

3. **Nguyễn Thị Nguyệt.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
4. **Vũ Trọng Tấn.** Nghiên cứu một số chỉ định và kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Bắc Ninh. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên; 2018.
5. **Nguyễn Hữu Thâm, Phùng Thị Hà, Huyền NTD, Trần Thị Sương, Lê Thị Thường.** Đánh giá biến chứng phẫu thuật mổ lấy thai theo thang điểm Clavien-Dindo tại Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi qua 2 năm (12/2014-12/2016). Đề tài khoa học công nghệ cấp tỉnh. Sở Y tế; 2016.
6. **Bạch Cẩm An, Tú HN, Tâm PV.** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại Robson tại bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí phụ sản. 2015;14(3):38-43.
7. **Ramires de Jesus G, Ramires de Jesus N, Peixoto-Filho FM, Lobato G.** Caesarean rates in Brazil: what is involved? BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2015// 2015;122doi:10.1111/1471-0528.13119
8. **Kelly S, Sprague A, Fell DB, et al.** Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC. Mar 2013;35(3):206-214. doi:10.1016/s1701-2163(15)30992-0
9. **GSO, UNFPA, UNICEF.** Monitoring the situation of children and women: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2010-2011. Hanoi 2011; 2011.

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG BÀN CHÂN THUỞNG CỦA GIÁ KÉO BÀN CHÂN CẢI TIẾN TRONG KÉO DÀI CẰNG CHÂN NÂNG CHIỀU CAO

Nguyễn Văn Lượng¹, Nguyễn Năng Giới¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, giới hạn của dụng cụ giá kéo bàn chân cải tiến trong dự phòng biến chứng bàn chân thuởng ở bệnh nhân kéo dài căng chân nâng chiều cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có nhóm chứng trên 90 bệnh nhân trưởng thành được kéo dài căng chân nâng chiều cao bằng khung cố định ngoài kết hợp đinh nội tủy, tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2022, được chia thành 3 nhóm: Nhóm I (gồm 30 BN) không sử dụng giá kéo dự phòng bàn chân thuởng, nhóm II (gồm 30 BN) được sử dụng giá kéo bàn chân dự phòng bàn chân thuởng và nhóm III (gồm 30 BN) sử dụng giá kéo bàn chân cải tiến dự phòng bàn chân thuởng. Tỷ lệ co ngắn gân gót tỷ lệ với mức kéo dài chân. Tỷ lệ biến chứng co ngắn gân gót và biên độ gấp mu bàn chân, tỷ lệ nối dài gân gót, tỷ lệ co ngắn gân gót sau tháo khung 3 tháng của 3 nhóm được so sánh với nhau. **Kết quả:** Sau mổ tháo khung cố định ngoài, tỷ lệ co ngắn gân gót, biên độ gấp mu của cổ chân, tỷ lệ nối dài gân gót có sự khác biệt ở 3 nhóm với $P < 0,05$. **Kết luận:** Biến dạng bàn chân thuởng khi kéo dài căng chân nâng chiều cao chiếm 37/90 bệnh nhân. Tỷ lệ và mức độ trầm trọng của co ngắn gân gót tỷ lệ thuận với mức kéo dài chân. Dự phòng bàn chân thuởng bằng giá kéo bàn chân cải tiến là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, hiệu quả cao. Nó giảm tỷ lệ và mức độ trầm trọng co ngắn gân gót.

Từ khóa: Bàn chân thuởng; Co ngắn gân gót; Kéo dài chân.

SUMMARY

THE EFFICACY OF THE MODIFIED ANKLE ORTHOSES FOR PREVENTING EQUINUS DEFORMITY IN COSMETIC LEG-LENGTHENING PATIENTS

Objectives: To evaluate the efficacy and the limit of the modified ankle orthoses for preventing equinus deformity in cosmetic leg-lengthening patients. **Subject and methods:** In a retrospective control study, 90 adult patients underwent cosmetic bilateral leg-lengthening using the LON method at 108 Military Central Hospital from January 2012 to December 2022 were divided into three groups: 30 patients without ankle orthoses for preventing equinus deformity (group I); 30 patients using ankle orthoses for preventing equinus deformity (group II) and 30 patients using modified ankle orthoses for preventing equinus deformity (group III). **Results:** After removing the external fixation, the rate of equinus deformity, the range of ankle dorsiflexion, and the rate of cutaneous lengthening of the Achilles tendon were significantly different in the three groups with $P < 0.05$. **Conclusion:** Equinus deformity was observed for 37 out of 90 patients who underwent bilateral leg lengthening. The rate and severity of Equinus deformity is proportional to the amount of leg lengthening. Modified ankle orthoses are simple, low-cost, and highly effective. It reduces the incidence and severity of equinus deformity. **Keywords:** Equinus deformity; Achilles tendon; Leg-lengthening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến dạng bàn chân thuởng khi kéo dài căng chân là một trong những biến chứng hay gặp nhất, chiếm từ 9,9 % - 100 %, tỷ lệ phải nối dài gân gót từ 1,6 - 37 % [1], [3], [7], [8]. Khi kéo dài căng chân bằng khung cố định ngoài (CĐN) kết hợp đinh nội tủy (ĐNT) tỷ lệ co ngắn gân gót từ 15,38%-72,5% [6], [8], [9]. Vì vậy, dự phòng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

và điều trị biến chứng bàn chân thủng là rất quan trọng. Có nhiều phương pháp dự phòng bàn chân thủng như tập vật lý trị liệu, đặt nẹp căng bàn chân ban đêm, bó bột, đeo giá kéo bàn chân chống thủng, cố định ngoài tạm thời cổ chân, bắt vít cố định khớp cổ chân, cắt ngặm gân gót,... Trong các biện pháp đó, một số tác giả đã thông báo kết quả dự phòng bàn chân thủng cao khi đeo giá kéo bàn chân chống thủng trên 16 giờ hàng ngày. Tuy nhiên, các nghiên cứu này có mẫu nghiên cứu không thuần nhất, mức kéo dài căng chân thấp, chưa nghiên cứu trên đối tượng kéo dài chân thẩm mỹ, giá kéo bàn chân chống thủng có tác dụng hạn chế khi do bàn chân chỉ được kéo gấp mu bởi 2 sợi dây đàn hồi. Vì vậy, chúng tôi đã thay sợi dây đàn hồi bằng một dụng cụ có thể kéo bàn chân gấp mu từ từ với lực kéo thẳng được sức căng lớn của gân gót và áp dụng phòng bàn chân thủng trên nhóm BN được kéo dài căng chân 2 bên nâng chiều cao bằng khung CĐN kết hợp ĐNT. Mục tiêu của nghiên cứu này là nhằm đánh giá hiệu quả cũng như những giới hạn của dụng cụ này trong dự phòng bàn chân thủng ở BN kéo dài căng chân nâng chiều cao bằng khung CĐN kết hợp ĐNT.

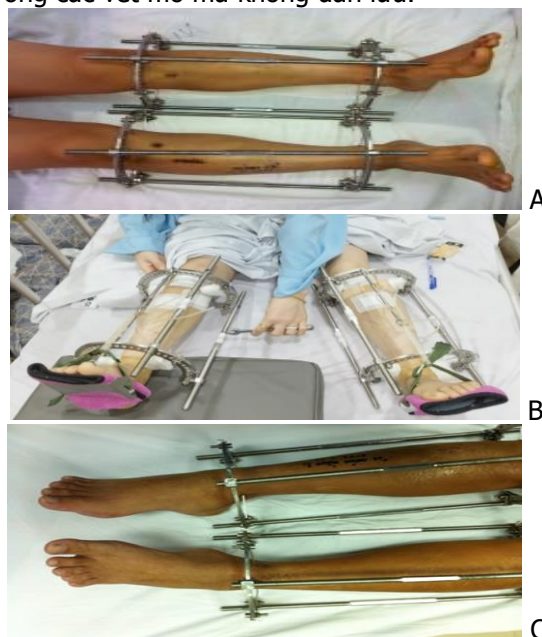
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ 1/2012 - 12/2022, 90 BN được lựa chọn từ 350 BN kéo dài căng chân nâng chiều cao bằng khung CĐN kết hợp ĐNT, được chia thành 3 nhóm với các đặc điểm tương đối giống nhau về tuổi, giới, chiều cao trước mổ, mức kéo dài chân, tỷ lệ phần trăm xương chày được kéo, tốc độ căng dẫn: Nhóm I (gồm 30 BN) không sử dụng giá kéo bàn chân, nhóm II (gồm 30 BN) được sử dụng giá kéo dự phòng bàn chân thủng và nhóm III (gồm 30 BN) sử dụng giá kéo dự phòng bàn chân thủng cải tiến. Các BN đeo giá kéo trên 16 giờ/ ngày.

Giá kéo bàn chân thủng gồm 1 miếng gỗ kích thước 10x22cm, để kéo bàn chân ở tư thế gấp mu 0° bằng 2 sợi dây đàn hồi được buộc vào khung CĐN. Giá kéo bàn chân thủng cải tiến gồm 1 miếng kim loại kích thước 10x20cm, được uốn cong ở viền và liên kết với vòng cung gân gối của khung CĐN bằng dụng cụ căng dẫn từ từ bằng kim loại.

Quy trình phẫu thuật kéo dài chân: BN được đóng 1 đinh SIGN vào xương chày, bắt 2 vít chốt trung tâm, lắp khung CĐN, xuyên đinh Kirschner: Vòng cung trên liên kết với 2 đinh Kirschner 2,0mm được xuyên chéo nhau ở phần sau của đầu trên xương chày, cách xa đinh SIGN, trong

đó có 1 đinh xuyên qua chỏm xương mác. Vòng cung phía dưới liên kết với 2 đinh Kirschner đường kính 2,0mm được xuyên chéo nhau ở đầu dưới xương chày, nằm phía ngoại vi ĐNT, trong đó có 1 đinh xuyên qua cả xương mác. Các đinh Kirschner được căng bằng dụng cụ căng đinh của Ilizarov. Cắt xương mác tại 1/3G-1/3D và xương chày ở dưới lồi củ trước xương chày 3-4cm. Đóng các vết mổ mà không dẫn lưu.



Ảnh 1: Ảnh BN sau mổ kéo dài căng chân bằng CĐN kết hợp ĐNT (A); BN đang đeo giá kéo bàn chân cải tiến (B); Ảnh bàn chân thủng do co ngắn gân gót (C)

Sau mổ 7 ngày, BN được hướng dẫn căng dẫn ổ cắt xương với tốc độ 1mm/ngày, chia đều cho 3 lần. BN được đeo giá kéo dự phòng bàn chân thủng từ ngay sau mổ đến khi tháo khung CĐN, ít nhất 16 giờ/ngày; tỉ nén một phần trọng lượng cơ thể. Khi hết giai đoạn căng dẫn, BN được bắt 2 vít chốt ngoại vi của ĐNT và tháo CĐN, tỉ nén tăng dần trên cả hai chân. Định kỳ hàng tháng, các BN được khám lâm sàng, chụp Xquang đến khi liền xương, sau đó được khám 3 tháng/lần.

Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: Tuổi, giới, chiều cao, chiều dài xương chày, mức kéo dài chân, tốc độ kéo; tỷ lệ bàn chân thủng từng nhóm; hạn chế biên độ gấp mu bàn chân. BN bị bàn chân thủng khi gấp mu ít hơn 0° khi gối duỗi thẳng.

Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (n=90)

Các chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	P
Số BN	30	30	30	>0,05
Nam: Nữ	15:15	16:14	17:13	>0,05
Tuổi BN (tuổi)	26,79±5,42	28,39±6,24	27,36±3,39	>0,05
Chiều cao trước mổ (cm)	153,45±6,24	151,45±4,12	150,26±5,37	>0,05
Mức kéo dài chân (cm)	6,29±1,09	6,31±0,89	6,38±0,95	>0,05
Tỉ lệ phần trăm xương chày được kéo (%)	19,35±4,21	20,45±3,25	20,91±4,19	>0,05
Tốc độ căng dần (mm/ngày)	0,9±0,21	0,9±0,15	0,9±0,18	>0,05

Nhận xét: Sự khác biệt về tuổi, giới, chiều cao trước mổ, mức kéo dài chân, tỷ lệ xương chày được kéo, tốc độ căng dần không có ý nghĩa thống kê với P<0,05.

Bảng 2: Kết quả dự phòng biến chứng bàn chân thường (n=90)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm I (n=30) (1)	Nhóm II (n=30) (2)	Nhóm III (n=30) (3)	P
Số lượng BN bị bàn chân thường khi tháo CĐN	16	12	9	P1-2, P1-3 <0,05
Biên độ gấp mu cổ chân				
0 -> -10 ^o	0	1	2	>0,05
-11 ^o -> -20 ^o	3	2	4	>0,05

-20 ^o -> -30 ^o	8	6	3	<0,05
>-30 ^o	5	3	0	<0,05
Điều trị bằng nới dài gân gót	6	3	0	<0,05
Điều trị bằng tập PHCN	10	9	9	>0,05
Số BN bị bàn chân thường sau tháo CĐN 3 tháng	2	0	0	P<0,05

Nhận xét: Số BN bị bàn chân thường, số BN phải nới dài gân gót giảm ở nhóm sử dụng giá kéo bàn chân. Sau 3 tháng tháo khung, nhóm có sử dụng giá kéo bàn chân thường đều gấp mu được trên 0^o. Nhóm sử dụng giá kéo cải tiến không có BN nào hạn chế gấp mu cổ chân trên -30^o và không có BN nào phải nới dài gân gót.

Bảng 3. Mối liên quan giữa cơ ngăn gân gót và độ dài xương chày được kéo (n=90)

% độ dài xương chày được kéo	Số BN	Cơ ngăn gân gót			Nới dài gân gót		
		Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III
10,1 - 15	14	0	0	0	0	0	0
15,1 - 20	38	2	2	1	0	0	0
20,1 - 25	21	6	5	4	2	1	0
25,1 - 30	17	8	5	4	4	3	0
Tổng	90	16	12	9	6	3	0

Nhận xét: Khi kéo dài dưới 15% độ dài xương chày thì không gặp cơ ngăn gân gót. Tỷ lệ cơ ngăn gân gót tăng khi mức kéo dài tăng. Khi kéo dài trên 25,1% chiều dài xương chày, tỷ lệ này là 100%. Tỷ lệ nới dài gân gót khi mức kéo dài trên 25,1% chiều dài xương chày ở nhóm I, II đều cao hơn ở nhóm III.

Bảng 4. Mối liên quan giữa cơ ngăn gân gót và giới (n=90)

Giới	Số BN	Số BN co ngăn gân gót	Số BN phải nới dài gân gót	P
Nam (1)	48	19	5	P1-2 >0,05
Nữ (2)	42	16	4	
Tổng	90	37	9	

Nhận xét: Tỷ lệ BN bị co ngăn gân gót, tỷ lệ BN phải nới dài gân gót ở nam và nữ là không có sự khác biệt với P>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Khi kéo dài căng chân bằng khung CĐN kết hợp ĐNT, số lượng đinh Kirschner ít hơn và ít xuyên qua các cơ, BN được tháo khung CĐN sớm nên thuận lợi cho tập PHCN cổ chân. Tuy nhiên, cơ ngăn gân gót vẫn hay gặp do sức co khỏe hơn của các cơ khu sau cẳng chân. Kim [6] khi kéo dài chân cho 40 BN với mức kéo 7,73cm thì gặp 29 BN bị co ngăn gân gót. Park [8] khi kéo dài chân nâng chiều cao cho 28 BN với mức kéo trung bình 6,4cm thì gặp 10 BN co ngăn gân gót. Sun [9] khi kéo dài chân cho 26 BN với mức kéo 7,95cm thì gặp 37 cẳng chân có biến chứng co ngăn gân gót. Guo [5] khi kéo dài chân cho 26 BN với mức kéo trung bình 7,4 cm thì gặp 8 BN co ngăn gân gót. Chúng tôi gặp 37 BN co ngăn gân gót khi kéo dài chân nâng chiều cao cho 90

BN, với mức kéo trung bình 6,3cm.

Bảng 3 cho thấy, tỷ lệ co ngắn gân gót và mức độ trầm trọng của nó liên quan đến mức kéo dài chân. Khi kéo dài dưới 15% độ dài xương chày thì không gặp co ngắn gân gót. Khi kéo dài chân trên 25% độ dài xương chày thì tỷ lệ co ngắn gân gót là 100 % và tỷ lệ nối dài gân gót là 7/17. Kim [6] thấy rằng, 95% BN bị co ngắn gân gót có mức kéo dài xương chày trên 20% chiều dài xương chày và các BN này đều phải cắt cân cơ bụng chân kết hợp đặt CĐN để căng dần gân gót từ từ. Trong khi đó, 5% số BN co ngắn gân gót có mức kéo dài dưới 20% chiều dài xương chày và các BN này chỉ cần điều trị bằng cắt cân cơ bụng chân.

Để phòng co ngắn gân gót bằng cách cho BN tập căng dần gân gót càng nhiều càng tốt, đồng thời đặt nẹp để cố định bàn chân gấp mu và gối duỗi khi BN ngủ hoặc khi nghỉ ngơi. Follkerts C. [4] cho rằng thời gian tập căng dần gân gót ít nhất là 6 giờ /ngày. Để BN tập PHCN thuận lợi, khi đặt khung CĐN phải chú ý cách xuyên đinh, vị trí xuyên đinh Kirschner, tư thế khớp cổ chân để tránh viêm, đau chân đinh, hạn chế vận động cổ chân. Khi xuất hiện co ngắn gân gót, một số tác giả đã giảm tốc độ căng dần [6]. Kim S.J. [6] giảm tốc độ căng dần xuống 0,5 mm/ngày nếu có co ngắn gân gót, đồng thời cho tập căng dần gân gót tích cực và đặt nẹp khi không tập. 8/56 căng chân đã hết bàn chân thủng. Mặc dù, giảm tốc độ căng dần đã hạn chế được biến dạng quá mức của bàn chân, tuy nhiên có nguy cơ liền sớm ở căng dần nên phải đánh giá can xương trên XQ để điều chỉnh tốc độ thích hợp. Belthur M.V. [2] chủ động bắt vít ngoài khớp từ xương gót vào đầu dưới xương chày để đề phòng co ngắn gân gót khi kéo dài xương chày bằng ĐNT tự dẫn. Tuy nhiên, kỹ thuật này có nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh, khớp cổ chân của bị cố định trong thời gian tương đối dài. Khi tập PHCN không hiệu quả, một số tác giả xuyên đinh qua các xương bàn và nối khung CĐN xuống bàn chân để kéo bàn chân gấp mu từ từ nhằm căng dần gân gót từ từ [1], [6], [7]. Phương pháp này có ưu điểm là bảo tồn được gân gót toàn vẹn, nhưng một số trường hợp đau nhiều hoặc không hết thủng hoàn toàn, đặc biệt là ở những BN có co gấp gối kèm theo [7],[9]. Park W.H. [8] đã nén ổ căng dần ngăn lại khi có biểu hiện co ngắn gân gót.

Chúng tôi đã sử dụng giá kéo bàn chân chống thủng cải tiến để dự phòng biến chứng bàn chân thủng. Các BN trong nghiên cứu này đều được đeo giá kéo bàn chân khi nghỉ ngơi

hoặc khi ngủ, khuyến khích đeo trên 16 h/ ngày, tập căng dần gân gót tích cực, khuyến khích ti nén một phần trọng lượng cơ thể. Giá kéo có bộ phận vặn để kéo bàn chân gấp mu từ từ và làm căng dần gân gót từ từ.

Bảng 3 cho thấy, ở nhóm sử dụng giá kéo cải tiến, tỷ lệ co ngắn gân gót giảm hơn so với nhóm không sử dụng giá kéo và nhóm sử dụng giá kéo thông thường. BN kéo dài trên 25% chiều dài xương chày thì đều gặp biến chứng co ngắn gân gót, mặc dù đeo giá kéo bàn chân chống thủng. Quá trình tập căng dần gân gót và đeo giá kéo cải tiến mặc dù không dự phòng được hết co ngắn gân gót nhưng hạn chế biến dạng quá mức bàn chân trong quá trình căng dần và tạo điều kiện thuận lợi cho hồi phục chức năng, không có BN nào phải nối dài gân gót, các BN đều gấp mu bàn chân trên 0° sau tháo khung 3 tháng. Nó cho thấy hiệu quả của giá kéo bàn chân cải tiến trong dự phòng bàn chân thủng.

V. KẾT LUẬN

Biến dạng bàn chân thủng do ngắn gân gót ngắn khi kéo dài căng chân chiếm 37/90 BN. Tỷ lệ và mức độ trầm trọng của co ngắn gân gót liên quan với mức kéo dài chân. Dự phòng biến chứng bàn chân thủng bằng giá kéo bàn chân cải tiến là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, hiệu quả cao. Nó giảm tỷ lệ và mức độ trầm trọng co ngắn gân gót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tiến Dũng** (2004), "Nhận xét kết quả bước đầu nâng chiều cao cho người có tầm vóc thấp bằng phẫu thuật kéo dài hai căng chân", Tạp chí Y học thực hành, 2, pp. 31-32.
2. **Belthur M. V., Paley D., Jindal G., et al.** (2008), "Tibial lengthening: extraarticular calcaneotibial screw to prevent ankle equinus," Clin Orthop Relat Res, 466(12), pp. 3003-3010.
3. **Catagni M. A., Lovisetti L., Guerreschi F., et al.** (2005), "Cosmetic bilateral leg lengthening: experience of 54 cases", J Bone Joint Surg Br, 87(10), pp. 1402-1405.
4. **Folkerts C., Henry S., Kovelman H. F., et al.** (1992), "Rehabilitation of the Ilizarov patient", Rehab Manag, 5(6), pp. 126-129.
5. **Guo Q., Zhang T., Zheng Y., et al.** (2012), "Tibial lengthening over an intramedullary nail in patients with short stature or leg-length discrepancy: a comparative study", Int Orthop, 36(1), pp. 179-184.
6. **Kim S. J., Balce G. C., Agashe M. V., et al.** (2012), "Is bilateral lower limb lengthening appropriate for achondroplasia?: midterm analysis of the complications and quality of life", Clin Orthop Relat Res, 470(2), pp. 616-621.
7. **Novikov K. I., Subramanyam K. N., Muradisinov S. O., et al.** (2014), "Cosmetic Lower Limb Lengthening by Ilizarov Apparatus:

- What are the Risks?", Clin Orthop Relat Res.
8. **Park H. W., Yang K. H., Lee K. S., et al.** (2008), "Tibial lengthening over an intramedullary nail with use of the Ilizarov external fixator for idiopathic short stature," J Bone Joint Surg Am, 90(9), pp. 1970-1978.
9. **Sun X. T., Easwar T. R., Manesh S., et al.** (2011), "Complications and outcome of tibial lengthening using the Ilizarov method with or without a supplementary intramedullary nail: a case-matched comparative study," J Bone Joint Surg Br, 93(6), pp. 782-787.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Nguyễn Công Trình¹, Nguyễn Anh Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả can thiệp phương pháp phẫu thuật tử cung qua nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ PTNS thành công 95,0%, chuyển mổ mở là 5%. Có mối liên quan giữa số lượng u xơ tử cung, kích thước u xơ tử cung với thời gian phẫu thuật ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật tử cung qua nội soi trong điều trị u xơ tử cung là một phương pháp ứng dụng thành công tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định. Với nghiên cứu này làm phong phú thêm một phương pháp mới điều trị u xơ tử cung có hiệu quả qua nội soi. **Từ khóa:** Nội soi, U xơ tử cung.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF UTERINE FIBERS BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Objectives: describe the clinical and paraclinical characteristics of uterine fibroid patients and evaluate the results of treatment with laparoscopic surgery. **Methods:** Describes the interventional method of laparoscopic uterine surgery. **Results:** Laparoscopic success rate was 95.0%, conversion to open surgery was 5%. There is a relationship between the number of uterine fibroids, uterine fibroid size and surgery time ($p < 0.05$). **Conclusion:** Laparoscopic uterine surgery in the treatment of uterine fibroids is a successfully applied method at Nam Dinh Provincial Obstetrics Hospital. This study enriches a new effective method of treating uterine fibroids via endoscopy. **Keywords:** Laparoscopy, Uterine fibroids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ. Nghiên cứu của Lippman và cs (2003)

cho tỷ lệ phụ nữ bị u xơ tử cung chiếm 15,0% [8]. Nghiên cứu của Stewart và cs (2017) thấy tỷ lệ u xơ tử cung chiếm khoảng 217 - 3745 trường hợp/100.000 phụ nữ/năm; tương ứng với tỷ lệ 4,5 - 68,6% ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, sự dao động kết quả này phụ thuộc vào quần thể nghiên cứu và phương pháp chẩn đoán [9]. U xơ tử cung gây nên các triệu chứng cơ năng ảnh hưởng đến sức khỏe và là nguyên nhân chính của cắt tử cung trong độ tuổi tiền mãn kinh hiện nay.

Có nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung như: theo dõi đơn thuần, điều trị bằng thuốc, điều trị bằng gây tắc động mạch tử cung, điều trị bằng phẫu thuật. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phương pháp điều trị triệt để nhất bệnh u xơ tử cung, là một trong những phẫu thuật thông dụng trong phẫu thuật phụ khoa [5], [7]. Có nhiều đường vào để cắt tử cung: cắt tử cung qua đường bụng, cắt tử cung qua đường âm đạo, cắt tử cung qua nội soi. Trong những năm gần đây, khuynh hướng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật ít xâm lấn đang phát triển mạnh. Phẫu thuật nội soi đã thay thế một phần các phẫu thuật mổ mở và đem lại nhiều kết quả tốt cho người bệnh như: nhanh chóng phục hồi sau khi mổ, ra viện sớm, giảm được biến chứng nhiễm khuẩn và có tính thẩm mỹ cao [4],[6].

Thực tế lâm sàng cho thấy kết quả của phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị dụng cụ hỗ trợ, quá trình chuẩn bị phẫu thuật, bệnh kèm theo của bệnh nhân... Bệnh viện Phụ Sản Nam Định đã thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn từ tháng 7/2015, câu hỏi được đặt ra là cho đến nay chưa có sự đánh giá cũng như phân tích kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại bệnh viện. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi.*

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Trình

Email: nguyencongtrinh@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024