

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

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán UXTC và được lựa chọn thực hiện phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn bằng nội soi tại khoa Phụ-Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân bị u xơ tử cung có chỉ định mổ cắt tử cung hoàn toàn
- U xơ tử cung gây rối loạn kinh nguyệt điều trị nội khoa không kết quả
- U xơ gây chèn ép, u xơ phổi hợp với u nang buồng trứng.
- U xơ dưới niêm mạc gây chảy máu hay nhiễm khuẩn

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ung thư thân tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng hoặc nghi ngờ ung thư đường sinh dục
- Bệnh lý kèm theo như bệnh tiểu đường, bệnh tim, cao huyết áp, bệnh gan, thận...
- U xơ dính nhiều với tổ chức xung quanh.
- Sẹo phẫu thuật ổ bụng dính.
- U xơ tử cung kèm sa sinh dục từ độ II trở lên

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023-12/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: Mô tả can thiệp phương pháp phẫu thuật tử cung qua nội soi.

2.2.2. Cỡ mẫu: Mẫu toàn bộ có chủ đích

2.2.3. Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi lựa chọn được 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.3. Phương tiện và kỹ thuật tiến hành

Phương tiện trang thiết bị: Giàn máy nội soi Storz của Đức gồm: Monitor chuyên dụng. Bộ vi xử lý hình ảnh nội soi kỹ thuật số kèm camera. Nguồn sáng lạnh xenon. Dao đốt điện đơn cực, lưỡng cực. Máy bơm khí CO₂ ổ bụng. Máy bơm rửa ổ bụng. Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng, pince, kéo, cần nâng tử cung. Máy xét nghiệm huyết học tự động. Máy đo huyết áp đồng hồ. Nhiệt kế thủy ngân.

Các bước tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân trước khi mổ. Xét nghiệm máu, nước tiểu, X-quang tim phổi, điện tim, siêu âm. Khám toàn trạng bệnh nhân, khám phụ khoa đánh giá kích thước, độ di động tử cung và phần phụ đi kèm. Bệnh nhân tắm rửa vệ sinh, ăn cháo nhẹ chiều hôm trước, nhịn tháo 2 lần (6 giờ tối hôm trước

và 5 giờ sáng hôm sau).

Kíp phẫu thuật: Gồm 03 bác sỹ đã được đào tạo kỹ về PTNS trong phụ khoa. Phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân. Phụ 1 đứng bên phải bệnh nhân. Phụ 2 ngồi giữa 2 chân bệnh nhân để đẩy và bộc lộ tử cung cho phẫu thuật viên. 1 tit dụng cụ. Người bệnh nằm tư thế Trendelenburg. đầu thấp 10-15 độ. Gây mê nội khí quản.

Các bước kỹ thuật: Thì 1: Đặt cần nâng tử cung. Thì 2: Vào ổ bụng Bơm hơi vào ổ bụng (có hai cách bơm hơi vào ổ bụng). Cách 1: Phẫu thuật viên dùng dao rạch một đường dài 1cm tại một vị trí quanh rốn, dùng kim Veress chọc qua vết rạch vào ổ bụng để bơm khí CO₂, Phẫu thuật viên có thể có cảm giác khi kim Veress xuyên qua lớp cân của thành bụng và phúc mạc khi nghe tiếng nháy lò so hai lần hoặc dùng bơm tiêm để test, Bơm khí CO₂ vào ổ bụng đến khi đạt áp lực 12mm Hg thì rút kim Veress và tiến hành chọc Trocar kính soi (trocar 10mm) theo vị trí của kim chọc bơm khí CO₂. Cách này thường áp dụng cho các trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Cách 2: Phẫu thuật viên dùng dao rạch một đường dài 1cm ngay dưới rốn rồi chọc trocart 10 vào ổ bụng sau đó bơm khí CO₂ đạt áp lực 12 mmHg. Chọc 3 trocars phẫu thuật (trocar 5mm) một trocar ở vị trí đường trắng dưới rốn trên bờ xương vệ 2cm, hai trocars bên vị trí trên gai chậu trước trên 3 cm và hướng vào bụng 3cm. Thì 3: Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, thăm dò tỷ mỉ, toàn diện ổ bụng và tiểu khung, chú ý vị trí và giới hạn của bàng quang, niệu quản, đại tràng, trực tràng và các mạch máu lớn, bộc lộ tử cung và phần phụ. Thì 4: Đốt cắt cuống mạch phần phụ. Thì 5: Bóc tách túi cùng tử cung, bàng quang. Thì 6: Đốt và cắt động mạch tử cung. Thì 7: Đốt và cắt bỏ mạch cổ tử cung – âm đạo. Thì 8: Đốt và cắt dây chằng tử cung -cùng. Thì 9: Mở âm đạo, lấy tử cung và đóng móm cắt âm đạo. Thì 10: Kiểm tra rửa ổ bụng. Tháo dụng cụ, khâu phục hồi các lỗ trocar, không cần dẫn lưu ổ bụng.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ 45-54 tuổi chiếm cao nhất (90%); tiếp theo là nhóm đối tượng 55-64 tuổi chiếm 7,5%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50.425 ± 2.406

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp tự do là lớn nhất chiếm 52.5%; đối tượng là cán bộ

chiếm tỉ lệ thấp 5%.

Bảng 3.1. Tiền sử phụ khoa

| Tiền sử | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|------------------|-----------|--------------|
| Triệu chứng có rối loạn kinh nguyệt | Không | 27 | 67.5 |
| | RLKN < 3 tháng | 7 | 17.5 |
| | RLKN 3 - 6 tháng | 3 | 7.5 |
| | RLKN > 6 tháng | 3 | 7.5 |
| Thời gian phát hiện UXTC đến khi vào viện | Không | 8 | 20 |
| | < 6 tháng | 1 | 2.5 |
| | 6 – 12 tháng | 5 | 12.5 |
| Điều trị nội khoa trước khi vào viện | > 12 tháng | 26 | 65 |
| | Đã điều trị | 12 | 30 |
| | Chưa điều trị | 28 | 70 |
| | Tổng | 40 | 100,0 |

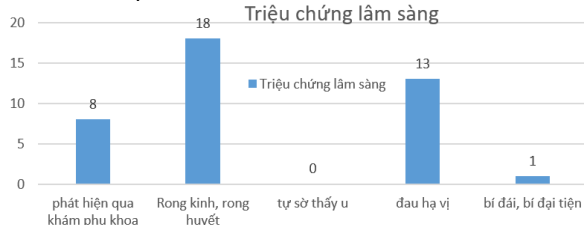
Nhận xét: Tỷ lệ không có rối loạn kinh nguyệt (67.5%) thứ 2 là nhóm có tiền sử rối loạn kinh nguyệt < 3 tháng chiếm 17.5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phát hiện UXTC >12 tháng là cao nhất (65%). Chưa điều trị nội khoa trước khi vào viện (70%).

TÌNH TRẠNG MÃN KINH



Biểu đồ 3.1. Tình trạng mãn kinh

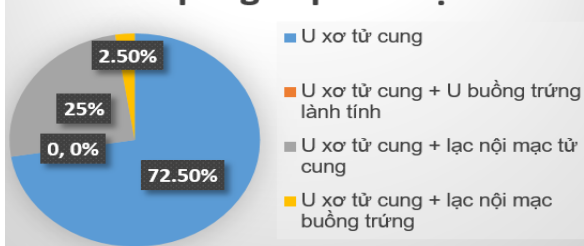
Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng chưa mãn kinh chiếm 95%, mãn kinh chiếm 5%



Biểu đồ 3.2. Lý do vào viện

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân vào viện với lý do rong kinh rong huyết chiếm số lượng cao nhất 18 ca chiếm tỉ lệ 45%, tiếp theo là lý do đau hạ vị có 13 bệnh nhân chiếm 32.5%;

Kết quả giải phẫu bệnh



Biểu đồ 3.3. Kết quả xét nghiệm mô bệnh học

Nhận xét: Chiếm 72.5% kết quả xét nghiệm mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu là UXTC. Thời gian bị bệnh trầm cảm của nhóm ĐTNC từ 1 đến 5 năm là 229 người (57,3%), dưới 1 năm có 158 người chiếm 39,5%, có 13 người (3,2%) người bệnh bị trầm cảm trên 5 năm.

3.2. Kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi

Bảng 3.2. Tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung nội soi thành công

| Phẫu thuật | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|-----------|--------------|
| PTNS thành công | 38 | 95,0 |
| PTNS chuyển mổ mở | 2 | 5,0 |
| Tổng số | 40 | 100,0 |

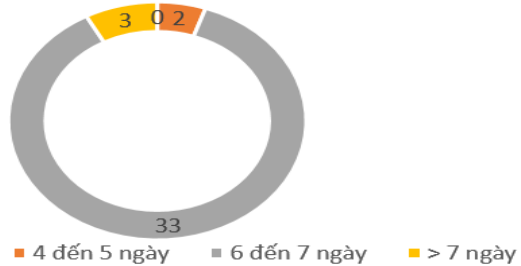
Nhận xét: Tỷ lệ PTNS thành công (95,0%), chuyển mổ mở (5,0%).

Bảng 3.3. Thời gian phẫu thuật

| Thời gian phẫu thuật | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------------|-------------|--------------|
| < 60 phút | 0 | |
| 60 - 90 phút | 25 | 65.79 |
| > 90 phút | 13 | 34.21 |
| Thời gian phẫu thuật trung bình | 91.25±20.78 | |
| Tổng | 38 | 100,0 |

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu là 60 – 90 phút chiếm 65.79%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 91.25 ± 20.78 phút.

Số ngày điều trị sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.4. Thời gian nằm viện sau mổ

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ 6-7 ngày là 86.84%; tiếp theo là >7 ngày chiếm 7.89%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 5,95 ± 0,73 ngày.

Bảng 3.4. Tai biến trong và sau mổ

| Tai biến | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|----------|-----------|
| Trong PT | | |
| Có tai biến | 2 | 5.26 |
| Không có tai biến | 36 | 94.74 |
| Sau PT | | |
| Viêm mủm cắt âm đạo | 2 | 5.26 |
| Không có tai biến | 36 | 94.74 |

Nhận xét: Trong mổ có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5.26% bị tai biến chảy máu, mỗi bệnh nhân

phải truyền 02 đơn vị khối hồng cầu sau mổ. Sau mổ có 2 bệnh nhân bị viêm mủm cắt âm đạo, chiếm tỉ lệ 5.26%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. UXTC là một vấn đề nhận được nhiều sự quan tâm của phụ nữ và các nhà sản khoa. Bệnh thường gặp ở tuổi 30 - 50 tuổi, độ tuổi trong thời kỳ hoạt động sinh dục [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nhận định y văn thế giới khi thấy: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ 45-54 tuổi chiếm cao nhất (90%); tiếp theo là nhóm đối tượng 55-64 tuổi chiếm 7.5 %. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50.425 ± 2.406 .

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Thanh Hương (2012): tuổi trung bình của bệnh nhân là $46,3 \pm 4,4$ tuổi [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lưu (2014) cho tỷ lệ bệnh nhân ≥ 50 tuổi chiếm 44,5%; từ 40 - 49 tuổi chiếm 55,5% và không có bệnh nhân ≤ 39 tuổi; tuổi trung bình là $49,2 \pm 2,7$. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên (2017) cho tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu ≥ 50 tuổi chiếm 21,2%; từ 40 - 49 tuổi chiếm 73,8%; từ 30 - 39 tuổi chiếm 5,0%; tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $46,10 \pm 3,83$ [1]. Điều này cho thấy ở những vùng khác nhau thì độ tuổi mắc bệnh cũng có sự thay đổi khác nhau.

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn kinh nguyệt 32.5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu vào viện khi phát hiện UXTC ≤ 1 năm là 14.5%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu điều trị nội khoa trước khi vào viện 30%. Qua tỷ lệ người bệnh có triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và tỷ lệ người bệnh không được phát hiện u tử trước và chưa được điều trị nội khoa trước khi vào viện phần nào phản ánh thực trạng của việc chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nước ta hiện nay, người bệnh còn chủ quan và không quan tâm đến các dấu hiệu ban đầu, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đã mãn kinh 5%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lưu (2014) cho tỷ lệ bệnh nhân đã mãn kinh là 11,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn và cs (2010): tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng rối loạn kinh nguyệt là 46,8%[6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu vào viện với lý do rong huyết chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), tiếp theo là lý do đau hạ vị và phát hiện qua khám phụ khoa (32.5% và 20% theo thứ tự), có 2.5% đối tượng vào viện với lý do bí tiểu. Kết quả này có đôi chút khác biệt với nghiên cứu trước khi cho kết

quả lý do vào viện do rong kinh, rong huyết chiếm cao nhất với 46,3%, do phát hiện qua khám phụ khoa là 40,7% và do đau bụng vùng hạ vị chiếm 13,0%. Đây là sự khác biệt của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: kích thước tử cung của đối tượng nghiên cứu đánh giá bằng khám lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần và to bằng có thai < 8 tuần là 50% và 40% theo thứ tự. So sánh với nghiên cứu của Trần Thanh Hương (2012) với tỷ lệ bệnh nhân có kích thước tử cung khám lâm sàng bình thường là 4,1% [3]. So sánh với nghiên cứu trước: tỷ lệ bệnh nhân có kích thước tử cung khám lâm sàng bằng tử cung có thai to từ 8 - 12 tuần rong nghiên cứu của Trần Thanh Hương (2012) là 61,9%[3]; nghiên cứu của Nguyễn Văn Lưu (2014) là 55,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên (2017) là 56,2%; tử cung to bằng có thai < 8 tuần là 42,5% [1]. Như vậy kích thước tử cung qua khám lâm sàng của chúng tôi cao hơn. Một điều cần quan tâm đó là kích thước và trọng lượng tử cung có ảnh hưởng rõ rệt tới thời gian phẫu thuật.

Hầu hết (72.5%) kết quả xét nghiệm mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu là U xơ tử cung. Còn lại là UXTC kết hợp với u nang và thể lạc nội mạc, Nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên tỉ lệ bệnh nhân nghiên cứu có kết quả xét nghiệm mô bệnh học UXTC là cao nhất chiếm 84,8%; tiếp theo là UXTC và lạc nội mạc tử cung chiếm 12,7% và thấp nhất là sarcome chiếm 2,5% [1]. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn và cs (2010) thì tỉ lệ tổn thương mô bệnh học là UXTC chiếm 54,3%; UXTC + lạc nội mạc tử cung là 40,0% và sarcome là 0,9% [6], như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với tiêu chuẩn đề ra là lựa chọn bệnh nhân UXTC

4.2. Kết quả phẫu thuật cắt tử cung bằng phẫu thuật nội soi. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công (95,0%) cao hơn phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở (5,0%). So sánh với nghiên cứu của Leonard và cs (2005) trên 416 bệnh nhân PTNS cắt tử cung hoàn toàn cho tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở chiếm 7,0%. Nghiên cứu của Park và cs (2011) trên 288 bệnh nhân cắt tử cung hoàn toàn bằng nội soi cho tỷ lệ chuyển mổ mở là 8,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hoa và Trần Thanh Hương trên 90 bệnh nhân cắt tử cung hoàn toàn do UXTC bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108 cho thấy: tỷ lệ PTNS thành công là 92,8%, tỷ lệ chuyển mổ mở là 7,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên (2017) tại

Bệnh viện C Thái Nguyên cho kết quả: tỷ lệ PTNS thành công là 98,7%, có 01 bệnh nhân PTNS chuyển phẫu thuật mở chiếm 1,3% [1].

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả khá phù hợp, hoặc có thể nói là tỷ lệ thành công cao, đây cũng có thể là do chúng tôi chọn đối tượng nghiên cứu khá chặt chẽ, đưa vào nghiên cứu những đối tượng có u xơ nhỏ trên siêu âm, khám thấy di động tốt, không có mô phức tạp trước đó. Thực tế cho thấy: so với phẫu thuật mở qua đường bụng, PTNS cắt tử cung cho đến nay vẫn còn được xem là một loại phẫu thuật khó, cần có trang thiết bị chuyên dụng, phẫu thuật viên kinh nghiệm và kỹ năng PTNS tốt.

Đối với thời gian thực hiện phẫu thuật, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: hầu hết thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu là 60 – 90 phút (chiếm 65.79%), >90 phút chiếm 34.21%, không có trường hợp nào dưới 60 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là 91.25 ± 20.78 phút. Nghiên cứu của Malzoni và cs (2004) thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 95 ± 27 phút. So sánh với nghiên cứu của Lê Anh Phương (2010) về PTNS cắt tử cung cho thời gian phẫu thuật trung bình là $100,0 \pm 20$ phút. Nghiên cứu của Trịnh Hồng Hạnh (2010) cho kết quả thời gian phẫu thuật trung bình $88,27 \pm 27,45$ phút. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hoa và Trần Thanh Hương trên 90 bệnh nhân cắt tử cung hoàn toàn do UXTC bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108 cho thời gian phẫu thuật trung bình là $79,3 \pm 18,5$ phút (45 - 120 phút). Nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên (2017) tại Bệnh viện C Thái Nguyên cho kết quả: thời gian PTNS trung bình là $98,50 \pm 19,99$ phút [1]. So sánh các nghiên cứu trên có thể sơ bộ đánh giá rằng thời gian PTNS cắt tử cung hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối khả quan, có thể do đối tượng của chúng tôi có tỷ lệ kích seo mô cũ ít hơn.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ 4 – 5 ngày là 5.26%; tiếp theo là 6 – 7 ngày chiếm 86.84%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $5,95 \pm 0,73$ ngày. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Lưu (2014) với tỷ lệ bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật ≤ 3 ngày là 0%; 4-5 ngày là 88,0%; ≥ 6 ngày là 12,0%; thời gian nằm viện trung bình là $5,28 \pm 0,74$ ngày. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thành Biên với tỷ lệ bệnh nhân có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ≤ 3 ngày là 0%; từ 4 – 5 ngày là 78,5%; tiếp theo là ≥ 6

ngày chiếm 21,5%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $6,00 \pm 0,94$ ngày [1]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với các nghiên cứu trước. Thực tế lâm sàng, bệnh nhân hồi phục sớm; tuy nhiên, do phương thức thanh toán của BHYT, do nhu cầu bệnh nhân muốn ở lại viện theo dõi và để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân sau mổ mà có kết quả thời gian nằm viện của bệnh nhân nghiên cứu hơi chênh so với khả năng hồi phục của bệnh nhân.

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Biên (2017), Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện C Thái Nguyên, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
2. Dương Thị Cường (2006), Bài giảng Sản phụ khoa, Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Trần Thanh Hương (2012), Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện trung ương quân đội 108, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Vũ Bá Quyết (2012), "Phẫu thuật ung thư niêm mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 4 năm (2008 - 2011)", Tạp chí Y học thực hành, 837 (8), tr.60-62.
5. Cung Thị Thu Thủy, Nguyễn Ngọc Minh, Cao Thị Thúy Anh (2012), "Nghiên cứu các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản trung ương", Tạp chí Y học thực hành, 816(4), tr.109-111.
6. Nguyễn Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Phương Tú (2011), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010", Tạp chí Phụ sản, 9 (3), tr. 51-56.
7. Ahmad A, Qadan L, Hassan N, et al. (2002), "Uterine artery embolization treatment of uterine fibroids: effect on ovarian function in younger women", J Vasc Interv Radiol, 13 (10), pp.1017-1020.
8. Lippman S.A, Warner M, Samuels S, et al. (2003), "Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study", Fertil Steril, 80 (6), pp.1488-1494.
9. Stewart E.A, Cookson C.L, Gandolfo R.A, et al. (2017), "Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review", BJOG, 124 (10), pp.1501-1512.

KẾT QUẢ KHÚC XẠ SAU 5 NĂM ĐIỀU TRỊ BỆNH VỔNG MẠC TRẺ ĐỂ NON BẰNG TIÊM BEVACIZUMAB NỘI NHÃN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Bá Trung¹, Lưu Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Xuân Tịnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả khúc xạ 5 năm sau điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn tại Bệnh viện Nhi trung ương. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả khúc xạ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân mắc bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái 1 đã được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn tại Khoa Mắt, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 02 năm 2018 trở về trước. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu trên 224 mắt của 115 bệnh nhân. **Kết quả:** Khúc xạ tương đương cầu trung bình là $-1,72 \pm 4,17D$, bao gồm: 105 mắt cận thị (47,2%), độ cận thị trung bình là $-3,69 \pm 4,01D$. 30 mắt viễn thị (13,6%), độ viễn thị trung bình là $+2,08 \pm 1,22D$. Có 45 mắt cận thị cao, chiếm 20,2%. Có 7 mắt viễn thị cao, chiếm 3,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ tật khúc xạ ở bệnh nhân bị bệnh võng mạc trẻ đẻ non sau điều trị tiêm nội nhãn cao (60,8%), chủ yếu là cận thị chiếm 47,2%. Có mối liên quan giữa cận thị với tuổi thai, cân nặng khi sinh và giai đoạn bệnh. **Kiến nghị:** Trẻ sau điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non bằng tiêm nội nhãn Bevacizumab cần đi khám sàng lọc thị lực định kỳ để phát hiện sớm và điều trị tật khúc xạ, tránh biến chứng nhược thị

SUMMARY

ASSESSMENT OF REFRACTIVE OUTCOMES AFTER A FIVE-YEAR TREATMENT PERIOD FOR RETINOPATHY OF PREMATURITY WITH INTRAVITREAL BEVACIZUMAB INJECTION AT VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Assessment of refractive outcomes five years post-treatment for retinopathy of prematurity with intraocular Bevacizumab injection at Viet Nam National Children's Hospital. Discussion on related factors impacting refractive results. **Materials and methods:** the study was conducted on patients diagnosed with retinopathy of prematurity type 1 who underwent intravitreal Bevacizumab injection at the Department of Ophthalmology – National Children's Hospital before February 2018. This retrospective cross-sectional descriptive study encompasses 224 eyes of 115 patients. **Results:** The mean spherical equivalent was $-1.72 \pm 4.17D$. This encompassed 105 myopic eyes (47,2%), with an average myopia power

was $-3,69 \pm 4,01D$. Additionally, 30 eyes exhibited hyperopia (13,6%), with an average hyperopia power was $+ 2.08 \pm 1,22D$. Among these, 45 eyes were diagnosed with high myopia, representing 20,2% of the sample, while 7 eyes had high hyperopia, accounting for 3,2%. **Conclusion:** The prevalence of refractive errors among patients who had retinopathy of prematurity treated with intravitreal Bevacizumab injection is considerable, at 60,8%, with myopia being the majority, constituting 47,2% of cases. Furthermore, significant associations exist between the development of myopia and gestational age, birth weight, and disease severity. **Recommendation:** children who have undergone treatment for retinopathy of prematurity with intravitreal Bevacizumab injection need to have routine vision screening to promptly identify and manage refractive errors, thereby preventing the risk of amblyopia complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc trẻ đẻ non (BVMTĐN) là tình trạng bệnh lý tại mắt do quá trình phát triển bất thường của mạch máu võng mạc ở trẻ đẻ non. Bệnh là nguyên nhân quan trọng gây giảm thị lực cũng như mù lòa ở trẻ em^{1,2}.

Trước đây, phương pháp điều trị phổ biến đối với BVMTĐN là quang đông võng mạc bằng laser. Từ năm 2008 trở lại đây, trên thế giới đã có nhiều tác giả báo cáo về kết quả nghiên cứu điều trị BVMTĐN bằng các loại thuốc ức chế tăng sinh tân mạch và cho kết quả rất khả quan, với tỷ lệ khỏi bệnh cao đồng thời hạn chế được các biến chứng sau điều trị.

Một trong những thuốc được sử dụng đầu tiên để điều trị BVMTĐN là Bevacizumab, khi tiêm Bevacizumab nội nhãn, bệnh thoái triển, các mạch máu tiếp tục phát triển gần như trẻ đủ tháng, nên thường cho kết quả tốt nếu được điều trị đúng thời điểm^{3,4}. Trong quá trình khám, điều trị và theo dõi, các tác giả đều nhận thấy, tỷ lệ tật khúc xạ, cận thị, cận thị cao, loạn thị, ở trẻ bị BVMTĐN điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn thấp hơn khi điều trị bằng laser võng mạc và lạnh đông^{5,6}. Năm 2010, tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Xuân Tịnh bắt đầu thử nghiệm tiêm Bevacizumab nội nhãn cho bệnh nhân bị BVMTĐN hình thái 1 và cho kết quả điều trị rất thành công⁷. Năm 2014, tại Bệnh viện Nhi Trung ương bắt đầu điều trị BVMTĐN hình thái 1 bằng Bevacizumab, tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá về kết quả khúc xạ lâu dài sau tiêm. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành

¹Bệnh viện Nhi trung ương

²Bệnh viện Mắt Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Trung

Email: trungnb1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024