người bệnh nội trú về dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Quận 3. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện. Đại học Y tế Công cộng; 2017.

9. **Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh**. Kết quả khảo sát trải nghiệm của người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2020. 2021. https://medinet.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/ket-qua-khao-sat-trai-nghiem-cua-nguoi-benh-trong-thoi-gian-dieu-tri-noi-tru-ta-c8-37740.aspx.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ U XƠ CƠ TỬ CUNG TRÊN SẢN PHỤ ĐẺ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA

Bùi Thị Nga[1], Nguyễn Mạnh Thắng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp xử trí sản khoa trên những sản phụ sinh tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa từ 01/2019 đến 12/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện u xơ tử cung trong mổ lấy thai và kiểm soát tử cung chiếm 47,3%, thai phụ có một nhân xơ chiếm 67,3%, kích thước nhân xơ 5 - 10 cm chiếm 49,7%, Tỉ lệ bóc u xơ cơ tử cung ở nhóm kích thước u dưới 10cm và có một hoặc hai nhân xơ cao hơn nhiều so với nhóm kích thước u > 10cm và có nhiều u xơ. **Kết luận:** thai phụ thường phát hiện u xơ trong chuyển dạ, u thường đơn độc kích thước dưới 10cm. Kích thước và số lượng u liên quan tới phương pháp xử trí u xơ cơ tử cung trong mổ lấy thai.

Từ khóa: U xơ cơ tử cung, mối liên quan.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS, CLINICAL AND MANAGENMENT OF UTERINE FIBROSIS AMONG PREGNANT WOMEN AT THANH HOA HOSPITAL OF OBSTETRIC AND GYNEACOLOGY

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics and obstetric management methods in pregnant women giving birth at Thanh Hoa hospital of obstetric and gyneacology from January 2019 to December 2021. **Methodology:** This is cross sectional study. **Results:** The rate of detection of uterine fibroids during cesarean section and uterine control accounted for 47.3%, pregnant women with one fibroid accounted for 67.3%, fibroid size 5 - 10 cm accounted for 49.7%, The rate of uterine fibroid removal in the group with tumor size less than 10cm and having one or two fibroids is much higher than the group with tumor size > 10cm and many fibroids. **Conclusion:** Pregnant women often discover fibroids during labor, and the tumors are usually single and less than 10cm in size. The size and number of tumors are related to the method of treating uterine fibroids during cesarean section.

Keywords: Uterine fibroids, relationship.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (UXCTC) là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung, là loại khối u sinh gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tỉ lệ này trên thế giới chiếm > 20%, tuổi trung bình mắc bệnh là 39,9 ± 6,6. Ảnh hưởng của UXCTC lên thai nghén và ảnh hưởng của thai nghén đến UXCTC là vấn đề được nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu. UXCTC có thể không gây ra biến chứng gì trong quá trình mang thai, nhưng cũng có thể gây nên những ảnh hưởng xấu cho thai nhi. Theo Parazzini F tỉ lệ UXCTC ở phụ nữ mang thai chiếm 3-12%, phát hiện trong thai kì còn thấp từ 1,4 – 2,7%. Tần số sảy thai sớm ở thai phụ có UXCTC là 4-8%, tỉ lệ đẻ non là 8,5%. Trong quá trình chuyển dạ, UXCTC cũng là một trong các yếu tố gây đẻ khó và chảy máu. Các bác sĩ sản khoa ngày càng quan tâm đến chẩn đoán UXCTC trong thai kì và xử trí nhằm chủ động có kế hoạch chăm sóc và phương án điều trị, dự phòng các biến chứng. Để mang thai lại cái nhìn tổng quát và đưa ra hướng xử trí tối ưu nhất chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sản phụ có UXCTC và cách xử trí trên những bệnh nhân này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 205 sản phụ được chẩn đoán là có UXCTC kèm theo đẻ tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa từ 01/01/2019 – 31/12/202.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Các sản phụ có UXCTC sinh thai sống, có tuổi thai từ 22 tuần trở lên. Hồ sơ ghi đầy đủ thông tin đáp ứng đúng tiêu chuẩn nghiên cứu.

[1]*Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Nga
Email: buinga228@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023
Ngày duyệt bài: 15.01.2024

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Mẹ có bệnh lý: Tăng huyết áp, tim mạch, suy gan, suy thận, giảm tiểu cầu,…

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})}\frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu, p = 0,814 (Tỷ lệ bóc UXCTC khi mổ lấy thai ở tất cả các thai phụ có UXCTC trong nghiên cứu (theo Nguyễn Thùy Trang năm 2019)) , 1-p = 0,186, ε: Khoảng sai lệch tương đối, chọn là 0,08, $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 với α = 0,05). Vậy cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là n=138 trường hợp. Trong nghiên cứu chúng tôi chọn cỡ mẫu n = 205, như vậy cỡ mẫu là đủ lớn để đảm bảo sự tin cậy.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu. Những đặc điểm chung của đối tượng: Tuổi, số lần đẻ, thời điểm phát hiện UXCTC, tuổi thai lúc đẻ.

Tiền sử thai phụ: Phẫu thuật vùng chậu, tiền sử sản khoa.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng vào viện, vị trí u, kích thước u, số lượng u, ngôi thai, rau, tình trạng thiếu máu.

Xử trí sản khoa: cách đẻ, nguyên nhân mổ, xử trí u khi mổ, tai biến

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epi data 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm (%), so sánh giữa các nhóm bằng test χ^2 khi p < 0,05 thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu, chỉ sử dụng trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp lên đối tượng nên không ảnh hưởng đến sức khỏe của sản phụ, không vi phạm đạo đức nghiên cứu. Tất cả các thông tin về người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thời điểm phát hiện u xơ cơ tử cung

Thời điểm phát hiện UXCTC	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Trước khi có thai	43	21,0
Trong thai kỳ	65	31,7
Trong mổ lấy thai, kiểm soát tử cung	97	47,3
Tổng số	**205**	**100**

UXCTC được phát hiện trong mổ lấy thai và kiểm soát tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất tỉ lệ 47,3%. Đứng thứ 2 là các trường hợp phát hiện UXCTC trong thai kì 31,7%; 21,0% phát hiện u xơ tử cung trước khi có thai.

Bảng 2: Số lượng u xơ cơ tử cung.

Số lượng UXCTC	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
1 u xơ	138	67,3
2 u xơ	21	10,2
Nhiều u xơ (>2 u xơ)	46	22,5
Tổng số	**205**	**100**

Có 138 trường hợp sản phụ phát hiện có 1 u xơ cơ tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,3%, đứng thứ hai là nhiều u xơ chiếm 22,5%, 2 u xơ chiếm 10,2%.

Bảng 3: Kích thước khối u lớn nhất

Kích thước khối u lớn nhất	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 5 cm	97	47,3
5 - 10 cm	101	49,3
> 10 cm	7	3,4
Tổng	**205**	**100**

Kích thước u xơ chủ yếu từ 5 đến 10 cm, chiếm 49,3%, Khối u dưới 5 cm cũng thường gặp với tỉ lệ 47,3%, U xơ có kích thước trên 10 cm chiếm tỉ lệ thấp nhất là 3,4%.

Bảng 4: Liên quan giữa kích thước và xử trí khối u trong mổ lấy thai

Kích thước UXCTC	Không can thiệp		Bóc UXCTC		Cắt tử cung		P
	n	%	n	%	n	%	
> 10 cm	1	14,3	1	14,3	5	71,4	<0,01
≤ 10 cm	63	34,6	91	50	28	15,4	
Tổng	64	33,9	92	48,7	33	17,4	

Tỉ lệ bóc u ở nhóm kích thước u dưới 10cm cao hơn ở nhóm kích thước u trên 10cm. Tỉ lệ không can thiệp ở nhóm kích thước u < 10cm cao hơn ở nhóm kích thước u trên 10cm. Tỉ lệ cắt tử cung ở nhóm kích thước u > 10cm cao hơn ở nhóm kích thước < 10cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p< 0,01.

Bảng 5: Liên quan giữa số lượng u xơ cơ tử cung và xử trí u xơ cơ tử cung trong mổ lấy thai

Số lượng UXCTC	Không can thiệp		Bóc UXCTC		Cắt tử cung		P
	n	%	n	%	n	%	
1 u xơ	40	31,7	71	56,3	15	11,9	<0,01
2 u xơ	7	38,9	10	55,6	1	5,6	
Nhiều u xơ	17	37,8	11	24,4	17	37,8	
Tổng	64	33,9	92	48,7	33	17,4	

Sản phụ có nhiều u xơ cơ tử cung thì tỉ lệ cắt tử cung tăng lên so với sản phụ có một và hai UXCTC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời điểm phát hiện u xơ cơ tử cung. U xơ cơ tử cung phát hiện trước thời điểm có thai chiếm tỉ lệ thấp, chỉ 21%, tỉ lệ cao nhất là các trường hợp phát hiện được u xơ cơ tử cung trong mổ lấy thai và kiểm soát tử cung, chiếm tới 47,3%; tỉ lệ phát hiện trong thai kì là 31,7%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Trang năm 2019 tại BSPSTW tỉ lệ phát hiện UXCTC trước mang thai là 21,36%. Siêu âm là phương tiện quan trọng nhất để chẩn đoán và theo dõi u xơ cơ tử cung trong thai kì, khả năng phát hiện UXCTC của siêu âm được đề cập trong các nghiên cứu khác nhau, thay đổi từ 40-80%. Với tính ứng dụng caos, tất cả các bệnh nhân nên được theo dõi định kì bằng siêu âm để phát hiện sớm những biến đổi của khối u xơ cơ tử cung trong thai kì nhằm giúp thầy thuốc chủ động ra quyết định trong việc điều trị và đề phòng biến chứng cho sản phụ và thai nhi.

4.2. Số lượng u xơ cơ tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 138 trường hợp sản phụ phát hiện có một u xơ chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,3, đứng thứ hai là nhiều u xơ chiếm 22,5%; số sản phụ có hai u xơ chiếm tỉ lệ 10,3%. Tại Trung Quốc, tác giả Rong Zhao cũng ghi nhận được 73,4% bệnh nhân có một khối u xơ, trong khi đó có 26,6% bệnh nhân có nhiều u xơ. Tỉ lệ bệnh nhân có một UXCTC của chúng tôi cao hơn ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tú Anh năm 2022 tại cùng quần thể là 81,6% do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Việc đánh giá chính xác về số lượng UXCTC đòi hỏi phải kết hợp thăm khám lâm sàng cẩn thận, siêu âm và thăm dò kĩ lưỡng. Trên thực tế, việc bỏ sót u đặc biệt là những UXCTC bé là điều khó tránh khỏi. Hơn nữa, những thăm khám trong quý III của thai kì, do thai to nên để đánh giá được số lượng u xơ một cách toàn diện, chính xác sẽ khó hơn nhiều so với quý I của thai kì. Mặc dù tỷ lệ đưa ra còn có sự khác nhau nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều có sự thống nhất rằng u xơ cơ tử cung đơn độc gặp nhiều nhất.

4.3. Kích thước u xơ cơ tử cung. Qua phân tích số liệu, kích thước u xơ hay gặp trong nghiên cứu của tôi chủ yếu từ 5 đến 10 cm, chiếm 49,3%; đứng thứ 2 là u có kích thước nhỏ dưới 5 cm với 47,3%; u xơ có kích thước trên 10 cm chiếm tỉ lệ thấp nhất là 3,4%. Tương đồng với nghiên cứu của Nhữ Thu Hòa (2016) kích thước u <5cm chiếm 48,2% và u kích thước 5 - 10cm chiếm 43,3%, loại >10cm chỉ chiếm 8,4%. Trong khi một số tác giả khác lại cho kết quả nhóm u xơ kích thước nhỏ dưới 5 cm là thường gặp nhất như Monnier với tỉ lệ 40%. Sự khác biệt này do chúng tôi chỉ ghi nhận được thông tin về kích thước khối u ở những lần siêu âm xung quanh thời điểm thai phụ vào viện.

4.4. Mối liên quan giữa số lượng và kích thước u xơ cơ tử cung với cách xử trí u xơ trong mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có 189 trường hợp mổ lấy thai thì xử trí UXCTC chiếm tỉ lệ cao nhất bóc UXCTC (48,7%), không can thiệp (33,93%), cắt tử cung (17,4%) Chúng tôi cũng nghiên cứu sự liên quan giữa kích thước, số lượng UXCTC với cách xử trí UXCTC trong mổ lấy thai. Kết quả cho thấy tỉ lệ bóc UXCTC cao ở nhóm kích thước u dưới 10cm, tỉ lệ cắt tử cung cao ở nhóm kích thước u trên 10cm. Tỉ lệ không can thiệp ở nhóm kích thước u <10cm cao hơn ở nhóm kích thước u > 10cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,01. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Hải Hà năm 2012 , bóc UXCTC trong mổ lấy thai có thể được thực hiện an toàn kể cả với những khối u có kích thước lớn , với điều kiện là bác sĩ phẫu thuật phải có kinh nghiệm, phương pháp cầm máu hiệu quả. Theo nghiên cứu của chúng tôi về liên quan giữa số lượng UXCTC và phương pháp xử trí thì tỉ lệ bóc UXCTC cao ở nhóm có một hoặc hai u xơ, còn tỉ lệ cắt tử cung tăng lên ở nhóm có >2 UXCTC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Trong nghiên cứu của tác giả Nhữ Thu Hòa, nhận thấy đối với các nhóm có số lượng UXCTC khác nhau, có sự tăng tỉ lệ thuận về số lượng nhân xơ trên một bệnh nhân và tỉ lệ cắt tử cung bán phần, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Quan điểm về bóc UXCTC trong mổ lấy thai vẫn là một vấn đề gây tranh cãi, hầu hết các tác giả đều cho rằng cắt tử cung trong mổ lấy thai chỉ nên thực hiện khi thật cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Đa số thai phụ đẻ tại bệnh viện phụ sản Thanh Hóa phát hiện u xơ cơ tử cung trong quá trình mổ lấy thai hoặc kiểm soát tử cung. Phần lớn các thai phụ có u xơ đơn độc và kích thước dưới 10cm. Có sự liên quan giữa số lượng và kích thước khối u và phương pháp xử trí u xơ cơ tử cung trong mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S.** Pregnancy outcome and uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;34:74-84.
2. **Nhữ Thu Hòa,** "Nghiên cứu đặc điểm và xử trí u xơ tử cung trên sản phụ đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015 - 2016", 2016, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Nguyễn Thùy Trang,** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí u xơ tử cung tại tại bệnh viện Phụ sản Trung ương", Luận văn chuyên khoa cấp 2, 2019, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Hải Hà,** "Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của Tadimax trong điều trị u xơ tử cung", Luận văn chuyên khoa cấp 2, 2012, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Zhao R, Wang X, Zou L, et al.** Adverse obstetric outcomes in pregnant women with uterine fibroids in China: A multicenter survey involving 112,403 deliveries. PLoS One. 2017;12(11):e0187821.
6. **Leiomyomatous uterus and preterm birth: an exposed/unexposed monocentric cohort study.** AU Girault A, Le Ray C, Chapron C, Goffinet F, Marcellin L SO Am J Obstet Gynecol. 2018;219(4):410.e1. Epub 2018 Aug 25.
7. **Nguyễn Thị Tú Anh,** "Nhận xét kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi và đường âm đạo tại bệnh viện phụ sản Thanh Hóa", 2022, Luận văn chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **O' Sullivan R, Abder R.** Myomectomy at the time of cesarean delivery. Ir J Med Sci. 2016;185(4):973-975.

LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CHO BỆNH NHÂN XƠ CỨNG VẬT HANG DỰA TRÊN CÁC ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU DƯƠNG VẬT: BÁO CÁO BA CA BỆNH LÂM SÀNG

Trần Hồng Quân[1], Hoàng Mạnh Ninh[1]

TÓM TẮT

Bệnh xơ cứng vật hang (XCVH) gây ra bởi sự xuất hiện của mảng xơ trong lớp vỏ trắng của vật hang dương vật. Bệnh có thể gây đau đớn và khó khăn khi quan hệ tình dục. Phẫu thuật và phương pháp điều trị vàng cho bệnh ở giai đoạn mạn tính, giúp làm thẳng dương vật, khôi phục chức năng cương dương, duy trì chiều dài và chu vi của dương vật, giúp bệnh nhân tự tin trong quan hệ tình dục xâm nhập. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp phải dựa vào những đặc điểm giải phẫu của dương vật. Ở đây, chúng tôi báo cáo 3 ca bệnh XCVH được đánh giá chi tiết những đặc điểm giải phẫu của dương vật, từ đó lựa chọn được phương pháp phẫu thuật thích hợp.

Từ khóa: Xơ cứng vật hang, phẫu thuật, giải phẫu dương vật

SUMMARY

SELECTION OF SURGICAL METHODS FOR PATIENTS WITH PEYRONIE DISEASE BASED ON ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE PENIS: THREE CASE REPORTS

Peyronie disease (PD) is characterized by penile deformity caused by fibrous tissue plaques within the tunica albuginea of the corpora cavernosa of the penis. The condition of erectile dysfunction makes it difficult to engage in sexual activity, and erection is sometimes accompanied by excruciating discomfort. Surgery still represents the gold standard treatment for PD in the chronic phase, and it aims to guarantee a penis straight and rigid enough to allow the patient to resume penetrative sex with confidence. Choosing the appropriate surgical method must be based on the anatomical characteristics of the penis. Here, we report 3 cases of PD had the anatomical characteristics of the penis were evaluated in detail, from which the appropriate surgical method was selected.

Keywords: Peyronie disease, surgery, penile anatomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh xơ cứng vật hang (XCVH) hay còn gọi là bệnh Peyronie đặc trưng bởi sự biến dạng dương vật do xuất hiện mảng xơ trong lớp vỏ trắng của mô cương (vật hang) dương vật. Bệnh có thể gây đau đớn và khó khăn khi quan hệ tình dục. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị vàng cho bệnh ở giai đoạn mạn tính, giúp làm thẳng dương vật, bảo vệ hoặc khôi phục chức năng cương dương, duy trì chiều dài và chu vi dương vật[1]. Phẫu thuật chỉ nên được tiến hành trong các điều kiện: (1) sau khi ổn định bệnh (12 tháng sau khi khởi phát bệnh hoặc khi biến dạng đã ổn định và không đau ít nhất 3 tháng, tốt hơn là 6 tháng), (2) ngắn dương vật nhiều hoặc biến dạng nghiêm trọng gây khó khăn cho sự thâm nhập khi giao hợp, (3) vôi hoá mảng xơ cứng và (4) sau khi đã điều trị bảo tồn thất bại trước đó hoặc khi bệnh nhân muốn kết quả đáng tin cậy nhất[2]. Các phương pháp phẫu thuật đối với XCVH gồm: Làm ngắn cân trắng, làm dài cân trắng (rạch mảng cứng hoặc cắt bỏ từng phần mảng cứng và ghép) hoặc cấy ghép vật hang giả cho dương vật[1]. Để lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp cho bệnh nhân, cần dựa trên cơ sở giải phẫu bình thường và bất thường của dương vật.

[1]*Bệnh Viện Bưu Điện*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hồng Quân
Email: bsquan.bvbd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023
Ngày duyệt bài: 15.01.2024