

hiện lan tỏa hoặc khu trú. Sử dụng ngày càng nhiều các phác đồ hóa trị có chứa Oxaliplatin kèm theo tăng nguy cơ tổn thương nhu mô và mạch máu ở gan, đặc biệt xuất hiện các tổn thương tăng sản thể nốt khu trú. Chụp CHT tiêm thuốc đối quang từ đặc hiệu mô gan cũng là một phương pháp chẩn đoán xác định các trường hợp này, nhằm tránh được các thủ thuật sinh thiết, phẫu thuật không cần thiết hoặc điều trị hóa chất do hướng đến tổn thương thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou H, Wang YXJ, Lou H yan, Xu X jun, Zhang M ming. Hepatic Sinusoidal Obstruction Syndrome Caused by Herbal Medicine: CT and MRI Features. Korean J Radiol. 2014;15(2):218-225. doi:10.3348/kjr.2014.15.2.218
2. Rubbia-Brandt L, Lauwers GY, Wang H, et al. Sinusoidal obstruction syndrome and nodular regenerative hyperplasia are frequent oxaliplatin-associated liver lesions and partially prevented by bevacizumab in patients with hepatic colorectal metastasis. Histopathology. 2010;56(4):430-439. doi:10.1111/j.1365-2559.2010.03511.x
3. de Wert LA, Huisman SA, Imani F, et al. Appearance of Focal Nodular Hyperplasia after Chemotherapy in Two Patients during Follow-Up of Colon Carcinoma. Case Rep Surg. 2021;2021:6676109. doi:10.1155/2021/6676109
4. Donadon M, Di Tommaso L, Roncalli M, Torzilli G. Multiple focal nodular hyperplasias induced by oxaliplatin-based chemotherapy. World J Hepatol. 2013;5(6):340-344. doi:10.4254/wjh.v5.i6.340
5. Vassallo L, Fasciano M, Fortunato M, Orcioni GF, Vavala' T, Regge D. Focal nodular hyperplasia after oxaliplatin-based chemotherapy: A diagnostic challenge. Radiol Case Rep. 2022; 17(6):1858-1865. doi:10.1016/j.radcr.2022.03.020
6. **Chất tương phản MRI - PRIMOVIST:** Vai trò trong chẩn đoán thương tổn gan | Hội Điện Quang và Y Học Hạt Nhân. Published April 1, 2017. Accessed April 15, 2023. <https://radiology.com.vn/bao-cao-khoa-hoc/chat-tuong-phan-mri-primovist-vai-tro-trong-chan-doan-thuong-ton-gan-n232.html>
7. Vernuccio F, Dioguardi Burgio M, Barbiera F, et al. CT and MR imaging of chemotherapy-induced hepatopathy. Abdom Radiol N Y. 2019; 44(10):3312-3324. doi:10.1007/s00261-019-02193-y
8. Ozaki K, Higuchi S, Kimura H, Gabata T. Liver Metastases: Correlation between Imaging Features and Pathomolecular Environments. RadioGraphics. 2022;42(7):1994-2013. doi:10.1148/rg.220056

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Tuấn Minh¹, Đỗ Tuấn Đạt¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 422 phụ nữ được chẩn đoán là u buồng trứng có chỉ định can thiệp phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học là u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022. **Kết quả nghiên cứu:** Dưới 50 tuổi chủ yếu (99,6%) bóc u buồng trứng. Với các trường hợp u buồng trứng lành tính, phần lớn được phẫu thuật qua nội soi (90,6%), mổ mở chỉ chiếm 8,3%. Tương tự với u giáp biên, 87,5% trường hợp được mổ nội soi. Ngược lại, với trường hợp ung thư buồng trứng, hầu hết đều được mổ mở (79,3%), chỉ 17,2% là mổ nội soi; đa số sẽ phẫu thuật cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn (65,5%) hoặc cắt 2 phần phụ (17,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp can thiệp u buồng trứng

theo tuổi, theo giải phẫu bệnh và giữa các nhóm đường vào ổ bụng $p < 0,001$. **Kết luận:** Các phương pháp can thiệp u buồng trứng phụ thuộc vào tuổi giải phẫu bệnh khối u và đường vào ổ bụng phụ thuộc giải phẫu bệnh khối u với $p < 0,001$.

Từ khóa: u biểu mô buồng trứng, phẫu thuật.

SUMMARY

THE RESULTS OF OVARIAN EPITHELIAL TUMOR SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To review results of ovarian epithelial tumor surgery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted on 422 women who were diagnosed with ovarian tumors with indications for surgical intervention and whose histopathological results were ovarian epithelial tumors at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from December 2020 to May 2022. **Results:** Under 50 years old, mainly (99.6%) ovarian tumors are removed. With the cases of benign ovarian tumors, most were operated through laparoscopic (90.6%), open surgery only accounted for 8.3%. Similar to borderline tumors, 87.5% of cases were operated laparoscopically. In contrast, for ovarian cancer, most were open surgery (79.3%), only 17.2% were laparoscopic; the majority

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Minh Nguyệt

Email: drdangminhnguyet@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023

will have hysterectomy, appendectomy, and greater omentum (65.5%) or bilateral salpingo-oophorectomy (17.2%). The difference was statistically significant in the rate of ovarian tumor intervention methods by age, by pathology and between groups of intra-abdominal routes with $p < 0.001$. **Conclusion:** The ovarian tumor intervention methods depend on the age of the tumor pathology and the way to the abdomen depends on the tumor pathology with $p < 0.001$.

Keywords: epithelial ovarian tumor, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, u biểu mô BT là loại hay gặp nhất, chiếm khoảng 60% u BT nói chung và 90% u BT ác tính nói riêng¹. Tại Việt Nam, u BT là loại u hay gặp trong các u cơ quan sinh dục nữ, đứng thứ 2 sau u xơ tử cung. UTBT lại là bệnh phổ biến đứng hàng thứ ba trong các bệnh UT phụ khoa². Theo ghi nhận UT tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2004, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 4,4/100.000 dân, ở Hà Nội là 3,7/100.000 dân³. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Quyết (2019), UT biểu mô chiếm phần lớn trong nhóm UTBT (86,67%), trong đó UT biểu mô thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất (57,14%)⁴.

Để chẩn đoán u BT thường không khó. Điều quan trọng là phải xác định được đó là nang cơ năng hay thực thể. Nếu là nang cơ năng thì theo dõi chỉ cần thiệp khi có biến chứng, Khi đã xác định là u buồng trứng thực thể phải can thiệp phẫu thuật, tránh bỏ sót ung thư BT. Thực trạng phẫu thuật u biểu mô buồng trứng được thực hiện ở Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội như thế nào, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật khối u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố phương pháp can thiệp u buồng trứng theo tuổi

Phương pháp PT	Tuổi		< 50 tuổi		≥50 tuổi		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cắt buồng trứng	69	87,3	10	12,7	79	100	<0,0001*		
Bóc u	243	99,6	1	0,4	244	100			
Cắt 2 phần phụ	12	18,7	52	81,3	63	100			
Cắt tử cung và 1 phần phụ	8	88,9	1	11,1	9	100			
Cắt tử cung và 2 phần phụ	4	44,4	5	55,6	9	100			
Cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn	6	35,3	11	64,7	17	100			
Tổng	342	81,0	80	19,0	422	100			

Nhận xét: Trên 50 tuổi chỉ có 1 trường hợp bóc u buồng trứng (0,4%), còn lại là cắt buồng trứng. nhóm bóc u buồng trứng chủ yếu dưới 50 tuổi (99,6%).

Còn một số ít ca cắt tử cung là có đi kèm các bệnh u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung hay

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán là u biểu mô buồng trứng có chỉ định can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u biểu mô buồng trứng

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- UTBT đã điều trị hóa chất trước phẫu thuật
- Bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát hoặc có bất kỳ bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân đang mang thai hoặc bị suy thận giai đoạn cuối hoặc trải qua cấy ghép cơ thể.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả.

2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức:

$$n = Z^2(1-\alpha/2) pq(p.E)^2 / (1-\alpha/2)^2 (\delta.E)^2$$

Trong đó: n là số bệnh nhân bị u biểu mô buồng trứng.

$$Z^2(1-\alpha/2) (1-\alpha/2)^2$$

là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,96² ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$).

p: Độ nhạy của ROMA test trong dự đoán tính chất ác tính của u buồng trứng theo nghiên cứu của Võ Thanh Nhân là 88%, $p = 0,88^5$

$$q = 1 - p = 0,12$$

ϵ là khoảng sai lệch tương đối = 0,04.

Thay vào công thức trên ta có được $n = 419$ bệnh nhân

Có 422 bệnh nhân được chẩn đoán là u biểu mô buồng trứng có chỉ định can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 5 năm 2022 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được lấy vào nghiên cứu.

ung thư buồng trứng (cắt cả mạc nối lớn).

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa hai nhóm tuổi $p < 0,0001$.

3.2. Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo kết quả mô bệnh học

Bảng 3.2. Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo kết quả mô bệnh học

Phương pháp PT	Mô bệnh học		Lành tính		Ac tính		U giáp biên		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cắt buồng trứng	76	19,7	2	6,9	1	12,5	79	18,7	<0,001*		
Bóc u	237	61,6	1	3,4	6	75	244	57,8			
Cắt 2 phần phụ	56	14,5	5	17,2	1	12,5	62	14,7			
Cắt tử cung và phần phụ	9	2,3	0	0	0	0	9	2,1			
Cắt tử cung và 2 phần phụ	7	1,8	2	6,9	0	0	9	2,1			
Cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn	0	0	19	65,5	0	0	19	4,5			
Tổng	385	100	29	100	8	100	422	100			

Nhận xét: Phần lớn u buồng trứng lành tính được phẫu thuật bóc u (61,6%), còn lại sẽ là cắt buồng trứng (19,7%) hoặc cắt 2 phần phụ (14,5%). Một số ít được chỉ định cắt tử cung và phần phụ (2,3%) hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ (1,8%).

Đối với ung thư buồng trứng, đa số sẽ phẫu

thuật cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn (65,5%) hoặc cắt 2 phần phụ (17,2%). Một số ít còn lại sẽ cắt buồng trứng, hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm giải phẫu bệnh $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Phân bố phương pháp can thiệp u buồng trứng theo kích thước u

Phương pháp PT	Kích thước u		< 5cm		5-<10 cm		10-<15 cm		≥15 cm		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cắt buồng trứng	5	9,3	41	16,3	19	24,7	14	35	79	18,7	>0,05*		
Bóc u	30	55,6	159	63,3	38	49,3	17	42,5	244	57,8			
Cắt 2 phần phụ	10	18,5	36	14,3	13	16,9	5	12,5	64	15,2			
Cắt tử cung và phần phụ	5	9,3	3	1,2	1	1,3	0	0	9	2,1			
Cắt tử cung và 2 phần phụ	2	3,7	4	1,6	2	2,6	1	2,5	9	2,1			
Cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn	2	3,7	8	3,2	4	5,2	3	7,5	17	4			
Tổng	54	100	251	100	77	100	40	100	422	100			

Nhận xét: Trong các nhóm kích thước u, phẫu thuật bóc u buồng trứng đều chiếm đa số. Còn lại là cắt buồng trứng hoặc 2 phần phụ. Không có sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật với các kích thước u buồng trứng khác nhau.

3.3. Phương pháp vào ổ bụng theo mô bệnh học

Bảng 3.4. Phân bố phương pháp vào ổ bụng theo mô bệnh học

Đường PT	Mô bệnh học		Lành tính		Ac tính		U giáp biên		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nội soi	349	90,6	5	17,2	7	87,5	361	85,5	<0,0001*		
Mổ mở	32	8,3	23	79,3	1	12,5	56	13,3			
Nội soi chuyển mổ	4	1,0	1	3,4	0	0	5	1,2			
Tổng	385	100	29	100	8	100	422	100			

Nhận xét: Với các trường hợp u buồng trứng lành tính, phần lớn được phẫu thuật qua nội soi (90,6%), mổ mở chỉ chiếm 8,3%. Tương tự với u giáp biên, 87,5% trường hợp được mổ nội soi.

Ngược lại, với trường hợp ung thư buồng trứng, hầu hết đều được mổ mở (79,3%), chỉ

17,2% là mổ nội soi.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các loại đường phẫu thuật giữa các nhóm mô bệnh học $p < 0,0001$.

3.4. Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo đường vào ổ bụng

Bảng 3.5. Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo đường vào ổ bụng

Phương pháp PT	Đường PT		Nội soi		Mổ mở		Nội soi chuyển mổ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cắt buồng trứng	69	87,3	9	11,4	1	1,3	79	100	<0,0001*		
Bóc u	238	97,5	4	1,7	2	0,8	244	100			

Cắt 2 phần phụ	51	82,3	10	16,1	1	1,6	62	100
Cắt tử cung và phần phụ	2	22,2	7	77,8	0	0	9	100
Cắt tử cung và 2 phần phụ	1	11,1	7	77,8	1	11,1	9	100
Cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn	0	0	19	100	0	0	19	100
Tổng	361	85,5	56	13,3	5	1,2	422	100

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp mổ cắt buồng trứng, bóc u hay cắt 2 phần phụ đều được mổ qua nội soi (lần lượt 87,3%, 97,5%, 82,3%). Ngược lại, những trường hợp có cắt tử cung hầu như đều được mổ mở.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp can thiệp u buồng trứng giữa các nhóm đường vào ổ bụng $p < 0,001$.

3.5. Tai biến và biến chứng sau mổ. Chỉ có duy nhất một trường hợp có biến chứng sau mổ là sốt sau mổ, chiếm 0,23%.

IV. BÀN LUẬN

Khi phẫu thuật u buồng trứng, về phương pháp phẫu thuật có hai phần cần quan tâm đó là phương pháp vào ổ bụng là nội soi hay mổ mở và phương pháp can thiệp u buồng trứng: bóc u, cắt buồng trứng, cắt 1 hoặc hai phần phụ, khi ung thư buồng trứng có cắt tử cung và mạc nối lớn.

4.1. Bàn về phương pháp can thiệp u buồng trứng

***Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo tuổi.** Trên 50 tuổi chỉ có 1 trường hợp bóc u buồng trứng (0,4%), còn lại là cắt buồng trứng. nhóm bóc u buồng trứng chủ yếu dưới 50 tuổi (99,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa hai nhóm tuổi $p < 0,0001$.

Còn một số ít ca cắt tử cung là có đi kèm các bệnh u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung hay ung thư buồng trứng (cắt cả mạc nối lớn).

Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Văn Tuấn năm 2012 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tỉ lệ bóc u theo nhóm tuổi rất cao: ≤ 19 là 100%; 20-29 là 78,85%; 30 – 39 là 65,53%; đến nhóm tuổi 40 – 49 chỉ còn 40,48% và nhóm tuổi ≥ 50 thì không có trường hợp nào được bóc u⁶. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Quang năm 2010 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương tỷ lệ bóc u 74,8% chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nhân đang trong độ tuổi sinh đẻ <40 tuổi, tỷ lệ cắt buồng trứng chỉ có 25,2% chủ yếu gặp ở nhóm tuổi mãn kinh và tiền mãn kinh⁷.

Như vậy, theo kết quả nghiên cứu của các tác giả trước và kết quả nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng phẫu thuật nội soi trong u nang buồng trứng có sự biến đổi một cách rõ nét theo tuổi.

Với những trường hợp u lành tính, kích thước

nhỏ, bệnh nhân còn trẻ thì việc bảo tồn buồng trứng, tử cung và phần phụ là đương nhiên để đảm bảo chất lượng cuộc sống của người phụ nữ đây là giải pháp hợp lý loại trừ u đồng thời việc bảo tồn buồng trứng duy trì nội tiết sinh dục đặc biệt là u buồng trứng hai bên giúp họ đảm bảo chất lượng cuộc sống và hạnh phúc gia đình. Với người phụ nữ ở tuổi hành kinh, buồng trứng có vai trò vô cùng quan trọng. Buồng trứng có 2 chức năng nội tiết và ngoại tiết đặc biệt là sản xuất ra nội tiết nữ quan trọng estrogen. Estrogen duy trì đặc tính sinh dục nữ thứ phát, phát triển các cơ quan sinh dục, phát triển lớp mỡ dưới da, giọng nói trong, dáng mềm mại, tăng khả năng chống đỡ với các chấn thương và nhiễm khuẩn đường sinh dục. Estrogen tác động lên chuyển hóa mỡ, giảm lipid trọng lượng phân tử thấp tăng lipid trọng lượng phân tử cao, giúp bảo vệ tim mạch. Làm tăng tổng hợp protein ở các mô đích như tử cung, tuyến vú, xương. Làm tăng nhẹ quá trình sinh tổng hợp protein của toàn cơ thể, tác động lên xương: tăng hoạt động của các tế bào tạo xương, giảm hoạt động của hủy cốt bào. Nếu cắt buồng trứng ở tuổi kinh nguyệt hoặc mãn kinh người phụ nữ sẽ chịu tác động lớn của thiếu estrogen dẫn tới thay đổi phân bố mỡ dưới da, lông tóc móng dễ gãy, rụng, xạm da, loãng xương, dễ gãy xương, tăng tỷ lệ mắc bệnh tim mạch. Tuần hoàn não kém hay quên, khó tập trung... Phẫu thuật bóc u là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân, trước đây cứ trên 45 tuổi có u buồng trứng có thể sẽ cắt buồng trứng, nhưng hiện nay điều này đã thay đổi, trên 50 tuổi mới xem xét cắt buồng trứng để duy trì tối đa vai trò của buồng trứng, đảm bảo chất lượng sống của người phụ nữ.

***Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo kết quả mô bệnh học.** Phần lớn u buồng trứng lành tính được phẫu thuật bóc u (61,6%), còn lại sẽ là cắt buồng trứng (19,7%) hoặc cắt 2 phần phụ (14,5%). Một số ít được chỉ định cắt tử cung và phần phụ (2,3%) hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ (1,8%).

Đối với ung thư buồng trứng, đa số sẽ phẫu thuật cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn (65,5%) hoặc cắt 2 phần phụ (17,2%). Một số ít còn lại sẽ cắt buồng trứng, hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ

lệ các phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm giải phẫu bệnh $p < 0,001$.

Có duy nhất một trường hợp ung thư buồng trứng nhưng lại bóc u buồng trứng. Trường hợp này cũng rất đáng tiếc khiến bệnh nhân phải mổ lại để điều trị triệt để ung thư buồng trứng do đánh giá trước mổ, trong mổ là u buồng trứng lành tính, chỉ sau khi mổ mô bệnh học mới xác định là ung thư buồng trứng. Đó là 1 bệnh nhân 29 tuổi, đã có 2 con, siêu âm thấy buồng trứng trái có u kích thước 56x35mm, bờ đều, không tăng sinh mạch, không có dịch ổ bụng, CA125 = 21.83 IU/ml, HE4 = 65.73 pmol/l, không nghi ngờ ác tính trước mổ, sau khi mổ xong kết quả mô bệnh học là Carcinoma tế bào sáng. Bệnh nhân được chuyển phẫu thuật và điều trị theo đúng phác đồ của ung thư buồng trứng.

Đối với chẩn đoán u buồng trứng hiện nay không khó, nhưng khi chẩn đoán u buồng trứng phải trả lời hai câu hỏi, u buồng trứng cơ năng hay thực thể, nếu là cơ năng chỉ theo dõi và nếu có biến chứng vỡ u xoắn u thì mới can thiệp. Câu hỏi thứ 2 đối với u thực thể: u lành tính hay ác tính. Ngoài việc dựa vào lâm sàng còn có rất nhiều phương pháp thăm dò hiện đại hỗ trợ, nhờ sự tiến bộ của khoa học nói chung và y học nói riêng đã dễ dàng hơn cho các bác sĩ phụ khoa, tuy nhiên vẫn còn một số ít trường hợp bỏ sót ung thư như trường hợp trên. Còn một phương pháp nữa để cứu cánh đó là sinh thiết tức thì làm giải phẫu bệnh lúc mổ, tuy nhiên không phải cơ sở nào cũng thực hiện được.

***Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo siêu âm.** Phần lớn trường hợp phân loại lành tính được phẫu thuật bóc u (62,6%), còn lại sẽ là cắt buồng trứng (18,9%) hoặc cắt 2 phần phụ (14,8%). Một số ít được chỉ định cắt tử cung và phần phụ (2,5%) hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ (1,4%).

Đối với những trường hợp phân loại ác tính, đa số sẽ phẫu thuật cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn (58,6%) hoặc cắt 2 phần phụ (13,8%). Một số còn lại sẽ cắt buồng trứng, hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm thể bệnh theo siêu âm IOTA $p < 0,001$.

Những trường hợp trước mổ nghĩ tới lành tính sẽ bóc u hoặc cắt buồng trứng chủ yếu phụ thuộc vào chất lượng buồng trứng, nếu dự báo là ác tính và thực hiện sinh thiết tức thì xác định là ung thư sẽ được điều trị theo phác đồ phẫu thuật ung thư buồng trứng, phụ thuộc vào tuổi tác và nguyện vọng có con đặc biệt là loại tế bào

ung thư để can thiệp phù hợp. Với những trường hợp không làm sinh thiết tức thì, siêu âm theo phân loại IOTA đã định hướng cho các bác sĩ phẫu thuật cách thức can thiệp u khá gần với kết quả mô bệnh học nhờ giá trị dự báo nguy cơ ác tính tốt^{8,9,10}.

***Phương pháp can thiệp u buồng trứng theo kích thước u.** Trong các nhóm kích thước u, phẫu thuật bóc u buồng trứng đều chiếm đa số. Còn lại là cắt buồng trứng hoặc 2 phần phụ. Không có sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật với các kích thước u buồng trứng khác nhau.

Trước đây khi kinh nghiệm của các phẫu thuật viên còn hạn chế, những u buồng trứng có kích thước to có thể trên 7 cm hoặc trên 10 cm tùy từng cơ sở sản phụ khoa, có thể mổ cắt buồng trứng vì khi bóc u buồng trứng với u to nguy cơ chảy máu tăng lên. Hiện nay phẫu thuật viên có kinh nghiệm hơn có thể bóc u buồng trứng có kích thước lớn, vì vậy việc bóc u hay cắt buồng trứng không còn phụ thuộc nhiều vào kích thước u.

4.2. Bàn về phương pháp vào ổ bụng

***Phương pháp vào ổ bụng theo tính chất u buồng trứng.** Với các trường hợp u buồng trứng lành tính, phần lớn được phẫu thuật qua nội soi (90,6%), mổ mở chỉ chiếm 8,3%. Tương tự với u giáp biên, 87,5% trường hợp được mổ nội soi. Ngược lại, hầu hết trường hợp ung thư buồng trứng đều được mổ mở (79,3%), chỉ 17,2% là mổ nội soi.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các loại đường phẫu thuật giữa các nhóm mô bệnh học $p < 0,0001$.

Trong điều trị u buồng trứng, phẫu thuật được coi là phương pháp ưu tiên hàng đầu. Tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, các u buồng trứng lành tính hầu như đều được chỉ định phẫu thuật nội soi để bóc bỏ u và để lại phần buồng trứng lành tính. Chỉ định cắt u buồng trứng được áp dụng với các trường hợp bệnh nhân > 50 tuổi hoặc các bệnh nhân có chỉ định cắt 2 phần phụ. Còn với các trường hợp u quá to, có tiền sử mổ cũ nhiều lần nghi ngờ dính hay nghi ngờ ác tính sẽ được chỉ định mổ mở. Với rất nhiều ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mổ mở, chúng tôi cho rằng tỷ lệ phẫu thuật nội soi sẽ ngày càng tăng lên và nên áp dụng cho tất cả các u buồng trứng mà đánh giá trước mổ là một u lành tính.

V. KẾT LUẬN

- Dưới 50 tuổi chủ yếu (99,6%) bóc u buồng.
- Với các trường hợp u buồng trứng lành tính, phần lớn được phẫu thuật qua nội soi

(90,6%), mổ mở chỉ chiếm 8,3%. Tương tự với u giáp biên, 87,5% trường hợp được mổ nội soi. Ngược lại, với trường hợp ung thư buồng trứng, hầu hết đều được mổ mở (79,3%), chỉ 17,2% là mổ nội soi; đa số sẽ phẫu thuật cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn (65,5%) hoặc cắt 2 phần phụ (17,2%).

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các phương pháp can thiệp u buồng trứng theo tuổi, theo giải phẫu bệnh và giữa các nhóm đường vào ổ bụng $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Prat J.** Pathology of cancers of the female genital tract. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;131(S2): S132-S145. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.010
2. **Bùi Diêu, Nguyễn Bá Đức.** Tình hình mắc ung thư tử cung tại VN năm 2010 qua số liệu của 6 vùng địa phương giai đoạn 2004-2008. *Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam.* 2010;(1):73-80.
3. **Đỗ Kính.** Mô học. In: *Hệ Sinh Dục Nữ.* Nhà xuất bản Y học; 2004:531-553.
4. **Nguyễn Văn Quyet.** Nghiên cứu giá trị tiên lượng ác tính của siêu âm kết hợp với chất chỉ điểm u (CA 125 và HE4) trong các khối u buồng trứng. *Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội;* 2019.
5. **Võ Thanh Nhân.** Báo cáo vai trò của HE4 trong chẩn đoán ung thư buồng trứng. *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2010:14.
6. **Nguyễn Văn Tuấn.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. *Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội;* 2012.
7. **Nguyễn Duy Quang.** Nhân xét điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương 2009. *Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội;* 2010.
8. **Timmerman D, Amsel L, Fischerova D, et al.** Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ.* 2010;341:c6839. doi:10.1136/bmj.c6839
9. **Nunes N, Ambler G, Foo X, Naftalin J, Widschwendter M, Jurkovic D.** Use of IOTA simple rules for diagnosis of ovarian cancer: meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;44(5):503-514. doi:10.1002/uoq.13437
10. **Phinvo P, Patumanond J, Saenrunmuana P, et al.** Diagnostic Added-Value of Serum CA-125 on the IOTA Simple Rules and Derivation of Practical Combined Prediction Models (IOTA SR X CA-125). *Diagn Basel Switz.* 2021;11(2):173. doi:10.3390/diagnostics11020173

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM KHỐI U BUỒNG TRỨNG XOẮN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trịnh Hùng Dũng¹, Đào Nguyên Hùng¹,
Nguyễn Văn Hải¹, Lê Văn Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm khối u buồng trứng xoắn (UBTX). **Đối tượng và phương pháp:** 36 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định khối u buồng trứng xoắn Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2019 đến 12/2022. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ bệnh nhân bảo tồn buồng trứng là 38,89%. Khối u buồng trứng xoắn có kích thước 5-10cm chiếm tỷ lệ cao nhất (75%). Có 27,78% bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng. Đa số bệnh nhân không có biểu hiện sốt sau phẫu thuật (91,67%). Tỷ lệ bệnh nhân ngồi dậy sau phẫu thuật ngày thứ nhất là 77,78%. 77,78% trường hợp đã đi lại được vào ngày thứ 2. Đến ngày thứ 3, tỷ lệ bệnh nhân đi lại được là 100%. Có 19,44% bệnh nhân trong nghiên cứu không phải dùng giảm đau sau phẫu thuật. Tỷ lệ các trường hợp sử dụng giảm đau 1 ngày sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 66,67%. Phần lớn bệnh

nhân trong nghiên cứu nằm viện 5 - 7 ngày sau phẫu thuật (63,89%). Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $5,03 \pm 1,18$ ngày. Nang bì (47,22%) và nang nước (41,67%) thường gây xoắn hơn. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều không có tai biến, biến chứng nào trong và sau phẫu thuật. Có mối liên quan giữa phương pháp xử trí với thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện, tình trạng tưới máu khối u và độ tuổi ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật nội soi an toàn cho tất cả các bệnh nhân khối u buồng trứng xoắn. Khối u buồng trứng xoắn thường có kích thước trung bình (5-10cm) và thường là nang bì hoặc nang nước. Giảm thời gian sử dụng kháng sinh, thời gian sử dụng giảm đau sau mổ. Bệnh nhân có thể vận động và phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Khối u buồng trứng xoắn, kết quả điều trị.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY TREATMENT RESULTS OF TORSION OVARIAN TUMOR AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Review some clinical, paraclinical characteristics of torsion ovarian tumor. **Subjects and methods:** From January 2019 to December 2022, 36 patients were diagnosed with torsion ovarian

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Hùng

Email: bshung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023