

Tuy nhiên, do thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài như tác giả này vì vậy chúng tôi chưa đánh giá được ở các mốc thời gian phía sau.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc phối hợp với mổ mở cắt đoạn xa niệu quản và chóp bàng quang là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên. Vì vậy có thể chỉ định cho các khối u ở giai đoạn chưa xâm lấn thanh mạc. Nạo vét hạch có thể giúp cải thiện thời gian sống thêm của bệnh nhân. Hóa chất bổ trợ sau cắt thận niệu quản tận gốc là một phương pháp điều trị hứa hẹn tuy nhiên cần có thêm nghiên cứu về tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, et al.** European guidelines on upper tract urothelial carcinomas: 2013 update. *Eur Urol.* 2013; 63(6):1059-1071.
2. **Liu JY, Dai YB, Zhou FJ, et al.** Laparoscopic versus open nephroureterectomy to treat localized and/or locally advanced upper tract urothelial carcinoma: oncological outcomes from a multicentre study. *BMC Surg.* 2017; 17(1):8.
3. **Liu Wentao, Wang Yinhuai, Zhong Zhaohui, et al.** Transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic nephroureterectomy in the management of upper urinary tract urothelial

- carcinoma: a matched-pair comparison based on perioperative outcomes. *Surgical Endoscopy.* 2016; 30(12):5537-5541.
4. **Keiichiro Mori, Florian Janisch, Mehdi Kardoust Pariz, et al.** Prognostic Value of Variant Histology in Upper Tract Urothelial Carcinoma Treated with Nephroureterectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Urological Association Education And Research.* 2020; 203:1075-1084.
5. **Siegel RL, Miller KD, Jemal A.** Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2016; 66(1):7-30.
6. **Shariat SF, Favaretto RL, Gupta A, et al.** Gender differences in radical nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. *World J Urol.* 2011; 29:481-486.
7. **Campi Riccardo, Cotte Juliette, Sessa Francesco, et al.** Robotic radical nephroureterectomy and segmental ureterectomy for upper tract urothelial carcinoma: a multi-institutional experience. *World Journal of Urology.* 2019; 37(11):2303-2311.
8. **Abe T, Shinohara N, Muranaka M, et al.** Role of lymph node dissection in the treatment of urothelial carcinoma of the upper urinary tract: multiinstitutional relapse analysis and immunohistochemical re-evaluation of negative lymph nodes. *Eur J Surg Oncol.* 2010; 36(11):1085-1091.
9. **Lughezzani G, Jeldres C, Isbarn H, et al.** A critical appraisal of the value of lymph node dissection at nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. *Urology.* 2010; 75(1):118-124.
10. **Kamihira O, Hattori R, Yamaguchi A, et al.** Laparoscopic radical nephroureterectomy: a multicenter analysis in Japan. *Eur Urol.* 2009; 55(6):1397-1407.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG KÍCH THƯỚC LỚN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hà Văn Huy¹, Nguyễn Viết Trung¹,
Mai Trọng Hưng², Lê Thị Vân Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt tử cung điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn được phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 từ 3/2021 đến 9/2022. **Kết quả:** Trong nhóm phẫu thuật nội soi (PTNS): tuổi trung bình 46,37 ± 5,56, kích thước tử

cung trung bình (so với tử cung có thai) 14,3 ± 1,7 tuần, kích thước u xơ trung bình trên siêu âm 84,6 ± 21,8 mm, thời gian phẫu thuật trung bình 140,2 ± 44,1 phút, số lần sử dụng giảm đau trung bình 1,2 ± 0,7, ngày thứ hai tỉ lệ bệnh nhân đi lại 67,7%, thời gian nằm viện trung bình 4,40 ± 0,74 ngày. Trong nhóm mổ mở: tuổi trung bình 46,61 ± 4,41, kích thước tử cung trung bình (so với tử cung có thai) 14,5 ± 3,0 tuần, kích thước u xơ trung bình trên siêu âm 88,3 ± 33,1 mm, thời gian phẫu thuật trung bình 91,4 ± 51,9 phút, số lần sử dụng giảm đau trung bình 1,9 ± 0,9, ngày thứ hai tỉ lệ bệnh nhân đi lại 22,5%, thời gian nằm viện trung bình 4,97 ± 0,66 ngày. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm PTNS và phẫu thuật mở về thời gian phẫu thuật, số lần dùng giảm đau và thời gian nằm viện. **Kết luận:** Kết quả điều trị u xơ tử cung kích thước lớn của phẫu thuật nội soi tương đương phẫu thuật mở. Phẫu thuật nội soi

¹Bệnh viện Quân Y 103
²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Huy
Email: havanhuyvmmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023
Ngày duyệt bài: 2.3.2023

mang lại nhiều lợi ích hơn cho bệnh nhân tuy nhiên kỹ thuật phức tạp và đòi hỏi trang thiết bị hiện đại.

Từ khóa: U xơ tử cung kích thước lớn, phẫu thuật nội soi cắt tử cung, phẫu thuật mở cắt tử cung.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EARLY RESULTS OF HYSTERECTOMY TO TREAT LARGE UTERINE FIBROIDS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: to evaluate early results of hysterectomy to treat large uterine fibroids at 103 Military Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 93 patients with large uterine fibroids undergoing hysterectomy at Military Hospital 103 from 3/2021 to 9/2022. **Results:** In the laparoscopic hysterectomy group: mean age 46.37 ± 5.56 , mean uterine size (compared to pregnant uterus) 14.3 ± 1.7 weeks, average fibroid size on ultrasound 84.6 ± 21.8 mm, average surgery time 140.2 ± 44.1 minutes, average number of times of analgesic using 1.2 ± 0.7 , the rate of patients walking on the second day was 67,7%, average hospital stay 4.40 ± 0.74 days. In the abdominal hysterectomy group: mean age 46.61 ± 4.41 , mean uterine size (compared to pregnant uterus) 14.5 ± 3.0 weeks, mean fibroid size on ultrasound $88, 3 \pm 33.1$ mm, average surgical time 91.4 ± 51.9 minutes, average number of times of analgesics using 1.9 ± 0.9 , the rate of patients walking on the second day was 22,5%, average hospital stay 4.97 ± 0.66 days. **Conclusion:** The results of laparoscopic hysterectomy for large uterine fibroids are similar to those of abdominal hysterectomy. Laparoscopic hysterectomy offers more benefits than abdominal hysterectomy, but the technique is complicated and requires modern equipment.

Keywords: Large uterine fibroids, laparoscopic hysterectomy, abdominal hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là một trong những phẫu thuật phổ biến trong chuyên ngành sản phụ khoa. Phẫu thuật cắt tử cung được chỉ định để điều trị một số bệnh lý như: u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung, sa tạng chậu, ung thư phụ khoa. Theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) nghiên cứu, tỷ lệ cắt tử cung trong năm 2008 là 33/10000 phụ nữ/ năm với 512.563 trường hợp cắt tử cung. Tỷ lệ cắt tử cung cao nhất thuộc nhóm tuổi từ 45 - 49 và 40 - 44 lần lượt là 9,7 và 9,6/1000 [1] và tỉ lệ này thay đổi tùy thuộc vào tuổi, chủng tộc, địa lý, điều kiện kinh tế xã hội, chỉ định của bác sĩ.

Phẫu thuật nội soi đã mang lại cho bệnh nhân thời kỳ hậu phẫu nhẹ nhàng với ít đau, ít sử dụng kháng sinh, nhanh hồi phục, rút ngắn thời gian nằm viện, có tính thẩm mỹ, nâng cao chất lượng cuộc sống. Do đó bệnh nhân dễ dàng chấp nhận phương pháp phẫu thuật này. Tuy

nhiên bên cạnh những ưu điểm kể trên, phẫu thuật nội soi cũng đòi hỏi phẫu thuật viên cần phải được đào tạo đầy đủ, chu đáo, có hệ thống, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, chi phí phẫu thuật còn cao và cũng còn những hạn chế cũng như nhược điểm nhất định.

Khoa Phụ-Sản, Bệnh viện Quân y 103 đã thực hiện kỹ thuật cắt tử cung nội soi từ năm 2006. Việc điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp cắt tử cung nội soi và mổ mở đường bụng cùng tồn tại song song và hỗ trợ lẫn nhau. Để đánh giá kết quả của hai phương pháp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tử cung điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 93 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cắt tử cung tại khoa Phụ-Sản, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2022.

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- U xơ tử cung kích thước lớn:
- + Tử cung có u xơ, cả tử cung và u xơ kích thước lớn hơn tử cung có thai 12 tuần.
- + U xơ có đường kính lớn hơn 60 mm hoặc nhiều u xơ mà tổng đường kính các u xơ lớn hơn 60 mm trên siêu âm.
- Có kết quả giải phẫu bệnh là u xơ tử cung.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Không phải u xơ tử cung kích thước lớn
- Dữ liệu về dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng thiếu nhiều thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

* **Các biến số nghiên cứu:** tuổi, kích thước tử cung trước phẫu thuật, đường kính u xơ trên siêu âm, thời gian phẫu thuật, dùng giảm đau sau mổ, tình trạng vận động, thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

* **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 22. Sử dụng các thuật toán: tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, test thống kê χ^2 test, t – test để so sánh giá trị trung bình và tỉ lệ.

* **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y học của Bệnh viện Quân y 103.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	PTNS		Phẫu thuật mở		p
	n	%	n	%	
< 40	11	17,7	1	3,2	0,83
40 - 49	33	53,3	21	67,8	
≥ 50	18	29	9	29	
Tổng	62	100	31	100	
Tuổi trung bình (Thấp nhất-cao nhất)	46,37 ± 5,56 (30-60)		46,61 ± 4,41 (38-55)		

Nhận xét: - Tuổi trung bình của nhóm PTNS: 46,37 ± 5,56, nhóm phẫu thuật mở: 46,64 ± 4,41, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p > 0,05).

- Tuổi 40-49 chiếm tỉ lệ cao nhất: nhóm PTNS 53,3%, nhóm phẫu thuật mở 67,8%.

3.1.2. Kích thước tử cung trước phẫu thuật

Bảng 2. Kích thước tử cung trước phẫu thuật

Kích thước tử cung (to bằng tử cung có thai)	PTNS		Phẫu thuật mở		p
	n	%	n	%	
13-14 tuần	53	85,5	20	64,5	0,72
15-19 tuần	6	9,7	6	19,4	
≥ 20 tuần	3	4,8	5	16,1	
Tổng	62	100	31	100	
Trung bình (Nhỏ nhất-lớn nhất)	14,3 ± 1,7 (12-20)		14,5 ± 3,0 (12-28)		

Nhận xét: - Kích thước tử cung trung bình trước mổ nhóm PTNS 14,3 ± 1,7 tuần, nhóm phẫu thuật mở 14,5 ± 3,0 tuần. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của kích thước tử cung trung bình giữa 2 nhóm (p > 0,05).

- Tử cung có kích thước 13-14 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, PTNS 85,5%, phẫu thuật mở 64,5%.

3.1.3. Đường kính u xơ trên siêu âm

Bảng 3. Đường kính u xơ trên siêu âm

Kích thước u xơ trên siêu âm	PTNS		Phẫu thuật mở		p
	n	%	n	%	
61-80 mm	37	59,7	15	48,3	0,51
81-100 mm	16	25,8	6	19,4	
> 100 mm	9	14,5	10	32,3	
Tổng	62	100	31	100	
Trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất)	84,6 ± 21,8 (40-168)		88,3 ± 33,1 (50-180)		

Nhận xét: - Đường kính u xơ trung bình trong nhóm phẫu thuật nội soi 84,6 ± 21,8 mm, trong nhóm phẫu thuật mở 88,3 ± 33,1 mm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- Đường kính u 61-80mm chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm: PTNS 59,7%, phẫu thuật mở 48,3%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Thời gian phẫu thuật

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	PTNS		Phẫu thuật mở		p
	n	%	n	%	
≤ 90	5	8,1	20	64,5	0,00
91-150	37	59,7	9	29	
151-180	15	24,2	2	6,5	
> 180	5	8,1	0	0	
Tổng	62	100	31	100	
Trung bình (nhanh nhất-lâu nhất)	140,2 ± 44,1 (70-300)		91,4 ± 51,9 (40-310)		

Nhận xét: - Thời gian phẫu thuật trung bình nhóm PTNS 140,2 ± 44,1 phút, nhóm phẫu thuật mở 91,4 ± 51,9 phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p < 0,05).

- Chiếm tỉ lệ lớn nhất nhóm PTNS là thời gian 91-150 phút (59,7%), nhóm phẫu thuật mở là thời gian ≤ 90 phút (64,5%).

3.2.2. Dùng thuốc giảm đau sau mổ

Bảng 5. Dùng thuốc giảm đau sau mổ

Số lần dùng	PTNS		Phẫu thuật mở		p
	n	%	n	%	
Không dùng	10	16,1	0	0	0,00
1	50	80,6	24	77,5	
≥ 2	2	3,3	7	22,5	
Tổng	62	100	31	100	
Trung bình	1,2 ± 0,7		1,9 ± 0,9		

Nhận xét: - Số lần sử dụng giảm đau trung bình nhóm PTNS 1,2 ± 0,7, nhóm phẫu thuật mở 1,9 ± 0,9. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của số lần sử dụng giảm đau trung bình giữa 2 nhóm (p < 0,05).

- Đa số chỉ dùng 1 lần giảm đau: nhóm PTNS 80,6%, nhóm phẫu thuật mở 77,5%.

3.2.3. Tình trạng vận động sau mổ

Bảng 6. Tình trạng vận động sau mổ

Tình trạng vận động	PTNS				Phẫu thuật mở			
	Ngày 1		Ngày 2		Ngày 1		Ngày 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nằm tại giường	22	35,5	0	0	17	54,8	2	6,5
Ngồi dậy	40	64,5	20	32,3	14	45,2	22	71,0
Đi lại	0	0	42	67,7	0	0	7	22,5
Tổng	62	100	62	100	31	100	31	100

Nhận xét: - Ngày thứ nhất tỉ lệ bệnh nhân ngồi dậy ở nhóm PTNS 64,5%, cao hơn so với nhóm phẫu thuật mở (45,2%).

- Tỉ lệ đi lại được ngày 2 nhóm PTNS 67,7%, cao hơn nhóm phẫu thuật mở (22,5%).

3.2.4. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Bảng 7. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện	PTNS		Phẫu thuật mở		P
	n	%	n	%	
≤3 ngày	5	8,1	1	3,2	0,00
4 ngày	54	87,1	28	90,3	
≥ 5 ngày	3	4,8	2	6,5	
Tổng	62	100	31	100	
Trung bình (nhỏ nhất- lớn nhất)	4,40 ± 0,74 (3-7)		4,97 ± 0,66 (3-7)		

Nhận xét: - Thời gian nằm viện trung bình nhóm PTNS 4,40 ± 0,74 ngày, nhóm phẫu thuật mở 4,97 ± 0,66 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của thời gian nằm viện trung bình giữa 2 nhóm ($p < 0,05$).

- Đa số bệnh nhân nằm viện 4 ngày, nhóm PTNS 87,1%, nhóm mổ mở 90,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Độ tuổi trung bình trong nhóm PTNS: 46,37 ± 5,56, trong nhóm phẫu thuật mở 46,61 ± 4,41, nhóm tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ cao nhất: PTNS 53,3%, phẫu thuật mở 67,8%. Độ tuổi trung bình ở nhóm PTNS trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hương, nhóm tuổi 45-54 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3% [2]. Theo nghiên cứu của Francesco M. và cs năm 2018 nghiên cứu trên 75487 bệnh nhân, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 47,8 [3]. Trong nghiên cứu của Shin J. và cs năm 2011, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu nhóm PTNS là 44,5±6,4 [4].

- Kích thước tử cung trung bình trước mổ trong nhóm PTNS 14,3 ± 1,7 tuần, nhóm phẫu thuật mở 14,5 ± 3,0 tuần. Kích thước tương đương tử cung có thai từ 12 - 14 tuần chiếm chủ yếu (nhóm PTNS là 85,5%, nhóm phẫu thuật mở 64,5%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lựu tại Bệnh viện 198 – Bộ Công an, tỉ lệ bệnh nhân có tử cung to tương đương tử cung có thai 8-12 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 55,5%, chỉ có 1,9% bệnh nhân có tử cung lớn hơn 12 tuần [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả trên do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu là những trường hợp có u xơ tử cung kích thước lớn.

- Đường kính trung bình u xơ trên siêu âm nhóm PTNS 84,6 ± 21,8 mm, nhóm phẫu thuật mở 88,3 ± 33,1 mm. Chiếm tỉ lệ lớn nhất là đường kính 61 – 80 mm: nhóm PTNS 59,7%,

nhóm phẫu thuật mở 32,2%. Trần Thanh Hương nghiên cứu PTNS cắt tử cung tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, kích thước u xơ trên siêu âm < 50 mm chiếm 66%[2]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hải đường kính u xơ < 50 mm chiếm 71,3%, đường kính 50 – 60 mm chiếm 16,3% và đường kính > 60 mm chiếm 12,5% [6]. Đường kính của u xơ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với các tác giả trên do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu là u xơ tử cung kích thước lớn.

4.2. Kết quả điều trị: - Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTNS là 140,2 ± 44,1 phút, nhóm phẫu thuật mở 91,4 ± 51,9 phút. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTNS và nhóm phẫu thuật mở. Theo Nguyễn Văn Lựu thời gian PTNS trung bình là 119,3 ± 35,8 phút [5], theo Trần Thanh Hương thì thời gian PTNS trung bình tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 năm 2012 là 79,3±18,5 phút [2]. Thời gian trung bình trong nghiên cứu chúng tôi lớn hơn vì tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân là u xơ tử cung kích thước lớn.

- Nhóm PTNS có số lần sử dụng thuốc giảm đau trung bình 1,2 ± 0,7, nhóm phẫu thuật mở 1,9 ± 0,9 lần. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lần sử dụng thuốc giảm đau trung bình sau phẫu thuật giữa 2 nhóm ($p < 0,05$). Đa số bệnh nhân được dùng 1 lần giảm đau: nhóm PTNS 80,6%, nhóm phẫu thuật mở 77,5%. Trần Thanh Hương nghiên cứu PTNS cắt tử cung sau mổ 100% bệnh nhân cần dùng giảm đau ngày thứ 1, 5,6% bệnh nhân cần dùng đến ngày thứ 2, không có bệnh nhân nào phải dùng đến ngày thứ 3 [2]. Kết quả dùng giảm đau sau mổ của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên.

- Ngày thứ 1 nhóm PTNS có 64,5% bệnh nhân đã ngồi dậy, tỉ lệ này ở nhóm phẫu thuật mở là 45,2%. Ngày thứ 2 có 67,7% bệnh nhân đi lại được ở nhóm PTNS, nhóm phẫu thuật mở có 22,5%. Nguyễn Văn Lựu trong nghiên cứu của mình cho thấy: ngày thứ 1 có 94% bệnh nhân đã ngồi dậy được, 32% bệnh nhân đã đi lại được, ngày thứ 2 có 100% bệnh nhân đã ngồi dậy được, 32% bệnh nhân đã đi lại được, ngày thứ 3 có 100% bệnh nhân đã đi lại được [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp ngày thứ 1 có 97,5% bệnh nhân đã ngồi dậy được và 44% đã đi lại được, ngày thứ 2 có 100% bệnh nhân đã ngồi dậy được và 96,7% bệnh nhân đi lại được, ngày thứ 3 có 100% bệnh nhân đã đi lại được [7]. Kết quả của chúng tôi về thời gian vận động tương đồng so với các tác giả trên. Lợi ích của

phẫu thuật nội soi là đau ít sau phẫu thuật, can thiệp tối thiểu vào các cơ quan nên bệnh nhân thường có thể vận động sớm, phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

- Đa số bệnh nhân nằm viện 4 ngày: nhóm PTNS 87,1%, nhóm phẫu thuật mở 90,3%. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật nhóm PTNS $4,40 \pm 0,74$ ngày, nhóm phẫu thuật mở $4,97 \pm 0,66$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu thời gian nằm viện trung bình PTNS của Trần Thanh Hương là $4,5 \pm 0,7$ ngày [2]. Kết quả chúng tôi tương tự với tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi có hiệu quả tương tự phẫu thuật mở trong điều trị u xơ tử cung kích thước lớn. Phẫu thuật nội soi mang đến nhiều lợi ích cho bệnh nhân: giảm số lần sử dụng thuốc giảm đau, vận động sớm, giảm số ngày nằm viện tuy nhiên cần có trang thiết bị và phẫu thuật viên được đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **MS Penny Murphy (2008)**. Women's Health

STATS & FACTS 2011 provides a wide variety of national health data, trends, and other information specific to women's health, ACOG, 19.

2. **Trần Thanh Hương (2013)**. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Y học thực hành, 69-72.
3. **Casarin J., Multinu F., Hanson K. T. (2018)**. Practice Patterns and Complications of Benign Hysterectomy Following the FDA Statement Warning Against the Use of Power Morcellation. JAMA surgery.
4. **Lee H. H., Shin W., Lee S. P. et al (2011)**. Total laparoscopic hysterectomy and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy, JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.
5. **Nguyễn Văn Lưu (2014)**. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại bệnh viện 198-Bộ Công An. Luận văn thạc sỹ, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **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 văn Bác sĩ chuyên khoa II.
7. **Nguyễn Văn Giáp (2006)**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ SỚM SAU PHẪU THUẬT ROSS-KONNO TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp nghiên cứu:** Trong thời gian từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022, nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên tổng số 20 bệnh nhân được phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung vị và cân nặng trung vị của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 1.02 tuổi (0.14 - 6.07 tuổi) và 7.75 kg (3.7 - 26 kg). Tỷ lệ nam/nữ là 15/5. Chẩn đoán trước phẫu thuật bao gồm: Hẹp van động mạch chủ nặng (8 bệnh nhân), hở van động mạch chủ nặng (2 bệnh nhân), thông liên thất-hẹp eo-hẹp nặng đường ra thất trái (4 bệnh nhân) và gián đoạn quai động mạch chủ -thông liên thất-hẹp nặng đường ra thất trái (4 bệnh nhân). Z-score trung bình của đường kính van động mạch chủ

là -4.53 ($-10.5, 0.75$) đối với 16 bệnh nhân có tình trạng hẹp van động mạch chủ hoặc hẹp nặng đường ra thất trái trước phẫu thuật. Thời gian cấp động mạch chủ trung bình là 131 ± 39.7 phút, thời gian chạy máy trung bình là 190 ± 44 phút, thời gian thở máy trung bình là 168 giờ (16.5 - 2420 giờ). Tử vong sớm sau phẫu thuật có 1 bệnh nhân (5%) và tử vong muộn có 1 bệnh nhân (5%). Kết quả kiểm tra siêu âm tim lần cuối cho thấy có 1 bệnh nhân hở van động mạch chủ trung bình-nhẹ, tất cả các bệnh nhân còn lại hở van chủ rất nhẹ hoặc không hở. Thời gian theo dõi trung bình của nhóm nghiên cứu là 12 tháng (0.5 - 60 tháng), có 1 bệnh nhân cần can thiệp nong bóng điều trị hẹp nhánh động mạch phổi phải sau phẫu thuật. Tỷ lệ sống sót chung của nhóm nghiên cứu sau 5 năm là 88.2%. **Kết luận:** Kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan và hiệu quả. Cần một nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác kỹ thuật này.

Từ khoá: phẫu thuật Ross-Konno, hẹp van động mạch chủ, hẹp đường ra thất trái

SUMMARY

PRIMARY OUTCOMES OF ROSS-KONNO OPERATION AT VIETNAM NATIONAL

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023