghi chép đầy đủ

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Những bệnh nhân không tuân thủ điều trị, chuyển viện, trốn viện Bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Địa điểm tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Thời gian nghiên cứu 2020 - 2021.

2.5. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu; Đề tài được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu. Mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là u xơ tử cung và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa sản bệnh viện TWTN từ năm 2020 - 2021

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện theo bộ phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
35 - 44	4	12,1
45- 54	26	78,8
55 - 64	3	9,1
≥ 65	0	0,0

Tuổi trung bình	48,90 ± 5,64	
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ 45-54 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (78,8%); tiếp theo là nhóm đối tượng 35 - 44 tuổi chiếm 12,1%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,90 ± 5,64.

Bảng 3.2. Tiền sử sản khoa

Sinh đẻ	Chưa có con	0	1,3
	1 con	2	6,1
	2 con	27	81,8
	≥ 3 con	4	12,1
Tổng số	33	100,0	

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có ít nhất 1 con, nhóm có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất 81,8%.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu	n	%
Đau bụng hạ vị	29	87,9
Rối loạn kinh nguyệt	26	78,8
Rối loạn tiểu tiện	4	12,1
Phát hiện bệnh khám phụ khoa	2	6,1

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng tức hạ vị, rối loạn kinh nguyệt, với tỉ lệ lần lượt là 87,9% và 78,8%.

Bảng 3.4. Kích thước tử cung đánh giá bằng khám lâm sàng

Kích thước tử cung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TC kích thước bình thường	1	3,0
TC to bằng TC có thai < 8 tuần	10	30,3
TC to bằng TC có thai 8 - 12 tuần	19	57,6
TC to bằng TC có thai > 12 tuần	3	9,1
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: Đa số BN nghiên cứu có kích thước tử cung to tương đương TC có thai 8-12 tuần và < 8 tuần với tỉ lệ lần lượt là 57,6,0% và 30,3%.

Bảng 3.5. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ

Hb (g/l)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≥ 120	22	66,7
100 - 119	8	24,2
81 - 99	2	6,1
≤ 80	1	3,0
Trung bình ± độ lệch chuẩn	120,4 ± 15,3	
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: Có 1 BN trong đối tượng nghiên cứu có nồng độ huyết sắc tố trước mổ ≤ 80 g/l. Nồng độ huyết sắc tố trước mổ trung bình là 120,4 ± 15,3 g/l; 11/33 BN có thiếu máu khi vào viện (33,3%).

Bảng 3.6. Đặc điểm u xơ tử cung trên hình ảnh siêu âm

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	1 u	25
		75,8

Vị trí u xơ trên hình ảnh siêu âm	2 u	4	12,1
	≥ 3 u	4	12,1
	Thân TC	29	87,8
	Eo TC	2	6,1
	Dưới niêm mạc	2	6,1

Nhận xét: Trên hình ảnh siêu âm 1 u xơ chiếm 75,8%, vị trí u xơ ở thân tử cung chiếm 87,8%.

Bảng 3.7. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 60 phút	0	0,0
60 - 90 phút	29	87,9
> 90 phút	4	12,1
Thời gian phẫu thuật trung bình	85,96 ± 22,44	
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu là 60 - 90 phút chiếm 87,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 80,96 ± 22,44 phút.

Bảng 3.8. Lượng máu mất trong mổ

Lượng máu mất trong mổ (ml)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 100	3	9,1
100 - 200	27	81,8
> 200	3	9,1
Lượng máu mất trung bình	167,70 ± 52,45	
Tổng	76	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ lượng máu mất trong phẫu thuật từ 100 - 200 ml là 81,8%. Tỷ lệ lượng máu mất trong phẫu thuật > 200 ml chiếm 9,1%. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 147,70 ± 52,45ml. Trường hợp mổ mất ít máu nhất là 80ml, trường hợp mổ mất nhiều máu nhất là 500ml

Bảng 3.10. Tai biến sau mổ

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm móm cắt âm đạo	6	18,2
Chảy máu móm cắt	1	3,0
Không có tai biến	26	78,8

Nhận xét: Không có tai biến nào xảy ra trong mổ cắt tử cung hoàn toàn. Sau mổ, có 18,2% trường hợp gặp tai biến viêm móm cắt âm đạo. Có 1 trường hợp chảy máu móm cắt sau mổ ngày thứ 2

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân cắt tử cung cao nhất ở nhóm 45 - 54 tuổi (78,8 %), kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải 82,5% [1] và Trần Thanh Hương 79,2 % [2]. Tuổi trung bình của bệnh nhân được cắt TC qua nội soi của chúng tôi là 48,9 gần tương tự với của Nguyễn Tuấn Hải 48,45 [1], Nguyễn Bá Phê 47,3 [3] và Nguyễn Thành Biên 46,1 [4], Tất cả các bệnh

nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ít nhất 1 con, trường hợp nhiều nhất có 4 con, trong đó nhóm 2 con chiếm 81,8%.

Về triệu chứng lâm sàng cho thấy phần lớn phụ nữ bị u xơ tử cung thường không có triệu chứng. Các triệu chứng sẽ dần dần xuất hiện theo thời gian. Số lượng, kích thước và/hoặc vị trí của u xơ là những yếu tố quyết định các biểu hiện lâm sàng ở các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng. Các triệu chứng thường gặp bao gồm rong kinh, đau bụng kinh, đau bụng không theo chu kỳ, triệu chứng về rối loạn tiểu tiện, rối loạn tiêu hóa và mệt mỏi [5]. Theo bảng 3.3 thì triệu chứng hay gặp nhất của bệnh nhân đến khám là đau bụng tức hạ vị, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn tiểu tiện với tỉ lệ lần lượt là 87,9%, 78,8% và 12,1%. Kết quả này có đôi chút khác biệt với nghiên cứu của một số tác giả như Phùng Trọng Thủy có tỉ lệ lần lượt là 93,7%, 49,7 và 38,6% [6], còn như Nguyễn Tuấn Hải thì triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chiếm tỉ lệ 46,3%, còn do phát hiện qua khám phụ khoa là 40,7% và do đau bụng vùng hạ vị chiếm 13,0% [1]. Theo tôi đây là sự khác biệt của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: kích thước tử cung của đối tượng nghiên cứu đánh giá bằng khám lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần và to bằng có thai < 8 tuần là 57,6% và 30,3% theo thứ tự. So sánh với nghiên cứu trước: tỷ lệ bệnh nhân có kích thước tử cung khám lâm sàng bằng tử cung có thai to từ 8 - 12 tuần trong nghiên cứu của Trần Thanh Hương (2012) là 61,9% [2]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu (2021) là 62,9% [7]. Như vậy kích thước tử cung qua khám lâm sàng của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trước.

Nghiên cứu cho thấy: nồng độ huyết sắc tố trước mổ trung $120,4 \pm 15,3$ g/l, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và vừa là 24,2 và 6,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải (2018) thấy tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ là 31,3%, thiếu máu vừa là 7,5% và thiếu máu nặng là 2,5% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu cho tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và vừa là 23,1%, không có BN thiếu máu nặng [7]. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu của chúng tôi tương đương so với các nghiên cứu trước đã trình bày ở trên. Thực tế, UXTC là loại u phát triển từ thành tử cung, biểu hiện bằng hiện tượng ra nhiều máu trong thời kỳ kinh nguyệt, rối loạn kinh nguyệt, rong kinh. Việc tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu thấp là yếu tố thuận lợi cho hoạt động chăm sóc hậu phẫu sau này.

Phần lớn số lượng u xơ tử cung thấy trên siêu âm là 1 u (75,8%). Theo nghiên cứu của Trần

Thanh Hương (2012) cho tỷ lệ bệnh nhân có 1 u xơ chiếm nhiều nhất (71,1%) [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải (2018) cũng cho tỷ lệ bệnh nhân có 1 u xơ chiếm nhiều nhất (80%) [1], có 85,0% vị trí u xơ tử cung trên siêu âm là ở thân tử cung.

Thời gian phẫu thuật cho trường hợp ngắn nhất là 65 phút, lâu nhất là 170 phút, trung bình là $85,96 \pm 22,44$ phút. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu tại Bệnh viện Thanh Nhàn, thời gian ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 118 phút, trung bình là $78,6 \pm 12,8$ phút [7]. Nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi của Trần Thanh Hương tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $79,3 \pm 18,5$ phút (ngắn nhất là 45 phút, dài nhất là 120 phút) [2]. Như vậy thời gian phẫu thuật tại viện chúng tôi là lâu hơn so với các bệnh viện khác. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật do nhiều yếu tố khác nhau như: trang thiết bị dụng cụ phẫu thuật, kinh nghiệm và sự thành thạo của phẫu thuật viên cũng như ekip phẫu thuật, kích thước tử cung, tình trạng phần phụ, ổ bụng đi kèm, vị trí của nhân xơ và sự lựa chọn bệnh nhân trước mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ước lượng máu mất trung bình trong mổ là $167,70 \pm 52,45$ ml; lượng máu mất ít nhất là 80ml, nhiều nhất là 500ml. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên (2017) tại Bệnh viện C Thái Nguyên cho kết quả: lượng máu mất trong phẫu thuật nội soi trung bình là $115,24 \pm 50,44$ ml [4, còn theo Nguyễn Thị Thu tại bệnh viện Thanh Nhàn là Trần Thanh Hương $122,8 \pm 38,4$ [7]. Tác giả O' Hanlan nghiên cứu cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi cho 830 trường hợp đánh giá lượng máu mất trung bình là 130 ± 89 ml; đồng thời cũng theo O' Hanlan thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ giảm đi với sự tăng lên về kinh nghiệm của phẫu thuật viên [8]. Như vậy lượng máu mất trong PT của chúng tôi cao hơn so các nghiên cứu khác, điều này lý giải do mới triển khai phẫu thuật nội soi nên trình độ tay nghề của các PT viên còn hạn chế dẫn tới thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn đồng nghĩa lượng máu mất sẽ nhiều hơn.

Các tai biến sau PTNS cắt tử cung hoàn toàn bao gồm: tổn thương hệ tiết niệu, tổn thương hệ tiêu hóa, tụ máu móm cắt, chảy máu móm cắt, nhiễm khuẩn, hoại tử móm cắt, nhiễm khuẩn thành bụng, viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn huyết sau mổ. So sánh với y văn thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả rất khả quan với 18,3% trường hợp gặp biến chứng viêm móm cắt âm đạo. Tai biến này liên quan đến quá trình

chăm sóc và đảm bảo vô khuẩn trong phẫu thuật và sau phẫu thuật. Đối với các trường hợp viêm mòm cắt âm đạo trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xử trí bằng điều trị kháng sinh và đặt thuốc âm đạo cho kết quả ổn định. ngoài ra có một bệnh nhân bị chảy máu mòm cắt ngày thứ 2, chúng tôi đã tiến hành khâu cầm máu kịp thời cho bệnh nhân và không để xảy ra tai biến gì thêm.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình $48,90 \pm 5,64$; tập trung nhiều ở lứa tuổi 49 – 54 chiếm 78,8%.
- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau tức bụng dưới và rối loạn kinh nguyệt
- Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu vừa và nhẹ là 30,3%.
- Lượng máu mất trung bình trong mổ là $167,70 \pm 52,45$ ml
- Thời gian phẫu thuật trung bình $80,96 \pm 22,44$ phút
- Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều các ưu điểm về tính thẩm mỹ, thời gian bình phục sau hậu phẫu nhanh, ít biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Hải (2018)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu

thuật nội soi tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

2. **Trần Thanh Hương (2012)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Bá Phê (2013)**, Nghiên cứu cắt tử cung đường nội soi tại khoa phụ ngoại Bệnh viện phụ sản trung ương, Tạp chí Phụ sản. 2013; Tập 11 (2), 5-2013, tr 89-92
4. **Nguyễn Thành Biên (2017)**, Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện C Thái Nguyên, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
5. **Nguyễn Đức Hình (2011)**, "Lịch sử cắt tử cung", Nhà xuất bản Y học, chủ biên, Một số kỹ thuật cắt tử cung, tr. 9-17.
6. **Phùng Trọng Thủy (2021)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang, Tạp chí y học Việt Nam, tập 505. Số 01/2021 tr 199- 202.
7. **Nguyễn Thị Thu (2021)**, Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi do u xơ tử cung tại bệnh viện Thanh Nhân, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội,
8. **O' Hanlan KA, Dibble SL, Garnier AC et al.** " Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases", JSLS, 2007. Jan-Mar, 11(1): 45-53.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA MASK THANH QUẢN PROSEAL TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA

Phạm Quang Minh¹, Nguyễn Xuân Anh²

TÓM TẮT

Mask thanh quản proseal đảm bảo duy trì thông khí tốt đối với nhiều loại phẫu thuật, tuy nhiên đối với tư thế nằm nghiêng các bác sỹ lo ngại về ảnh hưởng trên mạch, huyết áp cũng như các biến chứng như đau họng, khàn tiếng sau mổ so với ống nội khí quản. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 2 – 8/2020, 60 bệnh nhân được phẫu thuật tán sỏi thận qua da chia thành 2 nhóm: nhóm gây mê nội khí quản và nhóm gây mê mask thanh quản proseal. Kết quả: 2 nhóm tương đồng với nhau về các chỉ số nhân trắc, thời gian phẫu thuật. SpO₂ và EtCO₂ luôn trong giới hạn bình thường và tương đồng

nhau tại các thời điểm nghiên cứu ở cả hai nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm gây mê mask thanh quản có Mạch, Huyết áp ổn định hơn tại thời điểm đặt cũng như rút ống so với nhóm gây mê nội khí quản, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến chứng sau mổ như đau họng, khàn tiếng cũng thấp hơn nhóm gây mê nội khí quản. Nhóm đặt nội khí quản có 12 bệnh nhân đau họng, 1 bệnh nhân khàn tiếng sau phẫu thuật. Tuy nhiên các triệu chứng này không nặng nề và kéo dài. Kết luận: nhóm gây mê mask thanh quản có một số ưu điểm hơn về ổn định mạch, huyết áp và các triệu chứng đau họng, khàn tiếng sau mổ so với nhóm gây mê nội khí quản trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da.

Từ khóa: mask thanh quản Proseal, phẫu thuật tán sỏi thận qua da, gây mê toàn thân

SUMMARY

TO ASSESS SOME ADVERTISING EFFECTS OF PROSEAL LARYNGEAL MASK IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS RENAL LITHOTRIPSY SURGERY

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchin@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022