

đường khả thi nhất mà co thắt mạch não sớm có thể tác động đến kết cục thần kinh.

Tóm lại, EVSP xảy ra ở 10% bệnh nhân SAH do phình mạch. EVSP là một yếu tố dự báo quan trọng về tình trạng suy thoái thần kinh và nhồi máu não trong thời gian nằm viện và kết quả không thuận lợi sau 3 tháng. Có thể cần tăng cường chú ý đến EVSP và mối liên hệ của nó với sự suy giảm và phục hồi thần kinh để đánh giá bệnh nhân SAH tốt hơn và kích thích nghiên cứu về nguyên nhân và sinh bệnh học.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ co thắt mạch não sớm cao tới 76,2% bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não và làm tăng khả năng thiếu máu não muện. Mức độ nặng của xuất huyết dưới nhện dựa trên phân loại Hunt & Hess và Fisher dường như làm tăng khả năng co thắt mạch não sớm. Bác sĩ lâm sàng nên theo dõi bệnh nhân co thắt mạch não sớm một cách thận trọng để phát hiện các dấu hiệu của thiếu máu não muện trong quá trình điều trị và nhận ra rằng những bệnh nhân có nguy cơ cao khó điều trị co thắt mạch não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Etmnan N, Chang H-S, Hackenberg K, et al.** Worldwide incidence of aneurysmal subarachnoid hemorrhage according to region, time period, blood pressure, and smoking prevalence in the population: a systematic review and meta-analysis. *JAMA neurology.* 2019;76(5):588-597.
2. **Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ.** Subarachnoid

- haemorrhage. *The Lancet.* 2007;369(9558):306-318.
3. **Kassell NF, Torner JC, Haley EC, Jane JA, Adams HP, Kongable GL.** The international cooperative study on the timing of aneurysm surgery: Part 1: Overall management results. *Journal of neurosurgery.* 1990;73(1):18-36.
4. **Frontera JA, Fernandez A, Schmidt JM, et al.** Defining vasospasm after subarachnoid hemorrhage: what is the most clinically relevant definition? *Stroke.* 2009;40(6):1963-1968.
5. **Kassell N, Sasaki T, Colohan A, Nazar G.** Cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 1985; 16(4):562-572.
6. **Vergouwen MD, Ildigwe D, Macdonald RL.** Cerebral infarction after subarachnoid hemorrhage contributes to poor outcome by vasospasm-dependent and-independent effects. *Stroke.* 2011;42(4):924-929.
7. **Marshall SA, Nyquist P, Ziai WC.** The role of transcranial Doppler ultrasonography in the diagnosis and management of vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery Clinics.* 2010;21(2):291-303.
8. **Merkel H, Lindner D, Gaber K, et al.** Standardized classification of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage by digital subtraction angiography. *Journal of Clinical Medicine.* 2022;11(7):2011.
9. **Grandin CB, Cosnard G, Hammer F, Duprez TP, Stroobandt G, Mathurin P.** Vasospasm after subarachnoid hemorrhage: diagnosis with MR angiography. *American Journal of Neuroradiology.* 2000;21(9):1611-1617.
10. **Baldwin ME, Macdonald RL, Huo D, et al.** Early vasospasm on admission angiography in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage is a predictor for in-hospital complications and poor outcome. *Stroke.* 2004; 35(11):2506-2511.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI U BƯỚNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM - CUBA ĐỒNG HỚI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt nam- Cuba Đồng Hới. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ bóc u cao nhất (55.4%), Cắt tử cung và phần phụ chiếm tỷ lệ thấp nhất (2.5%). Trong nhóm bóc u, độ tuổi dưới 40 tuổi chiếm 76.8%, có 23.2% bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. Trong nhóm u dưới 5cm, bóc u chiếm tỷ lệ cao

Hoàng Nữ Phú Xuân¹, Nguyễn Quảng Bắc²

nhất (60.0%), điều trị hỗ trợ 20.0%, không có trường hợp phải cắt tử cung và phần phụ. Nhóm u từ 5-10 cm có tỷ lệ bóc u 54.9%. Tỷ lệ cắt phần phụ cao ở nhóm u từ 5-10 cm (39.8%) và nhóm u kích thước từ 10-15 cm (37.4%). Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 90.5%, phẫu thuật thất bại chiếm 9.5%. **Kết luận:** Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi u buồng trứng cao. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, u buồng trứng.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC OVARIAN SURGERY AT DONG HOI VIETNAM-CUBA HOSPITAL

Objective: To determine the outcomes of laparoscopic ovarian surgery at Dong Hoi Vietnam-Cuba Hospital. **Methods:** This study is a cross sectional study among 202 patients who were diagnosed and performed laparoscopic ovarian

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

surgery. **Results:** The rate of cyst removal was 55,4%. The rate of hysterectomy and oophorectomy was 2,5%. In group of cyst removal, 76,8% was under the age of 40, 23,2% was over 40. Among group of under 5cm-tumor, the rate of cyst removal surgery was 60,0%, medical treatment was 20,0%, no case needed for hysterectomy and oophorectomy. The rate of oophorectomy was 39,8%. The rate of cyst removal was 54,9% in group of tumor from 5 to 10 cm. The rate of oophorectomy was 37,4%. Surgery successful rate was 90,5%. Failure rate was 9,5%. **Conclusion:** Treatment of ovarian cyst is effective with laparoscopic surgery.

Keywords: laparoscopic surgery, ovarian tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một bệnh lý phụ khoa thường gặp. Bệnh thường xuất hiện ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Ngày nay, tỷ lệ phụ nữ giai đoạn mãn kinh và các bé gái chưa dậy thì cũng thường gặp u buồng trứng với nhiều biến chứng và tiên lượng xấu. U buồng trứng thường diễn biến một cách lặng lẽ, không có dấu hiệu lâm sàng điển hình, bệnh nhân có thể sờ thấy, hoặc u được phát hiện khi đi khám phụ khoa hay khi có biến chứng của u như xoắn u, vỡ u, chảy máu hay chèn ép. Bệnh viện hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới đã có lịch sử phát triển hơn 40 năm với khoa Phụ sản là một trong những mũi nhọn. Phẫu thuật nội soi đã được thực hiện từ năm 2009, ứng dụng trong sản phụ khoa để xử trí những trường hợp u buồng trứng và chữa ngoài tử cung. Các bác sĩ đã thực hiện tốt kỹ thuật phẫu thuật nội soi cơ bản trong phụ khoa tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại khoa Phụ của Bệnh viện. Với mục tiêu nghiên cứu nhằm cải tiến và nâng cao chất lượng điều trị của Bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cuba Đồng Hới từ năm 03/2020 đến tháng 7/2023.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u

buồng trứng.

+ Được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Phụ khoa bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới từ 03/2020 đến 07/2023.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ U buồng trứng không được phẫu thuật nội soi.

+ U buồng trứng đã được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả

2.3. Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu:

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\epsilon^2 \times p}$$

Trong đó: N: số bệnh nhân cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với $\alpha = 0,05$); p: tỉ lệ u buồng trứng được phẫu thuật nội soi

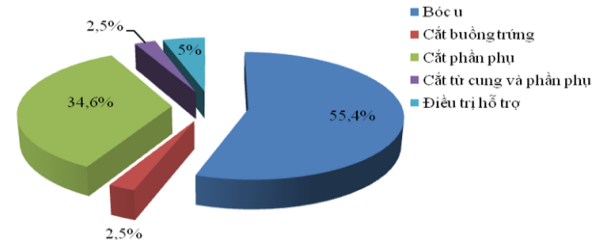
Theo Đỗ Thị Ngọc Lan tỉ lệ này là 0,72¹.

$\epsilon = 0,085$: sai số ước lượng

Thay vào công thức ta có: N= 148

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cuba Đồng Hới từ năm 03/2020 đến tháng 7/2023. Chúng tôi thu thập được 202 bệnh nhân, kết quả thu được như sau:



Biểu đồ 1: Phân bố phương pháp phẫu thuật xử trí u

Nhận xét: - Tỷ lệ bóc u cao nhất (55.4%).

- Cắt tử cung và phần phụ chiếm tỷ lệ thấp nhất (2.5%).

- Có 10 trường hợp điều trị hỗ trợ (chọc dịch khối u, sinh thiết u, đốt điểm chảy máu, bóc u xơ tử cung).

Bảng 1. Liên quan giữa độ tuổi bệnh nhân và phương pháp phẫu thuật

Xử trí \ Tuổi	Bóc u		Cắt BT		Cắt PP		Cắt TC và phần phụ		Điều trị hỗ trợ		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 40 tuổi	86	76.8	1	20.0	15	21.4	0	0	8	80.0	<0.001

≥ 40 tuổi	26	23.2	4	80.0	55	78.6	5	100	2	20.0
Tổng	112	100	5	100	70	100	5	100	10	100

Nhận xét: - Trong nhóm bóc u, độ tuổi dưới 40 tuổi chiếm 76.8%, có 23.2% bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên.

- Nhóm cắt tử cung và phần phụ có 5 trường hợp trên 40 tuổi (100%).

- Có 55/202 trường hợp (78.6%) từ 40 tuổi trở lên trong nhóm cắt phần phụ.

- Sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật trong 2 độ tuổi dưới 40 và từ 40 tuổi có ý nghĩa thống kê với p < 0.001.

Bảng 2. Liên quan giữa kích thước u và phương pháp phẫu thuật

PPPT	Kích thước u		Dưới 5 cm		5-10 cm		10-15 m		≥15 cm		p
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Bóc u	24	60.0	73	54.9	12	50.0	3	60.0	0.003		
Cắt buồng trứng	1	2.5	3	2.3	1	4.2	0	0			
Cắt phần phụ	7	17.5	53	39.8	9	37.4	1	20.0			
Cắt Tc và phần phụ	0	0	3	2.3	1	4.2	1	20.0			
Điều trị hỗ trợ	8	20.0	1	0.8	1	4.2	0	0			
Tổng	40	100	133	100	24	100	5	100			

Nhận xét: - Trong nhóm u dưới 5cm, bóc u chiếm tỷ lệ cao nhất (60.0%), điều trị hỗ trợ 20.0%, không có trường hợp phải cắt tử cung và phần phụ.

- Nhóm u từ 5-10 cm có tỷ lệ bóc u 54.9%. Tỷ lệ cắt phần phụ cao ở nhóm u từ 5-10 cm (39.8%) và nhóm u kích thước từ 10-15 cm (37.4%).

- Liên quan giữa kích thước u và phương pháp phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p=0.003.

Bảng 3. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Thành công	183	90.5
Chuyên mô mờ	12	6.0
+ Do dính	2	
+ Do u ác tính	8	
+ U to	2	
Tai biến và biến chứng	1	0.5
Chẩn đoán sai	6	3.0
Tổng	202	100

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 90.6%. Phẫu thuật thất bại chiếm 9.4%.

IV. BÀN LUẬN

Theo biểu đồ 1, phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bóc u buồng trứng có 112 trường hợp chiếm 55.4%. Kết quả này phù hợp với nhận định khối u buồng trứng thường gặp trong độ tuổi sinh hoạt tình dục và tuổi trung bình trong nghiên cứu là 40.3 ± 14.8 tuổi, là độ tuổi cần được bảo tồn chức năng buồng trứng. Phương pháp nội soi bóc u để lại phần buồng trứng lành luôn được ưu tiên để đảm bảo chức năng nội tiết và hoạt động sinh dục cho người phụ nữ. Trong các nghiên cứu khác tỷ lệ bóc u buồng trứng bảo tồn cũng thường là cao nhất trong các phương pháp phẫu thuật được chỉ định. Theo Nguyễn Thị Hồng, tỷ lệ bóc u chiếm 78.2%². Kết quả bóc u

buồng trứng theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Ngọc Lan là 86.5%¹ và Nguyễn Bình An là 74.0%³. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác nguyên nhân có thể là do độ tuổi trung bình của các bệnh nhân cao hơn và trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân đã có từ 2 con trở lên (36.1% bệnh nhân có 2 con và 36.6% bệnh nhân có trên 2 con). Có 71 trường hợp cắt phần phụ chiếm tỷ lệ 35.1%. Đây là tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu và so với các kết quả của các nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Thị Hồng, tỷ lệ cắt phần phụ trong nghiên cứu 238 trường hợp là 21.8%². Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Park là 26.9% khi nghiên cứu 468 trường hợp có u buồng trứng lành tính⁴. Trong nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Lan tỷ lệ này chỉ chiếm 7.4%¹. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do bệnh nhân trong độ tuổi ≥50 tuổi ở nghiên cứu tại bệnh viện của chúng tôi khá cao (24.8%). Bên cạnh đó những trường hợp có chỉ định cắt phần phụ là những u buồng trứng có biến chứng không thể bảo tồn kết hợp với các yếu tố khác như kiểm tra buồng trứng bên đối diện có chức năng bình thường, bệnh nhân đã mãn kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 trường hợp chẩn đoán khối u buồng trứng được chỉ định phẫu thuật nội soi giải quyết triệu chứng hoặc giúp sinh thiết chẩn đoán (chọc dịch khối u to chèn ép, sinh thiết u làm mô bệnh học chẩn đoán, đột điểm chảy máu) hoặc chẩn đoán nhầm (bóc u xơ tử cung, cắt vòi tử cung bị ứ nước giãn to không có tổn thương tại buồng trứng). 5 trường hợp cắt tử cung và phần phụ do chẩn đoán khối u ác tính trong phẫu thuật chiếm 2.5%.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 40 tuổi và cũng là điểm mốc cho thấy sự khác biệt trong phương pháp phẫu thuật giữa

2 nhóm < 40 tuổi và ≥40 tuổi trở lên. Theo bảng 1, sự tương quan giữa nhóm tuổi của bệnh nhân và phương pháp phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Trong nhóm bóc u, độ tuổi dưới 40 tuổi chiếm 76.8%, có 23.2% bệnh nhân ≥ 40 tuổi. Ngược lại trong các nhóm phương pháp phẫu thuật khác như cắt buồng trứng, tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi chỉ 20.0% và 80.0% bệnh nhân có độ tuổi ≥40. Trong nhóm cắt phần phụ chỉ 21.4% trường hợp dưới 40 tuổi và 78.6% trường hợp từ 40 tuổi. 5 trường hợp (100%) cắt tử cung và phần phụ đều ở độ tuổi ≥40. Nhóm bệnh nhân được điều trị triệu chứng, có 6 trường hợp độ tuổi < 40 với 4 bệnh nhân vỡ nang cơ năng buồng trứng được phẫu thuật cấp cứu, 1 trường hợp có khối u buồng trứng ác tính được điều trị hỗ trợ triệu chứng làm giảm kích thước khối u và 1 trường hợp chẩn đoán nhầm, 3 trường hợp còn lại ≥40 tuổi là chẩn đoán nhầm khối u buồng trứng và vỡ nang cơ năng buồng trứng. Như vậy là có sự khác biệt trong phương pháp xử trí khối u buồng trứng liên quan với độ tuổi của bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác: Đỗ Thị Ngọc Lan chỉ ra rằng sự khác biệt về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật ở 2 nhóm tuổi < 40 và ≥40 có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ ¹. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng ghi nhận đa số các bệnh nhân trong nhóm <40 tuổi đều được bảo tồn buồng trứng ưu tiên bóc u trong đó nhóm ≤19 tuổi chiếm 100%, nhóm 20-29 tuổi chiếm 95.9% và nhóm tuổi 30-39 chiếm 86.3%⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi có 15 trường hợp độ tuổi < 40 được chỉ định cắt phần phụ do biến chứng u buồng trứng xoắn đến muộn không thể bảo tồn (11 trường hợp) hoặc do khối u buồng trứng kích thước lớn và bệnh nhân đã đủ con. Tỷ lệ cắt phần phụ ở nhóm tuổi < 40 của chúng tôi (21.1%) cao hơn so với các tác giả khác: Nguyễn Bình An là 12.8%³, theo Nguyễn Thị Hồng tỷ lệ bệnh nhân cắt phần phụ trong nhóm < 40 tuổi chỉ 5.1%². Nguyên nhân là do tỷ lệ u buồng trứng có biến chứng cao hơn hoặc do chỉ định cắt phần phụ của phẫu thuật viên rộng hơn ở những trường hợp đủ con không còn nguyện vọng sinh đẻ. Có 2 trường hợp bệnh nhân 20-21 tuổi chưa lập gia đình, chưa sinh đẻ, vào viện được chẩn đoán khối u buồng trứng xoắn. Phẫu thuật thấy khối u buồng trứng xoắn hoại tử phải tiến hành cắt phần phụ, bảo tồn phần phụ bên đối diện.

Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt trong phương pháp phẫu thuật ở các nhóm u kích thước khác nhau ($p = 0.001$). Trong nhóm u

dưới 5cm, bóc u chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), cắt phần phụ chiếm 17.5%, điều trị hỗ trợ 20.0%, không có trường hợp phải cắt tử cung và phần phụ. Nhóm u từ 5-10 cm có tỷ lệ bóc u 54.9%. Tỷ lệ cắt phần phụ cao ở nhóm u từ 5-10 cm (39.8%) và nhóm u kích thước từ 10-15 cm (41.7%). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bóc u trong tất cả các nhóm kích thước khác nhau đều cao. Các phẫu thuật viên ưu tiên bảo tồn chức năng của buồng trứng không phụ thuộc vào kích thước nếu tiền lượng trong phẫu thuật khối u lành tính và bệnh nhân vẫn còn nguyện vọng sinh đẻ. Theo chúng tôi, nguyên nhân có thể do kỹ thuật phẫu thuật nội soi ở các bệnh viện tuyến tỉnh đã có những tiến bộ rõ rệt, trình độ các phẫu thuật viên đã được nâng cao nên vấn đề kích thước u không còn là cản trở khi quyết định phương pháp phẫu thuật. Tuy nhiên tỷ lệ cắt phần phụ lại cao hơn hẳn ở các nhóm u có kích thước từ 5-10cm và ≥10cm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2011)⁶: nhóm u kích thước ≤5cm thì tỷ lệ bóc u bảo tồn buồng trứng chiếm 61.82%, khối u kích thước > 10 cm thì tỷ lệ bóc u chỉ chiếm 20.0%. Theo tác giả Nguyễn Thị Hồng (2020)², nhóm u kích thước ≤5 cm bóc u bảo tồn chiếm tỷ lệ 92.6%, cắt phần phụ 7.4%. Nhóm từ 5-10 cm bóc u chiếm tỷ lệ 72.7%, cắt phần phụ 27.3%. Như vậy mặc dù có sự ưu tiên bảo tồn buồng trứng ở những trường hợp có khối u < 5 cm tuy nhiên tỷ lệ này ở nghiên cứu của các tác giả có sự chênh lệch nhau khá khác biệt. Nguyên nhân có thể là do các nghiên cứu được tiến hành ở những thời điểm khác nhau, có sự chênh lệch về tiến bộ của phương pháp phẫu thuật nội soi cũng như sự khác biệt về trình độ của phẫu thuật viên. Bên cạnh đó còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố phối hợp như bản chất khối u, độ dính của u và tình trạng mong con của người bệnh.

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi là 90.6%. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Lan là 100%¹. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của Đỗ Khắc Huỳnh là 96.5% với 82/85 bệnh nhân⁷. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng là 98.8%². Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi thành công được định nghĩa là khối u buồng trứng được chẩn đoán đúng, được can thiệp hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi và không có tai biến cũng như biến chứng trong và sau phẫu thuật. Do có 6 trường hợp chẩn đoán nhầm được đưa vào định nghĩa nên làm tăng tỷ lệ phẫu thuật thất bại của

nghiên cứu lên. Trong 6 trường hợp chẩn đoán nhầm khối u buồng trứng trước phẫu thuật có 3 trường hợp trong mổ là khối u xơ tử cung dưới thanh mạc, 2 trường hợp là ứ dịch vòi trứng và 1 trường hợp là lao ổ bụng. Trong thực hành lâm sàng, khối u buồng trứng rất dễ chẩn đoán nhầm với khối u xơ tử cung dưới thanh mạc. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ chẩn đoán nhầm là 1.5%. Đây không phải là vấn đề hiếm gặp. Ngoài ra, tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu tại viện chúng tôi là khá cao 12/202 trường hợp. Nguyên nhân là do u to chèn ép, do khối u dính hoặc ác tính hóa phải thay đổi phương pháp phẫu thuật. Có 1 trường hợp có tổn thương ruột trong phẫu thuật phải mời hội chẩn bác sĩ ngoại khoa can thiệp trong mổ. Theo Marana nguyên nhân thất bại chủ yếu là chuyển mổ mở do u lạc nội mạc tử cung dính nhiều, còn lại do u bị kích thước lớn và nghi ngờ ác tính⁸. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác là hậu quả của những khối u buồng trứng có thời điểm thăm khám muộn hơn, biến chứng u cao hơn. Từ kết quả nghiên cứu, theo chúng tôi cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân trước mổ, kết hợp nhiều yếu tố (tuổi bệnh nhân, tình trạng mong con, thể trạng người bệnh...) để chỉ định phương pháp phẫu thuật hợp lý hơn. Cần cân nhắc loại trừ những khối u dính nhiều, xác định bản chất khối u chính xác hơn dựa vào giá trị tiên đoán của siêu âm chuyên khoa, tiên lượng nguy cơ ác tính của khối u, khắc phục thực trạng chẩn đoán nhầm để có chỉ định phẫu thuật hợp lý, phù hợp với tình trạng bệnh nhân hơn, hạn chế phẫu thuật

nội soi thăm dò và giảm tỷ lệ chuyển mổ mở.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi u buồng trứng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Ngọc Lan** (2003). Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng lành tính tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Hồng** (2020). "Nghiên cứu điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng". Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Bình An** (2008). "Nhận xét về kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng đầu năm 2008". Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Park Ki Hyun** (1999). Operative laparoscopy in treating benign ovarian cysts. *Yonsei Medical Journal*, vol.40, no 6, pp 608 -612.
5. **Nguyễn Thanh Tùng** (2018). "Nghiên cứu kết quả điều trị buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc từ 01/07/2013 - 30/06/2018". Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ chuyên ngành Sản phụ khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Tuấn** (2012). "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội". Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đỗ Khắc Huỳnh** (2001). "Đánh giá tình hình phẫu thuật nội soi đối với u nang buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 1/1/1999 đến 31/5/2001". Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Marana et al.** Laparoscopy excision of adnexal masses, vol J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2004 May; 11(2). Pp 162-166.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Đức Thịnh¹, Nguyễn Thị Phương², Đỗ Thế Quyền²
Nguyễn Duy Gia², Nguyễn Duy Thăng², Vũ Ngọc Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật bắc cầu điều trị Bệnh

động mạch chi dưới (BĐMCD) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là BĐMCD được chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bắc cầu động mạch tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Có 53 bệnh nhân trong nghiên cứu, có tuổi trung bình là 65.07 ± 8,1 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm 87.5%. Bệnh nhân đến viện với triệu chứng đau cách hồi tương ứng với giai đoạn IIB là 26.8%, giai đoạn III là 41.1%, giai đoạn IV là 32,1%. Kèm theo nhiều bệnh lý nền như tăng huyết áp (85.7%), đái

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023