

giật muện) chỉ thu được độ nhạy và độ đặc hiệu của tỷ số sFlt-1/PIGF tương ứng là 62% và 51%; nếu xét trên những thai phụ xuất hiện tiền sản giật muện thì độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 67% và 51%.

Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu như vậy có lẽ phụ thuộc chủ yếu và tuổi thai, cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu. Trong những nghiên cứu thu được độ nhạy và độ đặc hiệu cao trên 90%, các tác giả thường nghiên cứu với cỡ mẫu khá lớn, ngược lại tác giả Stepan và cộng sự chỉ thu được độ nhạy và độ đặc hiệu khoảng 50 – 60% đã tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu nhỏ (12 thai phụ tiền sản giật trong đó tiền sản giật xuất hiện sớm là 9 và 3 xuất hiện tiền sản giật muộn với nhóm chứng 38 thai phụ).

V. KẾT LUẬN

Nồng độ PIGF, sFlt-1 ở thai phụ có nguy cơ tiền sản giật ít liên quan với các chỉ số hóa sinh cũng như một vài đặc điểm lâm sàng khác giai đoạn quý 1 thai kỳ.

Nồng độ PIGF, sFlt-1 và đặc biệt là tỷ số sFlt-1/PIGF có thể giúp chẩn đoán sớm tiền sản giật từ trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng đặc biệt là PLGF với độ nhạy, độ đặc hiệu của tỷ số sFlt-1/PIGF tương ứng là 79,1% và 67,5 %. Khi xem xét từng chỉ số thì PLGF có độ nhạy 60,1% và độ đặc hiệu lên đến 71,1% ở tuổi thai 11-13 tuần 6 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng dẫn sàng lọc tiền sản giật 1911/QĐ-BYT** Bộ Y tế ra ngày 19/4/2022

2. **Nguyễn Chính Nghĩa, Phạm Thiên Ngọc, Nguyễn Quốc Tuấn** (2011). "Nghiên cứu nồng độ yếu tố tân tạo mạch máu PLGF và yếu tố kháng tân tạo mạch máu sFlt-1 trong huyết thanh thai phụ có nguy cơ tiền sản giật, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 384, tháng 8/2021 tr: 99-104.
3. **Akolekar R, Syngelaki A, Sarquis R, Zvanca M, Nicolaides KH** (2011). Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11-13 weeks. *Prenat Diagn.* 2011 Jan; 31(1), 66-74
4. **Lim JH, Kim SY, Park SY, Yang JH, Kim MY, Ryu HM** (2008). Effective prediction of preeclampsia by a combined ratio of angiogenesis-related factors. *Obstet Gynecol* 2008;111(6):1403-9.
5. **Levine RJ, Maynard SE, Qian C, Lim KH, England LJ, Yu KF, Schisterman EF, Thadhani R, Sachs BP, Epstein FH, Sibai BM, Sukhatme VP, Karumanchi SA** (2004). Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med* 2004;350(7):672-83.
6. **De Vivo A, Baviera G, Giordano D** (2008). Endoglin, PIGF and sFlt-1 as markers for predicting pre-eclampsia. *Acta Obstet Gynecol*;87:837-842
7. **Sunderji S, Gaziano E, Wothe D, Rogers LC, Sibai B, Karumanchi SA, Hodges-Savola C** (2010). Automated assays for sVEGF R1 and PIGF as an aid in the diagnosis of preterm preeclampsia: a prospective clinical study. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1):40-7.
8. **Stefan V, Alberto G, Dietmar S, Harald Z, Ignacio H, Manfred G, Juliane P, Joachim W, Barbara D, Holger S** (2010), An automated method for the determination of the sFlt-1/PIGF ratio in the assessment of preeclampsia, *2/2010 American Journal of Obstetrics & Gynecology* 161.e11

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT 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

Đỗ Tuấn Đạt¹, Nguyễn Duy Hưng¹, Đặng Hồng Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả phẫu thuật 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 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:** Trọng lượng tử cung trung bình: $397.9 \pm 108.2g$, trong đó có 36.7% bệnh nhân trọng lượng tử cung từ 300 - 400g. Thời gian phẫu thuật trung bình: 67.3 ± 15.8 phút. Lượng máu mất trong mổ: $194,8 \pm 54,5$ ml. Tỷ lệ chuyển mổ mở: 1.7%. Không có tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau mổ: viêm mủm âm đạo: 3.3%. **Kết luận:** Trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung, thời gian phẫu thuật có mối tương quan thuận chặt chẽ với trọng lượng tử cung và kích thước của tử cung trên siêu âm. Trọng lượng tử cung càng lớn thì lượng máu mất trong phẫu thuật cũng tăng theo có ý nghĩa thống kê.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Hải

Email: honghai2212@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

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

SUMMARY

THE RESULT OF TOTAL HYSTERECTOMY OF UTERINE FIBROIDS BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: The result of total hysterectomy of uterine fibroids by laparoscopic surgery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** This prospective study included 120 patients with uterine fibroids underwent laparoscopic total hysterectomy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from August 2019 to May 2020. **Results:** The average uterine weight was $397.9 \pm 108.2g$. The mean duration of laparoscopic total hysterectomy 67.3 ± 15.8 min. The estimated blood loss during surgery was $194,8 \pm 54,5$ ml. No intraoperative complications were observed and postoperative complications occurred in 3,3% cases: vaginal apex inflammation. **Conclusion:** The operative duration has a strong positive correlation with the uterine weight and the size of the uterus. Regression analysis showed a positive correlation between the estimated blood loss and the size of uterus. **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 đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, đặc biệt là trọng lượng tử cung, 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: "Kết quả phẫu thuật 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

2.1. 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

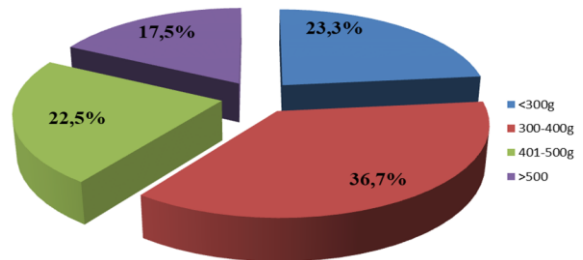
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 120 trường hợp u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

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



Biểu đồ 3.1. Trọng lượng tử cung sau phẫu thuật

Nhận xét: Trọng lượng tử cung trung bình trong phẫu thuật là 397.9 ± 108.2 g. Trọng lượng tử cung nhỏ nhất là 230g, lớn nhất là 700g. Trong đó chiếm tỷ lệ lớn nhất là trọng lượng tử cung từ 300 – 400g (36,7%) và trọng lượng tử cung >500g là nhỏ nhất (17,5%).

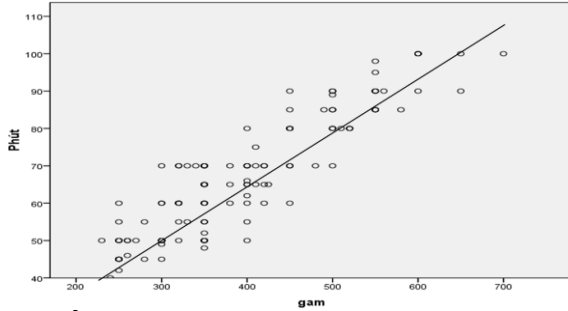
Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 45	9	7.5

46-60	42	35.0
61-90	62	51.7
>90	7	5.8
Tổng	120	100.0

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình cho một ca phẫu thuật là 67.3 ± 15.8 phút. Thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 40 phút, và dài nhất là 110 phút.

Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng của tử cung



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung

Phương trình tương quan:

$$y = 0,132x + 14,96$$

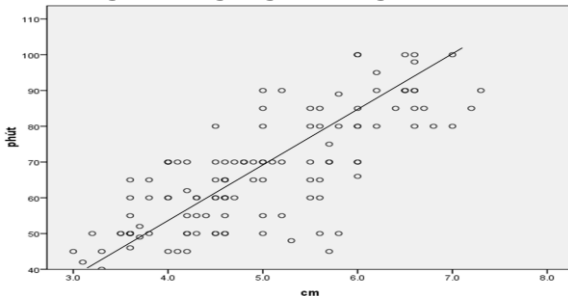
Trong đó:

- y: thời gian phẫu thuật (phút).
- x: trọng lượng tử cung (gam).

Hệ số tương quan: $r = 0,901$; $p < 0,001$.

Thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và đường kính ngang tử cung trên siêu âm:



Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa thời gian phẫu thuật và đường kính u xơ lớn nhất trên siêu âm

Phương trình tương quan: $y = 11,55x + 9,77$

Trong đó:

- y: thời gian phẫu thuật (phút).
- x: đường kính ngang u xơ lớn nhất trên siêu âm (mm).

Hệ số tương quan: $r = 0,770$; $p < 0,001$.

Thời gian phẫu thuật và đường kính ngang U xơ lớn nhất trên siêu âm tương quan tuyến tính đồng biến với nhau.

Bảng 3.2. Đặc điểm lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)	Số lượng	Tỷ lệ
<200	69	57.5
200 – 300ml	48	40.0
>300ml	3	2.5
Tổng	120	100.0

Nhận xét: Lượng máu mất trung bình trong một ca phẫu thuật là 194.8 ± 54.5 ml. Lượng máu mất ít nhất cho một ca phẫu thuật là 100ml, nhiều nhất là 350ml.

Bảng 3.3. Lượng máu mất và trọng lượng tử cung sau mổ

Trọng lượng tử cung	Lượng máu mất trung bình	P
<300	$140,4 \pm 19,6$	$P < 0,001$
300 - 400	$175,5 \pm 30,8$	
400 - 500	$221,8 \pm 36,4$	
>500	$271,9 \pm 35,7$	

Nhận xét: Lượng máu mất phụ thuộc vào trọng lượng tử cung. Trọng lượng tử cung càng lớn thì lượng máu mất trong phẫu thuật cũng tăng theo có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 67.3 ± 15.8 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 110 phút. Theo nghiên cứu của Fernandez thời gian phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn có liên quan tới các yếu tố như kỹ năng của phẫu thuật viên, kích thước tử cung, vị trí u xơ tử cung, mức độ dính ổ bụng, tiền sử mổ lấy thai, tình trạng lạc nội mạc tử cung và trạng thiết bị phẫu thuật. Điều này giúp lý giải thời gian phẫu thuật của chúng tôi có sự chênh lệch so với các nghiên cứu về nội soi cắt tử cung hoàn toàn trong nước cũng như trên thế giới nhưng nhìn chung thời gian phẫu thuật trung bình từ 60 đến 90 phút.⁴

Theo biểu đồ 3.2, thời gian phẫu thuật và trọng lượng tử cung tương quan tuyến tính đồng biến với nhau, trọng lượng tử cung lớn thì thời gian phẫu thuật dài và ngược lại với hệ số tương quan: $r = 0,901$; $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Thomas Gyr và cộng sự⁵: trọng lượng tử cung và thời gian phẫu thuật có mối tương quan thuận ($r = 0,34$, $p < 0,05$) và Trần Thị Liên Hiệp⁶ cũng cho kết quả tương tự ($r = 0,52$, $p < 0,001$). Tác giả O’Hanlan cũng nhận thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm có trọng lượng tử cung dưới 250 gram nhanh hơn so với nhóm có trọng lượng tử cung trên 250 gram.⁷ Biểu đồ 3.3 cũng cho thấy thời

gian phẫu thuật tương quan thuận với đường kính lớn nhất của tử cung, đường kính lớn nhất của tử cung càng lớn thì thời gian phẫu thuật càng dài và ngược lại, với hệ số tương quan: $r = 0,770$; $p < 0,001$.

Bảng 3.2 ghi nhận số lượng máu mất dưới 250 ml chiếm tỉ lệ cao nhất 52,5 %, tiếp sau là tỉ lệ máu mất trong khoảng 251-400 ml là 45,8% và sau cùng là tỉ lệ máu mất trên 400ml chiếm 1,7 %. Lượng máu mất trong mổ phụ thuộc rất nhiều vào khối lượng tử cung, theo bảng 3.3 thì trọng lượng tử cung càng lớn thì lượng máu mất càng nhiều. Trong nghiên cứu này ước lượng máu mất trung bình trong mổ là 194.8 ± 54.5 ml (60 - 250ml). Theo nghiên cứu 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.⁷ Một số tác giả nghiên cứu đánh giá lượng máu mất của phẫu thuật nội soi đều nhận thấy vai trò nổi bật của phương pháp phẫu thuật này là mất máu ít hơn các phẫu thuật khác vì tất cả các mô đã được cầm máu bằng dao điện trước khi cắt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có đối tượng nghiên cứu nào bị tai biến trong quá trình phẫu thuật kể cả các tai biến về gây mê và về thao tác kỹ thuật. Theo nghiên cứu của James E Carter⁸ trên 1.500 đối tượng PTNS cắt tử cung thấy tỷ lệ biến chứng là 10 - 11%, cho rằng biến chứng nguy hiểm nhất là gây thủng các tạng rỗng như đại tràng, trực tràng, ruột non. Biến chứng hay gặp nhất là tổn thương cơ quan tiết niệu do trong quá trình đốt cầm máu hoặc do khâu mỏm cắt làm tổn thương... Theo Katherine A. O'Hanlan⁷ tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn là 7,7% và tổn thương hệ tiết niệu nói chung là 2,8%. Như vậy so sánh với các tác giả trên thì tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của chúng tôi là ít hơn. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm bệnh nhân ít hơn và với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp chúng tôi tiên lượng những trường hợp mổ khó chuyển mổ mở. Trong quá trình nghiên cứu, có 02 trường hợp phải chuyển mổ mở do toàn bộ tử cung dính phức tạp vào mạc nối lớn và thành chậu hoặc do u xơ tử cung quá to chiếm toàn bộ chậu trường, tiên lượng mổ nội soi khó khăn. Biến chứng sau mổ được phát hiện là viêm mỏm cắt âm đạo (gồm 4 đối tượng nghiên cứu) với triệu chứng đau hạ vị, ra khí hư

âm đạo nhiều lần máu. Đối với các trường hợp này, chúng tôi đã điều trị nội khoa bằng kháng sinh, giảm nề, làm thuốc âm đạo... cho kết quả ổn định. Trong đó có 2 trường hợp được khâu mỏm cắt bằng chỉ Stratafix (mẫu chỉ mới đang được thử nghiệm tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, là loại chỉ không nút thắt có kháng khuẩn). Theo Filip Claerhout và cộng sự⁹: tỷ lệ biến chứng viêm mỏm cắt âm đạo ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng là 0,2%, đường âm đạo là 1,8% và PTNS là 1,4%. Tỷ lệ viêm mỏm cắt âm đạo của chúng tôi cao hơn có thể do chưa xử lí hết viêm âm đạo trước mổ cũng như đang dùng loại chỉ mới.

V. KẾT LUẬN

Trong phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung, thời gian phẫu thuật có mối tương quan thuận chặt chẽ với trọng lượng tử cung và kích thước của tử cung trên siêu âm. Trọng lượng tử cung càng lớn thì lượng máu mất trong phẫu thuật cũng tăng theo có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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
- 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
- Boggess 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
- Fernandez C, Fernandez E, Fernandez S, Duque G.** Total Laparoscopic Hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1996;3(4, Supplement): S12. doi:10.1016/s1074-3804(96)80169-1
- Gyr T, Ghezzi F, Arslanagic S, Leidi L, Pastorelli G, Franchi M.** Minimal invasive laparoscopic hysterectomy with ultrasonic scalpel. *Am J Surg.* 2001;181(6):516-519. doi:10.1016/s0002-9610(01)00636-5
- 15. NTLH. Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Tử Cung Hoàn Toàn Điều Trị u Xơ Tử Cung Tại Bệnh Viện 121 – Quận Khu.** Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Học Viện Quân Y. Hà Nội.; 2011.
- O'Hanlan KA, Lopez L, Dibble SL, Garnier AC, Huang GS, Leuchtenberger M.** Total laparoscopic hysterectomy: body mass index and outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;102(6):1384-1392. doi:10.1016/j.obstetgynecol.2003.08.018
- Carter JE.** Complications of laparoscopic hysterectomy: avoid the risks. *Diagn Ther Endosc.* 1996;3(1):9-17. doi:10.1155/DTE.3.9