

sau đợt điều trị (tỷ lệ cải thiện là 93.6%), cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Nguyệt (44.8%)[3] và Đỗ Thị Bích Vân (69.8%)[6].

Dấu hiệu rút lõm cơ hô hấp, hỗ trợ oxy đều cải thiện rõ rệt sau đợt điều trị. Kiểm định McNemar Test cho biến nhị phân ghép cặp cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của De Córdoba 2008 thông qua đánh giá bằng bảng hỏi Silverman- Andersen.

Đối với độ bão hòa oxy: ở các đối tượng so sánh từng cặp Sinh thường/Sinh mổ; Sinh non tháng/ đủ tháng; Sinh nhẹ cân /bình thường; Mốc thời gian dùng kháng sinh trên /dưới 3 ngày cho thấy hiệu quả điều trị tốt tương tự như nhau.

Đối với dấu hiệu khò khè: tỷ lệ đạt hiệu quả tác dụng đều trên 90%. Nhiều nhóm đạt 100% tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ không đủ điều kiện kết luận bằng test thống kê.

Kết thúc đợt điều trị, đại đa số các mẹ đều tỏ ra yên tâm và tin tưởng vào phương pháp (chỉ 8.5% còn tỏ ra lo lắng đôi chút), không bà mẹ nào có ý kiến không hài lòng hoặc không tin tưởng vào phương pháp, tương tự với ý kiến nhận xét của tác giả Remodini năm 2014 và trước đó là Gajdos năm 2010.

Không có bất kỳ tai biến nào xảy ra trong quá trình thực hiện kỹ thuật, điều này cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu của cả các tác giả trong nước và quốc tế.

Các bác sỹ Nhi khoa và PHCN được phỏng vấn đều ủng hộ và cho rằng đây là kỹ thuật cần thiết trong hỗ trợ điều trị bệnh lý hô hấp nhi và cần được đào tạo, phổ biến rộng rãi cho đội ngũ KTV, điều dưỡng trong nước.

V. KẾT LUẬN

- Chỉ số SpO₂ cải thiện rõ rệt sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Nhịp thở và nhịp tim có sự cải thiện lần lượt là 46.8% và 47.7%, tuy nhiên không có ý nghĩa.

- Các dấu hiệu (khò khè, rút lõm cơ hô hấp, hỗ trợ oxy) đều cải thiện rõ rệt sau đợt điều trị.

- SpO₂ và dấu hiệu khò khè tương đương nhau ở các yếu tố sinh thường/ sinh mổ; sinh non tháng/ đủ tháng; sinh nhẹ cân/ cân nặng bình thường; thời gian dùng kháng sinh trên/ dưới 3 ngày

- 43/47 bà mẹ được phỏng vấn đều thấy hài lòng và yên tâm khi con họ được thực hiện kỹ thuật "Tăng tốc thì thở ra".

- 100% các bác sỹ được phỏng vấn cho thấy sự cần thiết của kỹ thuật trong việc hỗ trợ điều trị cho trẻ từ 2 đến 24 tháng mắc viêm tiểu phế quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Y Hà Nội (2013)**, Bài giảng nhi khoa tập 1 Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Hoàng Thị Nguyệt (2018)**, "Đánh giá tình trạng hô hấp trước và sau vỗ rung của trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc viêm phế quản- phổi điều trị tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa nông nghiệp năm 2018", Tạp chí điều dưỡng Việt Nam, **26**.
4. **Đại học Y Hà Nội (2011)**, Sinh lý học NXB Y học, ed.
5. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng đợt 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Đỗ Thị Bích Vân, Khu Thị Khánh Dung và Đỗ Mạnh Hùng (2012)**, "Nhận xét sự cải thiện tình trạng hô hấp trước và sau vỗ rung liệu pháp ở bệnh nhân sơ sinh đang điều trị viêm phổi không thở máy tại Bệnh viện Nhi Trung Ương", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, **4(16)**.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U XƠ TỬ CUNG CÓ CHỈ ĐỊNH CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Hoàng Thị Thanh Thủy¹, Đỗ Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thanh Thủy

Email: thuythanhhoang1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 120 bệnh nhân u xơ tử cung được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 08/2019 đến tháng 05/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48.1 ± 4.2 , chủ yếu là nhóm tuổi 45-50, chiếm 42,5%. 100% bệnh nhân được chỉ định cắt tử cung đều đã có con. Tỷ lệ có sẹo mổ thành bụng là 13,4%. Nhóm bệnh nhân có kích thước tử cung trên lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,7%. Phần lớn bệnh nhân nhập viện đều không thiếu máu hoặc chỉ thiếu máu mức độ nhẹ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung được tiến hành chủ

yếu trên nhóm bệnh nhân 45-50 tuổi, đã đủ con. Mặc dù với sự phát triển của dụng cụ nội soi, các yếu tố trước phẫu thuật như sẹo mổ thành bụng, kích thước tử cung cũng như mức độ thiếu máu trên lâm sàng cũng cần cần nhắc khi chỉ định phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: u xơ tử cung, phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF LEIOMYOMA PATIENT UNDERGOING TOTAL LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY AT HANOI GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL

Objectives: Features of leiomyoma patients undergoing total laparoscopic hysterectomy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** This prospective study included 120 patients with uterine fibroids who underwent total laparoscopic hysterectomy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from August 2019 to May 2020. **Results:** The mean age was $48,1 \pm 4,2$, mainly in the 45-50 group (42,5%). All of the patients who underwent surgery have had children. The prevalence of abdominal surgery scar is 13,4%. The group of uterine sizes as the size of an eight to twelve-week pregnancy was 86,7%. Most of the patients are neither anemic nor only mild anemia. **Conclusion:** Total hysterectomy of uterine fibroids by laparoscopic surgery was performed mainly on patients aged 45-50 and who had enough children. Despite the development of laparoscopic instruments, preoperative factors such as abdominal surgery scar, uterine size, and anemia are considered under specific circumstances.

Keywords: uterine fibroid, laparoscopic total hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là những khối u lành tính của lớp cơ tử cung và là bệnh khá phổ biến ở phụ nữ từ 35-50 tuổi. Đến giai đoạn mãn kinh, thường u ngừng phát triển, teo lại và xơ hoá, nhưng ở trước thời điểm đó, u to lên nhanh và gây ra nhiều triệu chứng, biến chứng cho bệnh nhân, đặc biệt là các triệu chứng của rong kinh, băng kinh¹. Hiện nay, quyết định phương pháp điều trị u xơ tử cung dựa trên nhiều yếu tố, trong đó cắt tử cung vẫn là phương pháp chủ yếu điều trị u xơ tử cung kích thước lớn hoặc kèm theo nhiều biến chứng ở những phụ nữ đã đủ con². Có ba phương pháp phẫu thuật cắt tử cung là phẫu thuật qua đường âm đạo, qua đường bụng và qua nội soi³. Tuy nhiên với sự phát triển của

phẫu thuật nội soi, cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi đã được ứng dụng nhiều nơi do khắc phục được một số vấn đề của cắt tử cung qua đường bụng và đường âm đạo như ít đau, giảm thời gian sử dụng kháng sinh, nhanh hồi phục, giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ. Bên cạnh đó, phẫu thuật nội soi cũng phụ thuộc vào cơ sở vật chất được trang bị, trình độ và kỹ thuật của phẫu thuật viên cũng như chi phí cuộc mổ cao. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã áp dụng phẫu thuật nội soi từ năm 1998 và được triển khai rộng về cả lượng và chất trong chỉ định cắt tử cung hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân u xơ tử cung. Vì vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 08/2019 đến tháng 05/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các trường hợp u xơ tử cung có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và được chẩn đoán dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp giải phẫu bệnh không phải u xơ tử cung.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 trường hợp u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thăm khám trực tiếp, thu thập dữ liệu theo "Phiếu thu thập thông tin" và theo dõi đến khi có kết quả giải phẫu bệnh sau khi tiến hành phẫu thuật.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	40-44	45-49	50-54	≥55	Tổng số
Số lượng	31	51	28	10	120
Tỷ lệ (%)	25,8	42,5	23,3	8,3	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $48,1 \pm 4,2$. Nhỏ nhất là 40 tuổi, cao tuổi

nhất là 62 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 46 – 49.

Bảng 2. Phân bố người bệnh theo tiền sử sản khoa

Số lần sinh con	1	2	3	≥ 4	Tổng số
Số lượng	18	68	23	11	120
Tỷ lệ (%)	15,0	56,7	19,2	9,2	100

Nhận xét: Nhóm người bệnh đã đẻ 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,7%. 100% người bệnh cắt tử cung đã sinh con, trong đó có ít nhất 1 con và nhiều nhất là 5 con.

Bảng 3. Tiền sử sẹo mổ thành bụng

Tiền sử sẹo mổ thành bụng	Không có	Có sẹo mổ mở	Có sẹo mổ nội soi	Tổng số
Số lượng	104	11	5	120
Tỷ lệ (%)	86,7	9,2	4,2	100

Nhận xét: 86,7% số người bệnh không có sẹo mổ thành bụng, 11 bệnh nhân có sẹo mổ để cũ và 05 bệnh nhân có sẹo mổ nội soi cũ đã từng phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung hoặc u nang buồng trứng.

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng phát hiện bệnh

Triệu chứng phát hiện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn kinh nguyệt	43	35,8
Đau hạ vị	49	40,8
Tự sờ thấy	4	3,3
Rối loạn kinh nguyệt + đau hạ vị	21	17,5
Khám định kỳ	3	2,5
Tổng:	120	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu được phát hiện bệnh khi đã có triệu chứng, trong đó thường gặp nhất là rối loạn kinh nguyệt và đau hạ vị chiếm tỉ lệ cao nhất 94,1%. Chỉ có 3 bệnh nhân đi khám định kì phát hiện u xơ qua siêu âm ổ bụng và chỉ có 4 bệnh nhân tự sờ thấy khối u đi khám.

Bảng 5. Đặc điểm u xơ tử cung trước phẫu thuật

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Số lượng u	1 u	92	76,7
	2 u	18	15,0
	≥ 3 u	10	8,3
Kích thước tử cung	Bằng tử cung có thai < 8 tuần	10	8,3
	Bằng tử cung có thai 8 -10 tuần	69	57,5
	Bằng tử cung có thai 11-12 tuần	35	29,2
	Bằng tử cung có thai >12 tuần	6	5,0

Nhận xét: 100% bệnh nhân phẫu thuật đều có u xơ tử cung, trong đó số bệnh nhân có 1 u chiếm tới 76,7% và có 8,3% bệnh nhân có từ 3 u trở lên. Có 86,7% bệnh nhân có tử cung to bằng tử cung có thai từ 8-12 tuần. Tử cung có kích thước lớn hơn tử cung 12 tuần chiếm tỷ lệ 5%.

Bảng 6. Mức độ thiếu máu khi vào viện

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không thiếu máu	65	54,2	
Thiếu máu	Nhẹ	47	39,2
	Vừa	8	6,6
	Nặng	0	0
Tổng:	120	100,0	

Nhận xét: Bệnh nhân nhập viện không thiếu máu chiếm tỷ lệ 54,2%. 55 bệnh nhân thiếu máu nhẹ và vừa, chiếm tỉ lệ 45,8%.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 1 ghi nhận có 51 người bệnh trong độ tuổi 45-49 (42,5%), đây là nhóm xuất hiện cao nhất sau đó là đến 31 người bệnh trong độ tuổi 40-44 (25,8%). Như vậy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $48,1 \pm 4,2$; thấp nhất là 40 tuổi và cao nhất là 62 tuổi. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi⁴ độ tuổi phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung ở Việt Nam thường trên 45 tuổi, nếu dưới 45 tuổi nên phẫu thuật bóc u xơ bảo tồn tử cung cho đối tượng nghiên cứu vì ở tuổi dưới 45 còn khả năng và nhu cầu sinh sản.

Trong Bảng 2 ghi nhận số đối tượng nghiên cứu sinh có 2 con trở lên chiếm tỷ lệ cao (85%), không có đối tượng nghiên cứu chưa đẻ lần nào, đối tượng nghiên cứu đẻ một con chiếm 15%, đẻ nhiều nhất là 5 con. Một trong những điều kiện cần để chỉ định phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là đối tượng nghiên cứu đã đẻ đủ con hoặc không có nguyện vọng sinh con nữa. Vì vậy tất cả đối tượng nhóm nghiên cứu đều được giải thích rõ sẽ không còn khả năng sinh đẻ sau khi thực hiện phẫu thuật. Mặt khác khi đối tượng nghiên cứu đã sinh con sẽ thuận lợi cho việc lấy tử cung và khối u xơ qua âm đạo.

Liên quan đến tiền sử phẫu thuật bụng, bảng 3 cho thấy đối tượng nghiên cứu có sẹo mổ

thành bụng là 16/120 ca (13.4%), trong đó: 11/120 (9.2%) đối tượng có sẹo mổ đẻ, 3/120 (5%) có tiền sử phẫu thuật nội soi: ruột thừa, u nang buồng trứng và chữa ngoài tử cung. Đối tượng nghiên cứu có sẹo mổ ổ bụng thường được cân nhắc kỹ khi chỉ định mổ nội soi do tình trạng dính trong ổ bụng đặc biệt là dính ở vùng tiểu khung làm cho quá trình phẫu thuật phức tạp, khó khăn, nguy cơ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ cao hơn việc mổ lần đầu. Để mổ an toàn cho các đối tượng nghiên cứu này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và kỹ năng phẫu tích tốt. Với những trường hợp có tiền sử mổ lấy thai khi chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn phải xem xét: tử cung di động tốt không? Sẹo mổ cũ dính không? Tử cung treo, dính vào thành bụng không? Bàng quang có dính vào tử cung không?... Theo Claerhout F, Deprest J: phẫu thuật nội soi thực hiện ở đối tượng nghiên cứu sẹo mổ thành bụng dễ bị tai biến và biến chứng. Đặc biệt trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn nếu có sẹo mổ đẻ hay tiền sử mổ ở vùng tiểu khung thì tỷ lệ tai biến, biến chứng tăng lên rất đáng kể so với nhóm người bệnh không có sẹo mổ cũ (từ 3.58% lên 18.3%)⁵.

Bảng 4 ghi nhận lý do để đối tượng nghiên cứu đi khám và phát hiện u xơ tử cung hay gặp nhất là đau vùng hạ vị (40.8%), tiếp đến là rối loạn kinh nguyệt (35.8%), tiếp theo là đau hạ vị và rối loạn kinh nguyệt 17.5%, 3% là tình cờ phát hiện u xơ tử cung khi siêu âm ổ bụng trong khám sức khỏe định kỳ, các đối tượng nghiên cứu này không có bất cứ triệu chứng lâm sàng phụ khoa nào. Petrozza J và cộng sự⁶ thấy khoảng 60% đối tượng nghiên cứu phát hiện bệnh u xơ tử cung nhờ triệu chứng rối loạn kinh nguyệt hoặc đau bụng dưới. Tuy nhiên do một bộ phận người dân chưa có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ, chỉ khi có triệu chứng lâm sàng thì họ mới đi khám bệnh và làm các xét nghiệm vì vậy tỷ lệ phát hiện u xơ tử cung do triệu chứng rong kinh hay đau bụng dưới vẫn còn cao.

Hiện nay chẩn đoán bằng siêu âm trở nên phổ biến, tiện lợi, dễ thực hiện, và cho kết quả khá chính xác. Việc xác định số lượng u xơ trên siêu âm liên quan đến dự kiến phương pháp phẫu thuật. 100% tham gia phẫu thuật có bệnh lý u xơ tử cung. Số lượng u xơ cũng ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật. Trong nghiên cứu này hầu hết đối tượng nghiên cứu có từ 1 u xơ (76.7%) và 2 u xơ trở lên (23.3%), phù hợp với bệnh lý u xơ tử cung là đa u xơ. Kết quả ở Bảng 5 ghi nhận: kích thước tử cung to bằng tử cung

có thai từ 8 - 12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất: 86.7%. 6 đối tượng nghiên cứu có kích thước tử cung lớn hơn tử cung có thai 12 tuần vẫn thực hiện phẫu thuật nội soi với thử nghiệm mở rộng chỉ định và hoàn thiện kỹ năng ở khoa phụ ngoại, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Theo Hiệp hội Sản phụ khoa Mỹ chỉ định thông thường nhất trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung điều trị u xơ tử cung với những tử cung to tương ứng với tử cung có thai ≤ 12 tuần. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung tùy thuộc vào một số yếu tố: (1) Kích thước tử cung; (2) Độ di động của tử cung; (3) Tình trạng bệnh lý của phần phụ; (4) Có tổn thương ác tính và tổn thương nghi ngờ ác tính ở tử cung; (5) Âm đạo hẹp hay rộng. Kích thước tử cung quá lớn là một trong những chống chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung. Theo Carl F. Giesler⁷: đối tượng nghiên cứu có u xơ mà tử cung có kích thước lớn hơn tử cung có thai 14 tuần (trọng lượng tử cung > 450 gram) khi phẫu thuật nội soi nếu không được trợ giúp bằng các dụng cụ nội soi tiên tiến, trình độ phẫu thuật viên không cao thì tỷ lệ tai biến và biến chứng sẽ cao, nên hạn chế chỉ định phẫu thuật nội soi ở những bệnh nhân này. Harry Reich⁸ cho rằng: điều quan trọng nhất trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung vẫn là kích thước tử cung, ngoài ra còn phụ thuộc vào kinh nghiệm, trình độ tay nghề của phẫu thuật viên kết hợp với sự tiến bộ của phương tiện dụng cụ nội soi. Nhiều nhóm tác giả đã kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn có thể thực hiện được ở mọi bệnh nhân tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí kích thước của khối u và sự hỗ trợ của các dụng cụ hiện đại...

Bảng 6 cho thấy: 54.2% đối tượng nghiên cứu vào viện không thiếu máu; 39.2% đối tượng nghiên cứu thiếu máu nhẹ; 6.6% là thiếu máu mức độ vừa, không có bệnh nhân có tình trạng thiếu máu nặng. Tình trạng thiếu máu do đối tượng nghiên cứu bị rong kinh, cường kinh kéo dài. Điều này phù hợp với 53.3% trường hợp tới bệnh viện có rối loạn kinh nguyệt. Theo James B. Spies và cộng sự⁹ thì tỷ lệ thiếu máu của nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung là 38%, của nhóm tắc mạch tử cung là 58%.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi 45-50 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu, với tỷ lệ 42,5%.

Tỷ lệ có sẹo mổ thành bụng là 13,4% và đây là một yếu tố cần cân nhắc khi chỉ định phẫu thuật nội soi.

Nhóm bệnh nhân có kích thước tử cung trên lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Farris M, Bastianelli C, Rosato E, Brosens I, Benagiano G.** Uterine fibroids: an update on current and emerging medical treatment options. *Ther Clin Risk Manag.* 2019;15:157-178. doi:10.2147/TCRM.S147318
2. **Advincula AP.** Surgical techniques: robot-assisted laparoscopic hysterectomy with the da Vinci surgical system. *Int J Med Robot Comput Assist Surg MRCAS.* 2006;2(4):305-311. doi:10.1002/rcs.111
3. **Bogges JF, Gehrig PA, Cantrell L, et al.** A comparative study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging for endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, laparotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(4):360.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2008.08.012
4. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi.** Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp Chí Phụ Sản Số 2.* Published online 2001:29-32.
5. **Claerhout F, Deprest J.** Laparoscopic hysterectomy for benign diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(3):357-375. doi:10.1016/j.bpobgyn.2005.01.009
6. **Hysteroscopy:** Practice Essentials, Background, History of the Procedure. Published online July 27, 2021. Accessed May 3, 2022. <https://emedicine.medscape.com/article/267021-overview#a6>
7. **Puntambekar SP, Patil AM, Rayate NV, Puntambekar SS, Sathe RM, Kulkarni MA.** A Novel Technique of Uterine Manipulation in Laparoscopic Pelvic Oncosurgical Procedures: "The Uterine Hitch Technique." *Minim Invasive Surg.* 2010;2010:836027. doi:10.1155/2010/836027
8. **Reich H, DeCAPRIO J, McGLYNN F.** Laparoscopic Hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 1989;5(2):213-216. doi:10.1089/gyn.1989.5.213
9. **Spies JB, Cooper JM, Worthington-Kirsch R, Lipman JC, Mills BB, Benenati JF.** Outcome of uterine embolization and hysterectomy for leiomyomas: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):22-31. doi:10.1016/j.ajog.2004.03.037

TẦN SỐ TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH MẠN

Hà Anh Kiệt*, Trần Kim Trang*

TÓM TẮT

Vấn đề: Tần số tim là một trong những yếu tố quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh mạch vành, nói chung và hội chứng vành mạn (HCVM), nói riêng. **Mục tiêu:** Khảo sát tần số tim ở bệnh nhân HCVM điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 150 bệnh nhân HCVM tại Khoa phòng khám, phòng khám tim Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TP.HCM), cơ sở 1 từ tháng 3-5/2022. **Kết quả:** Tần số tim trung bình là $73,9 \pm 12,4$ lần/phút. 13,3% bệnh nhân đạt tần số tim mục tiêu từ 55-60 lần/phút. Tỷ lệ bệnh nhân có tần số tim ≤ 60 , 61-69, ≥ 70 lần/phút lần lượt là 15,3%, 23,3% và 61,3%. Bệnh nhân có tần số tim ≥ 70 lần/phút thường có đau thắt ngực, tỷ lệ rung nhĩ cao hơn và tỷ lệ sử dụng chẹn beta thấp hơn. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân HCVM đạt tần số tim mục tiêu theo khuyến cáo của AHA 2012 và ESC 2019 còn rất thấp.

Từ khóa: Tần số tim, hội chứng vành mạn

SUMMARY

HEART RATE IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME

*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Anh Kiệt

Email: hakiet777@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

Problem: Heart rate is one of the important factors in treatment and prognosis of coronary artery disease, in general and chronic coronary syndrome, in particular. **Objective:** To survey the heart rate in outpatients with chronic coronary syndrome. **Subjects and research methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on 150 patients with chronic coronary syndrome at Outpatient Department, Cardiology Clinic, University Medical Center Ho Chi Minh city, campus 1, from March to May 2022. **Results:** The mean heart rate was 73.9 ± 12.4 bpm (beats per minute). 13.3% of patients reached the target heart rate within 55-60 bpm. The prevalence of patients with heart rate ≤ 60 , 61-69, ≥ 70 bpm was 15.3%, 23.3% and 61.3%, respectively. Patients with heart rate ≥ 70 bpm had more angina pectoris, more incidence of atrial fibrillation and lower rate of beta-blocker use. **Conclusion:** The rate of patient with chronic coronary syndrome reaching target heart rate as recommendation of AHA 2012 and ESC 2019 was still very low.

Keywords: Heart rate, chronic coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Tần số tim được coi là một yếu tố tiên lượng ở người có bệnh động mạch vành, tương quan với những nguy cơ biến cố mạch vành trong tương lai. Hướng dẫn của Hội Tim Hoa Kỳ năm 2012 về chẩn đoán và điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định và Hội Tim châu Âu