

phẫu thuật ở những bệnh nhân ĐBMT ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nam giới.

## V. KẾT LUẬN

Đau bìu mạn tính mức độ nặng có thể ảnh hưởng rất lớn lên hoạt động tình dục ở nam giới. Các bệnh nhân có cơn đau càng lớn trên thang điểm đau càng sẽ bị ảnh hưởng nhiều về mặt tình dục. Cần quan tâm đến các yếu tố tình dục ở bệnh nhân nam ĐBMT. Các rối loạn tình dục có liên quan đến đau bìu có thể được xem xét là một yếu tố cần nhắc trong chỉ định phẫu thuật đau bìu mạn tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ambler N, Williams AC, Hill P, et al.** Sexual difficulties of chronic pain patients. Clin J Pain 2001;17:138-45).
2. **Anderson RU, Wise D, Sawyer T, et al.** Sexual

- dysfunction in men with chronic prostatitis /chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. J Urol 2006;176:1534-8; discussion 1538-9.
3. **Ciftci H, Savas M, Gulum M, et al.** Evaluation of sexual function in men with orchialgia. Arch Sex Behav 2011;40:631-4
4. **Classification of chronic pain.** Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl 1986;3:S1-226.
5. **Flor H, Turk DC, Scholz OB.** Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. J Psychosom Res 1987; 31:63-71
6. **Osborne D, Maruta T.** Sexual adjustment and chronic back pain. Med Aspects Hum Sex 1980;14:94-113
7. **Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, et al.** Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. Eur Urol 2005;47:812-6

# NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Tăng Văn Dũng<sup>1</sup>, Trần Minh Hiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Minh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 309 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 01/01/2022 đến 31/10/2022, có kết quả giải phẫu bệnh là u biểu mô buồng trứng. **Kết quả:** U biểu mô buồng trứng chủ yếu được phẫu thuật nội soi (85,43%). Hầu hết trường hợp có thai có u buồng trứng được phẫu thuật sau 12 tuần (7/9 trường hợp) và 2 trường hợp phẫu thuật cấp cứu trước 12 tuần. Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở (2,26%) do u quá to, dính hoặc ác tính. Nhóm u buồng trứng lành tính, phẫu thuật bóc u chiếm tỷ lệ lớn trong độ tuổi sinh sản (60,87%), phẫu thuật cắt 2 phần phụ chiếm tỷ lệ lớn trong nhóm mãn kinh (63,64%). Nhóm u buồng trứng giáp biên, chủ yếu là phẫu thuật cắt toàn bộ buồng trứng (84,62%). Nhóm ung thư buồng trứng, mổ mở chiếm 58,83% trong đó phẫu thuật triệt để là 52,94%. **Kết luận:** U biểu mô buồng trứng là một trong những vấn đề hay gặp nhất trong lĩnh vực phụ khoa. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí u buồng trứng, đem lại lợi ích cho bệnh nhân. Hướng xử trí trong mổ phụ thuộc

nhieu vào tuổi bệnh nhân và tính chất u trong mổ.

**Từ khóa:** u buồng trứng, u biểu mô buồng trứng, phẫu thuật nội soi

## SUMMARY

### SURGERY RESULT OF OVARIAN EPITHELIAL TUMORS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Study objectives:** Consider surgery result of ovarian epithelial tumors at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study included 309 patients with ovarian tumors diagnosed and treated at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1 to October 31, 2022. Postoperative pathology results were epithelial tumor. **Result:** Ovarian tumors are mainly treated by laparoscopic (85.43%). Most pregnancies with ovarian tumors were operated on after 12 weeks (7/9 cases) and 2 cases had emergency surgery before 12 weeks. Laparoscopic surgery was converted to open surgery (2.26%) because the tumor was too large, adherent or malignant. In the benign ovarian tumor group, cystectomy accounts for a large proportion in the reproductive age group (60.87%), and oophorectomy accounts for a large proportion in the postmenopausal group (63.64%). In the borderline ovarian tumor group, mainly total oophorectomy was performed (84.62%). In the ovarian cancer group, open surgery accounts for 58.83%, of which radical surgery is 52.94%. **Conclusion:** Ovarian epithelial tumors is one of the most commonly masks in women. Laparoscopic surgery is more and more widely used, bringing the benefits to the patients. Intraoperative decision

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

depends largely on patient age and tumor qualities during surgery. **Keywords:** ovarian tumor, ovarian epithelial tumor, laparoscopic surgery

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U buồng trứng (UBT) là bệnh lý phụ khoa có thể gặp ở mọi lứa tuổi người phụ nữ và có xu hướng gia tăng. Năm 2020, trên thế giới tỷ lệ mắc mới của UBT là 6,6%, tỷ lệ tử vong do UBT lên tới 4,2%, số ca UBT mắc ở Việt Nam là 1404 ca/100.000 phụ nữ [1]. Bệnh thường tiến triển lặng lẽ trong thời gian dài và không có dấu hiệu lâm sàng điển hình, nhưng rất dễ dẫn đến các biến chứng đòi hỏi phải can thiệp như xoắn u, vỡ u, chảy máu trong u, nhiễm khuẩn u hay chèn ép tiểu khung... Dựa vào nguồn gốc của u mà các khối UBT được phân loại thành nhiều loại. Trong đó u biểu mô buồng trứng (UBMBT) là loại hay gặp nhất, chiếm khoảng 60% u buồng trứng nói chung và 90% u buồng trứng ác tính nói riêng [2]. Xử trí UBT trước đây nói chung và UBMBT nói riêng thường bằng phẫu thuật mở bụng [3]. Những năm gần đây áp dụng các kỹ thuật hiện đại trong điều trị cụ thể là sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi (PTNS), đặc biệt với các ưu điểm trong PTNS như ít mất máu, ít sang chấn, nhanh bình phục, tính thẩm mỹ cao,... đã được khẳng định, vì vậy phần lớn các bệnh nhân UBT đã được phẫu thuật qua nội soi. PTNS có thể thực

hiện cắt u buồng trứng, bóc tách khối u bảo tồn buồng trứng lành [4]. Để đánh giá kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng trong thời gian gần đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 01/01/2022 đến 31/10/2022, có kết quả giải phẫu bệnh là u biểu mô buồng trứng. Có 309 bệnh nhân được chẩn đoán là u biểu mô buồng trứng có chỉ định can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, so sánh sự khác biệt bằng test  $\chi^2$

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu không can thiệp trên bệnh nhân, chỉ quan sát và ghi chép thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu, đảm bảo sự bí mật thông tin. Kết quả nghiên cứu nhằm đưa ra kiến nghị để phục vụ bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Phân bố kích thước u và phương pháp vào ổ bụng**

**Bảng 3.1. Phân bố kích thước u và phương pháp vào ổ bụng**

KT u	PPVOB		Nội soi		Mổ mở		PTNS→ Mở		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<50 mm	17	6,44	0	0	0	0	17	5,5	0,0001		
50-100mm	197	74,62	17	44,74	3	42,86	217	70,23			
>100 mm	50	18,94	21	55,26	4	57,14	75	24,27			
Tổng	264	100	38	100	7	100	309	100			

**Nhận xét:** Trong trường hợp mổ nội soi, tỷ lệ bệnh nhân có u từ 50-100mm là 74,62% và có 18,94% bệnh nhân có u > 100mm. Trong trường hợp mổ mở, 55,26% bệnh nhân có u > 100mm chiếm và 44,74% bệnh nhân có u từ 50-100mm. Trong nhóm PTNS có 42,86% u từ 50-

100mm và 57,14% u > 100mm. Tỷ lệ kích thước u của phương pháp vào bụng khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.2. Phương pháp vào ổ bụng và các thể giải phẫu bệnh u**

**Bảng 3.2. Phương pháp vào ổ bụng và các thể giải phẫu bệnh u**

Thể GPB	PPVOB		Nội soi		PTNS→ Mở		Mổ mở		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
U lành tính	251	89,96	5	1,79	23	8,25	279	90,29	0,00		
U giáp biên	7	53,85	1	7,69	5	38,46	13	4,21			
U ác tính	6	35,29	1	5,88	10	58,83	17	5,5			

**Nhận xét:** Trong nhóm u lành tính, tỷ lệ mổ nội soi cao nhất chiếm 89,96%. Trong nhóm u giáp biên, tỷ lệ mổ nội soi là 53,85%, tỷ lệ mổ mở là 38,46%. Trong nhóm u ác tính tỷ lệ mổ

mở cao nhất là 58,83%, sau đó là 35,29% mổ nội soi. Tỷ lệ các thể giải phẫu bệnh của phương pháp vào ổ bụng là khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.3. Phương pháp vào ổ bụng và tình trạng có thai**

**Bảng 3.3. Phương pháp vào ổ bụng và tình trạng có thai**

PPVOB	Nội soi		Mổ mở		PTNS→ Mở		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thai nghén								
Không có thai	257	83,17	36	11,65	7	2,27	300	97,09
Thai <12 tuần	1	0,32	1	0,32	0	0	2	0,64
Thai 13-14 tuần	6	1,95	0	0	0	0	6	1,95
Thai >14 tuần	0	0	1	0,32	0	0	1	0,32

**Nhận xét:** Có 9 trường hợp được chẩn đoán có thai trong nghiên cứu, trong đó có 6 bệnh nhân có thai 13 -14 tuần và 2 bệnh nhân có thai <12 tuần, tuổi thai lớn nhất là 18 tuần, tuổi thai nhỏ nhất là 6 tuần, tỷ lệ mổ nội soi là 87,5% (7/8) trường hợp, 1 trường hợp mổ mở. Có 1 bệnh nhân có thai 18 tuần mổ mở.

**3.4. Phân bố độ tuổi và phương pháp can thiệp khối u**

**Bảng 3.4. Phân bố độ tuổi và phương pháp can thiệp khối u**

Phương pháp can thiệp	Nhóm tuổi < 50 tuổi		Nhóm tuổi ≥ 50 tuổi		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bóc u	168	68,57	1	1,56	169	54,69	0,000
Cắt buồng trứng	8	3,27	3	4,69	11	3,56	
Cắt phần phụ 1 bên	54	22,04	4	6,25	58	18,77	
Cắt phần phụ 2 bên	3	1,22	46	71,88	49	15,86	
Cắt TC + PP	5	2,04	2	3,13	7	2,27	
Cắt TC + 2PP + MNL	5	2,04	8	12,5	13	4,21	
Sinh thiết u	2	0,82	0	0	2	0,65	
<b>Tổng</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân ≥ 50 tuổi, chủ yếu các trường hợp là cắt phần phụ 2 bên chiếm 71,88%; có 1 trường hợp bóc u buồng trứng chiếm 1,56%. Nhóm trường hợp bóc u buồng trứng chủ yếu ở bệnh nhân < 50 tuổi có 168/169 bệnh nhân chiếm 99,41%. Còn lại một số ít cắt tử cung là có kèm theo u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung hay ung thư buồng trứng (cắt cả mạc nối lớn). Tỷ lệ các phương pháp can thiệp u của nhóm tuổi là khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.5. Phương pháp can thiệp khối u và tình trạng mãn kinh**

**Bảng 3.5. Phương pháp can thiệp khối u và tình trạng mãn kinh**

Phương pháp can thiệp	Tình trạng Chưa mãn kinh		Tình trạng Mãn kinh		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bóc u	168	60,87	1	3,03	169	54,69	0,000
Cắt buồng trứng	11	3,99	0	0	11	3,56	
Cắt phần phụ 1 bên	56	20,29	2	6,06	58	18,77	
Cắt phần phụ 2 bên	28	10,14	21	63,64	49	15,86	
Cắt TC + PP	7	2,54	0	0	7	2,27	
Cắt TC + 2PP + MNL	4	1,45	9	27,27	13	4,21	
Sinh thiết u	2	0,72	0	0	2	0,65	
<b>Tổng</b>	<b>276</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân mãn kinh đa số các trường hợp là cắt phần phụ 2 bên chiếm 21/33 bệnh nhân (63,64%), chỉ có 1 trường hợp bóc u (3,03%). Có 9 trường hợp cắt tử cung + 2 phần phụ + mạc nối lớn chiếm 27,27% phần lớn là do ung thư buồng trứng. Nhóm bóc u cũng chủ yếu ở độ tuổi chưa mãn kinh chiếm 168/169 bệnh nhân (99,41%). Tỷ lệ các phương pháp can thiệp u của tình trạng mãn kinh là khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**3.6. Các thể giải phẫu bệnh và phương pháp can thiệp u**

**Bảng 3.6. Các thể giải phẫu bệnh u và phương pháp can thiệp u**

Phương pháp can thiệp	Thể bệnh Lành tính		Thể bệnh Giáp biên		Thể bệnh Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bóc u	165	59,14	2	15,38	2	11,76	169	54,69	0,00
Cắt buồng trứng	9	3,23	2	15,38	0	0,00	11	3,56	
Cắt phần phụ 1 bên	51	18,28	4	30,78	3	17,65	58	18,77	

Cắt phần phụ 2 bên	45	16,13	3	23,07	1	5,88	49	15,86
Cắt TC + PP	7	2,51	0	0,00	0	0,00	7	2,27
Cắt TC + 2PP + MNL	2	0,72	2	15,38	9	52,94	13	4,21
Sinh thiết u	0	0,00	0	0,00	2	11,76	2	0,65
<b>Tổng</b>	<b>279</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>309</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nhóm u lành tính, phẫu thuật bóc u có tỷ lệ cao nhất chiếm 59,14% ( $p < 0,05$ ), tiếp theo là cắt phần phụ 1 bên (18,28%) và cắt phần phụ 2 bên (16,13%). Chỉ định cắt tử cung kèm theo chiếm tỷ lệ nhỏ do có kèm theo u xơ hoặc bệnh tuyến cơ tử cung. Đối với nhóm bệnh nhân u giáp biên tỷ lệ cắt phần phụ 1 bên là 30,78% và cắt 2 phần phụ là 23,07%. Còn lại là cắt buồng trứng (15,38%) hay cắt tử cung + 2 phần phụ + mạc nối lớn (15,38%) hoặc là bóc u (15,38%). Với nhóm bệnh nhân u ác tính chủ yếu là cắt tử cung + 2 phần phụ + mạc nối lớn chiếm 52,94% ( $p < 0,05$ ). Có 2 trường hợp bóc u chiếm 11,76%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Nhận xét phương pháp vào ổ bụng

**Mối liên quan giữa kích thước u và phương pháp vào ổ bụng.** Qua kết quả của bảng 3.1, ta thấy phương pháp mổ nội soi chủ yếu với nhóm u từ 50-100mm chiếm 74,62% và 18,94% là nhóm u >100mm; phương pháp mổ mở chủ yếu là nhóm u có kích thước >100mm chiếm 55,26% và 07 trường hợp nội soi chuyển mổ mở chủ yếu cũng ở nhóm u có kích thước >100mm chiếm 57,14%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Có thể thấy kích thước khối u ảnh hưởng đến phương pháp vào bụng và đặc biệt trong sự thành công của PTNS. Chúng tôi thấy rằng với những khối có kích thước quá lớn, tiên lượng việc vào bụng với trocar 10 đầu tiên khó khăn vì có thể chạm u gây vỡ u có thể lan tràn các tế bào u trong ổ bụng và kích thước u quá lớn có thể làm giảm phẫu trường trong quá trình nội soi. Theo nghiên cứu của Đỗ Khắc Huỳnh trong 03 bệnh nhân chuyển mổ mở đều do khối u có kích thước lớn [4]. Theo Marana một trong những nguyên nhân chuyển mổ mở cũng do kích thước khối u lớn [5].

**Mối liên quan giữa thể giải phẫu bệnh và phương pháp vào ổ bụng.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm u lành tính, PTNS là phương pháp vào bụng chủ yếu chiếm 89,96% trong khi đó trong nhóm u ác tính phương pháp mổ mở là chủ yếu chiếm 58,83%, Tỷ lệ các thể giải phẫu bệnh của phương pháp vào ổ bụng là khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Qua đó cho thấy các thể giải phẫu bệnh có ảnh hưởng đến phương pháp vào ổ bụng. Đối

với những khối u có tính chất đơn giản, mang đặc điểm của một u lành tính được phẫu thuật viên ưu tiên lựa chọn PTNS, còn những khối u mang tính chất phức tạp hơn, tiên lượng gây khó khăn hơn trong phẫu thuật được lựa chọn mổ mở. Do vậy việc định hướng độ ác tính của u buồng trứng dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến hướng điều trị khối u đặc biệt là phương pháp vào ổ bụng.

##### Mối liên quan giữa tình trạng có thai và phương pháp vào ổ bụng.

Nguyên tắc xử trí khối u buồng trứng thực thể ở phụ nữ có thai trừ những trường hợp có u gây biến chứng phải mổ cấp cứu ngay, còn lại nên phẫu thuật vào ba tháng giữa của thai kỳ dù có biến chứng hay không nhằm giảm tỷ lệ sảy thai, ngăn ngừa biến chứng của u và có phẫu trường thuận lợi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các y văn. Qua bảng 3.3, kết quả cho thấy có 09 trường hợp có thai có u buồng trứng được phẫu thuật, trong đó có 07 trường hợp có thai >12 tuần được phẫu thuật mổ phiến và 02 trường hợp có thai <12 tuần được mổ cấp cứu. Trong 02 trường hợp mổ cấp cứu, 01 trường hợp UBT xoắn 3 vòng được PTNS cấp cứu cắt phần phụ và 01 trường hợp UBT với kích thước 200mm gây đau bụng cấp tính cho người bệnh phải phẫu thuật mổ mở. Trong 07 trường hợp có thai >12 tuần, có 06 trường hợp thai 13-14 tuần được PTNS và 01 trường hợp thai 18 tuần mổ mở. Chúng tôi thấy rằng với những bệnh nhân có thai, tử cung tăng kích thước cùng với khối u có kích thước lớn, tiên lượng PTNS gặp nhiều khó khăn hơn, việc vào ổ bụng với trocar 10 đầu tiên có thể chạm u gây vỡ u có thể lan tràn các tế bào u trong ổ bụng và kích thích tử cung co bóp hoặc có thể chạm vào tử cung gây tổn thương tử cung, chính bởi vậy cần có kế hoạch thời điểm phẫu thuật rõ ràng, tư vấn đầy đủ nguy cơ cho bệnh nhân và gia đình.

##### 4.2. Nhận xét phương pháp can thiệp khối u

**Mối liên quan giữa tuổi và phương pháp can thiệp u.** Hầu hết bệnh nhân trong nhóm tuổi >50 thì chỉ còn 01 ca bóc u và chủ yếu là cắt 2 phần phụ chiếm 71,88%. Ngược lại, với nhóm <50 tuổi chủ yếu sử dụng phương pháp phẫu thuật bóc u, chiếm 68,57%. Trong nhóm bệnh nhân < 50 tuổi, có 3 trường hợp cắt 2 phần

phụ do trong đó có 1 bệnh nhân 48 tuổi nhưng đã mãn kinh và 2 bệnh nhân 33 tuổi được chẩn đoán trước mổ nghi ngờ ác tính và trong mổ hội chẩn giải phẫu bệnh nghĩ nhiều đến u giáp biên nên được cắt 2 phần phụ và mạc nối lớn gửi giải phẫu bệnh cho kết quả là u giáp biên. Đây là những trường hợp trẻ tuổi nhưng hướng xử trí đã được thực hiện dựa trên kết quả sinh thiết tức thì trong mổ.

Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Minh năm 2021 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là hầu hết bệnh nhân trong nhóm tuổi <40 tuổi đều sử dụng phương pháp phẫu thuật bóc u, chiếm 81,6%. Ngược lại, với nhóm tuổi 40 - 60 tỷ lệ bóc u chỉ còn là 29,7%, và đến nhóm tuổi > 60 thì không còn ca bóc u nào [6]

**Mối liên quan giữa tình trạng mãn kinh và phương pháp can thiệp u.** Hầu hết bệnh nhân trong nhóm tuổi chưa mãn kinh chủ yếu sử dụng phương pháp phẫu thuật bóc u, chiếm 60,87%. Ngược lại, với nhóm tuổi mãn kinh thì chỉ còn 1 ca bóc u và chủ yếu là cắt 2 phần phụ chiếm 63,64%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với 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 kinh [7].

Như vậy, theo kết quả nghiên cứu của các tác giả trước và kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi thấy rằng phẫu thuật nội soi trong u nang buồng trứng có sự biến đổi một cách rõ nét theo tuổi. Phẫu thuật bóc u là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân trẻ tuổi, những người chưa có con hoặc đang mong con. Điều này có ý nghĩa vô cùng to lớn cho hoạt động nội tiết của người phụ nữ cũng như duy trì khả năng sinh sản của họ. Còn với những phụ nữ lớn tuổi, đã mãn kinh, việc cắt 2 phần phụ là lựa chọn thường được ưu tiên.

**Mối liên quan giữa các thể giải phẫu bệnh và phương pháp can thiệp u.** Phần lớn u buồng trứng lành tính được phẫu thuật bóc u (59,14%), còn lại sẽ là cắt phần phụ 1 bên (18,28%) hoặc cắt 2 phần phụ (16,13%) tùy theo tuổi. Một số ít được chỉ định cắt tử cung và phần phụ (2,51%) hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ (0,72%) do có các bệnh lý như u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung hay tổn thương cổ tử cung kèm theo. Một vài trường hợp cắt buồng trứng do khối u to không quan sát thấy tổ chức buồng trứng lành còn lại.

Đối với nhóm u buồng trứng giáp biên, có

15,38% trường hợp (2 trường hợp) phẫu thuật bóc u bảo tồn buồng trứng với 2 bệnh nhân chưa đủ 2 con, còn lại được phẫu thuật triệt để là cắt phần phụ 1 bên (30,78%), cắt 2 phần phụ (23,07%), cắt buồng trứng (15,38%) và cắt tử cung, 2 phần phụ kèm mạc nối lớn (15,38%) với những bệnh nhân đã có đủ con.

Đối với ung thư buồng trứng, đa số sẽ phẫu thuật cắt tử cung, phần phụ và mạc nối lớn (52,94%). Có 2 trường hợp ung thư buồng trứng nhưng lại bóc u buồng trứng do không nghi ngờ ác tính trước mổ, kết quả mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung độ thấp, sau đó bệnh nhân được phẫu thuật mở lần 2 cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ và mạc nối lớn. Và có 3 trường hợp trước mổ là cắt phần phụ 1 bên do chẩn đoán trước mổ có tính chất lành tính nên khi mô bệnh học trả về là ung thư, bệnh nhân được phẫu thuật lần 2 cắt tử cung, phần phụ còn lại và mạc nối lớn. Sau đó các bệnh nhân được chuyển điều trị hóa chất theo phác đồ. Có 2 trường hợp được sinh thiết khối u được chẩn đoán trước mổ là ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa, nên được phẫu thuật nội soi thăm dò thấy xâm lấn nhiều trực tràng, đại tràng và phúc mạc nên được sinh thiết khối u gửi giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch cho kết quả là UTBM thanh dịch độ cao và UTBM tuyến kém biệt hóa có nguồn gốc từ buồng trứng. Sau đó bệnh nhân được chuyển điều trị hóa chất theo phác đồ.

Do kết quả chẩn đoán hình ảnh rất gần với kết quả mô bệnh học nên mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và chẩn đoán hình ảnh cũng giống như giữa phương pháp phẫu thuật và kết quả mô bệnh học.

## V. KẾT LUẬN

U buồng trứng là một trong những vấn đề hay gặp nhất trong lĩnh vực phụ khoa. Phương pháp vào ổ bụng phụ thuộc vào kích thước u, tiên lượng tính chất u và tình trạng có thai, phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí u buồng trứng. Hướng xử trí trong mổ phụ thuộc nhiều vào tuổi bệnh nhân và tính chất u trong mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hyuna Sung 1, Jacques Ferlay 2, Rebecca L Siegel, et al.** Global Cancer Statistics 2020. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. Doi: 10.3322/Caac.21660. Epub 2021 Feb 4.
2. **Jaime Prat.** Pathology of Cancers of the Female Genital Tract. FIGO Cancer Reports 2015. 30 September 2015.
3. **Phan Trường Duyệt** (2015). Phẫu Thuật Sản

- Phụ Khoa. Nhà xuất bản Y học.
- Đỗ Khắc Huỳnh.** 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 sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
  - Marana R et al.** Laparoscopic Excision of Adnexal Masses. Jam Assoc Gynecol Laparosc; 2004 May 11(2), Pp, 162-166.
  - Nguyễn Tuấn Minh.** Một số đặc điểm lâm sàng và phương kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
  - Nguyễn Duy Quang.** Nhận xét điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2009. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.

## NGHIÊN CỨU VAI TRÒ XQUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN THÙNG TÁ TRÀNG

Phạm Nguyên Vũ<sup>1</sup>, Nghiêm Phương Thảo<sup>1</sup>,  
Bùi Anh Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Võ Đăng Khoa<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh trên Xquang cắt lớp vi tính (XQCLVT) và xác định giá trị các đặc điểm hình ảnh XQCLVT trong chẩn đoán thủng tá tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán thủng tá tràng được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trưng Vương từ 01/01/2021 đến ngày 31/10/2023. Các dấu hiệu trên XQCLVT được so sánh với kết quả phẫu thuật. **Kết quả:** Có 39 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó 26 bệnh nhân thủng tá tràng được xác định trên phẫu thuật. Độ tuổi dao động từ 14-88 tuổi, tuổi trung vị là 58 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-59 tuổi (38,46%), nhóm  $\leq 40$  tuổi và  $>80$  tuổi cùng chiếm 15,4%. Chẩn đoán lâm sàng chủ yếu là theo dõi thủng tạng rỗng +/- viêm phúc mạc, chiếm 71,8%. Trên XQCLVT, khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu thường gặp nhất (84,6%), độ nhạy của dấu hiệu này cũng cao nhất (88,5%) nhưng độ đặc hiệu thấp (23,1%). Dấu hiệu ít gặp nhất là abscess khu trú quanh tá tràng (2,6%) với độ nhạy thấp nhất (0%) nhưng độ đặc hiệu cao nhất (92,3%). Độ nhạy và độ đặc hiệu của các dấu hiệu khác trên XQCLVT lần lượt là: Khí khu trú quanh tá tràng (độ nhạy 69,2% và độ đặc hiệu 76,9%), khí tự do ổ bụng (độ nhạy 88,5% và độ đặc hiệu 23,1%), dịch khu trú quanh tá tràng (độ nhạy 42,3% và độ đặc hiệu 84,6%), dịch tự do ổ bụng (độ nhạy 76,9% và độ đặc hiệu 7,7%), dày thành tá tràng (độ nhạy 26,9% và độ đặc hiệu 69,2%). Khi kết hợp hai dấu hiệu mất liên tục thành tá tràng và khí khu trú quanh tá tràng độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương xấp xỉ 100%. **Kết luận:** XQCLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán thủng tá tràng.

**Từ khóa:** Xquang cắt lớp vi tính, thủng tá tràng.

### SUMMARY

#### ROLE OF MDCT IN DIAGNOSTIC OF

<sup>1</sup>Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Phòng khám Đa khoa Chí Thanh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyên Vũ

Email: vuphammd@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

### DUODENAL PERFORATION

**Objective:** The purpose of this study was to describe CT scan features characteristics and determine the value of these features in diagnostic of duodenal perforation. **Methods:** Prospective cross-sectional research. All patients diagnosed with duodenal perforation who visited Trưng Vương hospital from 01/01/2021 to 31/10/2023 were examined for Multidetector computed tomography (MDCT). MDCT imaging results were compared with surgical findings. **Result:** there were 39 patients meeting the selection criteria, of which 26 patients with duodenal perforation were identified at surgery. Age ranged from 14-88 years, median age was 58 years. The most common age group is 40-59 years old (38.46%), group  $\leq 40$  years old and  $>80$  years old together account for 15.4%. Clinical diagnosis is mainly monitoring duodenal perforation +/- peritonitis, accounting for 71.8%. Among CT features, free abdominal air is the most common sign (84.6%), with the highest sensitivity (88.5%) but the low specificity (23.1%). The least common sign is abscess adjacent to the duodenum (2.6%) with the lowest sensitivity (0%) but highest specificity (92.3%). The sensitivity and specificity of other features are respectively: focal air accumulation next to the duodenum (sensitivity 69.2% and specificity 76.9%), free abdominal air (sensitivity of 88, 5% and specificity of 23.1%), focal fluid next to the duodenum (sensitivity of 42.3% and specificity of 84.6%), abdominal free fluid (sensitivity of 76.9% and specificity of 7.7%), duodenal wall thickening (sensitivity of 26.9% and specificity of 69.2%). Combining the duodenal wall defect and focal air accumulation next to the duodenum, the specificity and positive predictive value are approximately 100%. **Conclusion:** MDCT has an important role in diagnosing duodenal perforation.

**Keywords:** MDCT, duodenal perforation.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tá tràng là tình trạng bệnh cấp cứu đòi hỏi phải xử trí và can thiệp ngoại khoa càng sớm càng tốt khi có chẩn đoán. Thực tế trên lâm sàng khó có thể chẩn đoán chính xác vị trí thủng vì tùy theo thời gian thủng, triệu chứng có thể