

antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006;34(6):1589-1596.

doi:10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9

5. **Vũ Hải Yên.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả của liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận văn Thạc sĩ. Published online 2012:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Trần Văn Quý.** Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ. Published online 2019:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Hoàng Văn Quang.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận án Tiến sĩ. Published online 2011:Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

8. **Fabrice Daviaud, David Grimaldi, Agnès Dechartres, Julien Charpentier, Guillaume Geri, Nathalie Marin, Jean-Daniel Chiche, Alain Cariou, Jean-Paul Mira & Frédéric Pène.** Timing and causes of death in septic shock | Annals of Intensive Care | Full Text. Published 2013 2008. Accessed April 18, 2021. <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-015-0058-8>
9. **Marshall, John C, Cook, Deborah J, Chirstou, Nicolas V, Gordon R, Sprung, Charles, Sibbald, William.** Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med. 23(10), pp.1638-1652.
10. **Lê Văn Ký.** Đánh giá tác dụng của Noradrenaline truyền tĩnh mạch trong điều trị sốc nhiễm khuẩn. Luận văn thạc sĩ y học. 1997;Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

PHẪU THUẬT BÓC U XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Dương Đức Thắng^{1,2}, Nguyễn Tuấn Minh¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét phương pháp phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng nghiên cứu:** 217 bệnh nhân UXCTC, được phẫu thuật bóc u, và giải phẫu bệnh là UXCTC lành tính tại BVPSTW từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật nội soi bóc UXCTC là 25,3%, mổ mở bóc u là 66,9%, nội soi chuyển mổ mở chiếm 7,8%. Có 6 bệnh nhân phải cắt tử cung (2,8%). Trong đó 3 bệnh nhân dưới 40 tuổi. Có 3 bệnh nhân chưa đủ con: 1 bệnh nhân có 1 con, đặc biệt có tới 2 bệnh nhân chưa có con nào. Các nguyên nhân dẫn đến bảo tồn tử cung thất bại bao gồm như: Dính, chảy máu, u to, và gặp nhiều nhất là ở các vị trí khó để bóc u như u mặt sau, ở eo tử cung, nằm sâu trong cơ và dây chằng rộng (68,8%). Số bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung mổ mở bóc u chiếm 9,2% (20/217), cao hơn nhóm nội soi bóc u 1,8%(4/217). **Kết luận:** Tỷ lệ phẫu thuật nội soi bóc UXCTC là 25,3%, nội soi chuyển mổ mở chiếm 7,8%. Có 2,8% bảo tồn tử cung thất bại Số bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung mổ mở bóc u chiếm 9,2%, cao hơn nhóm nội soi bóc u 1,8%.

Từ khóa: Bóc u xơ cơ tử cung, phẫu thuật.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Lâm

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Thắng

Email: duchangdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

MYOMECTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (NHOG)

Objective: To review the surgical approaches of myomectomy be operated at NHOG. **Subjects:** 217 patients had uterine leiomyomas, underwent the surgical procedure to remove uterine fibroids, had pathology results was benign uterine leiomyomas, at NHOG from January to December of 2021. **Methodology:** observational study. **Results:** The rate of patients had laparoscopic myomectomy was 25.3%; these rate for abdominal myomectomy was 66.9%, these rate for laparoscopic surgery changed to abdominal myomectomy was 7.8%. There were 6 patients underwent hysterectomy (2.8%); where 3 patients were under 40 years old; 3 patients did not get the ideal number of children: 1 patient had 1 child, particularly 2 patients had no child. The reasons of uterine preservation fail included: abdominal adhesion, blood loss, large sized myomas, and the common reason was the myomas' location was difficult to perform the surgery, such as the uterus posterior, the uterus isthmus, the fibroid is deep within the muscular layer of the uterus, and the board ligament (68.8%). The rate of patients had uterine mucosal damage after open abdominal myomectomy was 9.2% (20/217), was higher than those had laparoscopic myomectomy (1.8%; 4/217). **Conclusions:** The rate of patients underwent laparoscopic myomectomy was 25.3%, %, these rate for laparoscopic surgery changed to abdominal myomectomy was 7.8%. There was 2.8% of patients had failure of uterine preservation. The rate of patients had uterine mucosal damage due to abdominal myomectomy was 9.2%, higher than those had laparoscopic myomectomy 1.8%.

Keywords: myomectomy, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (UXCTC) là khối u lành tính ở tử cung, do tổ chức cơ trơn tạo nên, tỷ lệ gặp 20-30% ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ¹.

UXCTC có thể gây ra các biến chứng trong thai nghén như tình trạng sảy thai, thai chậm tăng trưởng... cũng như các biến chứng trong cuộc đẻ và hậu sản. Khi đã có biến chứng của UXCTC cần phải can thiệp, để bảo tồn tử cung sẽ tiến hành bóc UXCTC làm giảm tối đa các triệu chứng do u gây nên cho phép bảo tồn tử cung, duy trì khả năng sinh sản. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn phải chịu nguy cơ tái phát sau điều trị bóc u.^{2,3}

Trước đây bóc u chủ yếu được thực hiện qua phẫu thuật mở bụng, gắn dây bóc u qua nội soi giúp giảm thời gian nằm viện, số lượng thuốc kháng sinh, giảm đau, giảm biến chứng và đảm bảo tính thẩm mỹ.^{4,5} Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật bóc u phù hợp để đảm bảo an toàn cho người bệnh dựa vào đâu, là một vấn đề cần có câu trả lời, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Phẫu thuật bóc UXCTC tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương" với mục tiêu: Nhận xét phương pháp phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: 217 bệnh nhân UXCTC, được phẫu thuật bóc u, và giải phẫu bệnh là UXCTC lành tính tại BVPSTW từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021.

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: số người bệnh tối thiểu cần được nghiên cứu để đảm bảo số liệu nghiên cứu có đủ độ tin cậy; p: tỷ lệ phẫu thuật bóc UXCTC là 30.7%⁶; p=0,307; ε: mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu với tham số quần thể; ε = 0,2

α: mức ý nghĩa thống kê, chọn α = 0,05, tương ứng với độ tin cậy là 95%. Z: giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị (α = 0,05).

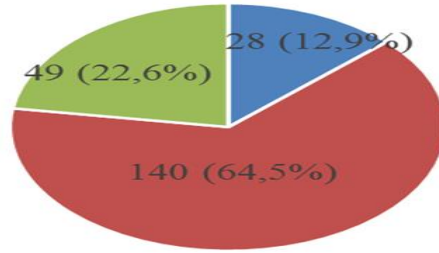
Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 217 người bệnh.

Phân tích xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không có bất kì sự can thiệp nào trên bệnh nhân, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

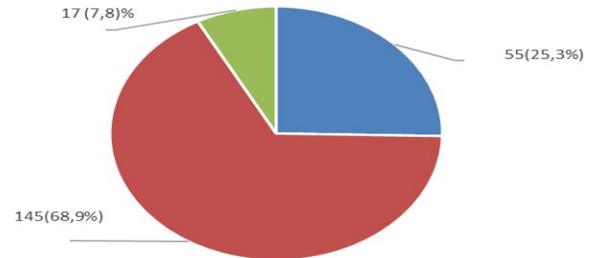


Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: - Tỷ lệ bóc UXCTC ở nhóm có độ tuổi trung bình từ 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 140/217 (chiếm 64,5%).

- Trẻ nhất là 17 tuổi. Lớn tuổi nhất là 50 tuổi. Tuổi trung bình 34,5±5,7 tuổi.

3.2. Các phương pháp bóc UXCTC



Biểu đồ 3.2. Các phương pháp phẫu thuật bóc u

Nhận xét: - Mổ mở bóc u chiếm tỷ lệ 68,9%(145/217). Nội soi bóc u có tỷ lệ 25,3%.

- Có 17 trường hợp phải chuyển bóc u từ nội soi sang mổ mở chiếm 7,8%.

3.3. Lý do nội soi chuyển mổ mở

Bảng 3.1. Lý do nội soi chuyển mổ mở

| Lý do | | N | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|------------------------|-----------|-------------|
| Đính | | 2 | 12,5 |
| Chảy máu | | 2 | 12,5 |
| Kích thước hơn 10cm | | 2 | 12,5 |
| Vị trí u 11 (68,8%) | U mặt sau | 2 | 12,5 |
| | U ở eo tử cung | 3 | 18,8 |
| | U nằm sâu trong cơ | 3 | 18,8 |
| | U trong dây chằng rộng | 3 | 18,8 |
| Tổng | | 17 | 100% |

Nhận xét: Số bệnh nhân chuyển từ nội soi bóc u sang mổ mở là 17/217, chiếm 7,8%

-Các nguyên nhân dẫn đến chỉ định trên bao gồm như: Đính, chảy máu, u kích thước lớn, và các vị trí khó để bóc u như u mặt sau, ở eo tử cung, nằm sâu trong cơ và dây chằng rộng.

3.4. Đặc điểm của bệnh nhân phải cắt tử cung

Bảng 3.2. Đặc điểm của những bệnh nhân cắt tử cung

| Đặc điểm | | Số bệnh nhân (n=6) |
|------------------------|----------------------|--------------------|
| Tuổi | <=30 tuổi | 1 |
| | 31-40 tuổi | 2 |
| | >=41 tuổi | 3 |
| Số con | Chưa có con | 2 |
| | Có 1 con | 1 |
| | Có 2 con | 2 |
| Số lượng u | >=3 con | 1 |
| | 1 u | 1 |
| | 2 u | 1 |
| Vị trí u | >=3 u | 4 |
| | Mặt trước đáy | 1 |
| Kích thước u | Phối hợp | 5 |
| | <4cm | 1 |
| | 4-6cm | 1 |
| | 6-8cm | 1 |
| Phương pháp phẫu thuật | >=8cm | 3 |
| | Nội soi | 2 |
| | Mổ mở | 2 |
| | Nội soi chuyển mổ mở | 2 |

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung chuyển sang chỉ định cắt tử cung có 6 bệnh nhân, trong đó có 1 bệnh nhân dưới 30 tuổi. Có 3 bệnh nhân chưa đủ con: 1 bệnh nhân có 1 con, đặc biệt có tới 2 bệnh nhân chưa có con nào.

3.5. Tổn thương niêm mạc tử cung với phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.3. Đặc điểm của bệnh nhân có tổn thương niêm mạc tử cung

| Đặc điểm | | Số bệnh nhân (n=29) |
|----------------|-------------|---------------------|
| Số con | Chưa có con | 7 |
| | Có 1 con | 6 |
| | Có 2 con | 12 |
| | >=3 con | 4 |
| Số lượng u | 1 u | 20 |
| | 2 u | 3 |
| | >=3 u | 6 |
| Kích thước u | <4cm | 6 |
| | 4-6cm | 7 |
| | 6-8cm | 8 |
| | >=8cm | 8 |
| Phân loại FIGO | L2 | 7 |
| | L3 | 8 |
| | L4 | 5 |
| | L5 | 2 |
| | L2-5 | 5 |
| | L3-5 | 2 |

Nhận xét: Có 13 bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung chưa có đủ con, đặc biệt trong đó có 7 bệnh nhân chưa có con

Các u ở vị trí sát niêm mạc tử cung chiếm số lượng 23 ca tương ứng phân loại FIGO L2, L3, L2-5, L3-5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố theo tuổi. Từ biểu đồ 3.1 bệnh nhân được phẫu thuật bóc u tập trung nhiều nhất ở nhóm 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ 64,5%. Trẻ nhất là 17 tuổi. Lớn tuổi nhất là 50 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân bóc u là $34,5 \pm 5,7$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi phẫu thuật bóc u khá cao, chiếm 77,4%. Việc bảo tồn tử cung ở tuổi trẻ có ý nghĩa rất lớn về chức năng sinh sản và chất lượng cuộc sống của những phụ nữ trong độ tuổi này.

Khi gần tuổi mãn kinh bệnh nhân dễ bị rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt trên cơ địa có UXCTC thì tình trạng đó càng tăng lên, mặt khác khi tuổi bệnh nhân càng cao có thể tăng thêm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung, cho nên sau độ tuổi 45 thường có chỉ định cắt tử cung. Tuy nhiên trong nghiên cứu này có 10 bệnh nhân trên 45 tuổi bóc UXCTC, và đặc biệt có 1 bệnh nhân 50 tuổi phẫu thuật bóc u. Với những trường hợp này việc bóc u sẽ có nhiều nguy cơ về sau này như tình trạng tái phát u sau bóc, rối loạn kinh nguyệt, nguy cơ ung thư nội mạc tử cung, nguy cơ cắt tử cung sau này. Cũng có thể xuất phát từ mong muốn bóc u, bảo tồn tử cung để đảm bảo vấn đề tâm sinh lý của bệnh nhân, tuy nhiên các bác sĩ cũng cần chỉ định chặt chẽ, cân nhắc kỹ và tư vấn thật rõ ràng các nguy cơ về sau này cho bệnh nhân.

4.2. Phân bố các phương pháp phẫu thuật. Theo biểu đồ 3.5 số bệnh nhân phẫu thuật nội soi bóc u chiếm tỷ lệ 25,3%, tỷ lệ mổ mở bóc u chiếm tỷ lệ 66,9%, và có 7,8% bệnh nhân phải chuyển từ nội soi sang mổ mở.

Có 17 trường hợp chiếm 7,8% số bệnh nhân phải chuyển nội soi sang mổ mở. Tỷ lệ này không cao, đây đều là những trường hợp tiên lượng khó khăn trước mổ, nên trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên đã chuyển mổ mở để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

4.3. Lý do nội soi chuyển mổ mở. Có 17/217 bệnh nhân chuyển từ nội soi sang mổ mở chiếm 7,8%, các nguyên nhân nội soi chuyển mổ mở như dính, chảy máu, u kích thước lớn, vị trí u ở các vị trí khó như mặt sau, eo, sâu trong cơ hoặc u nằm sâu trong dây chằng rộng. So với các nguyên cứu trước đây của các tác giả có tại

biến về chảy máu như: Nguyễn Thị Phương Loan 1,1%.⁷, Trần Thị Mai Anh 1,2%.⁸

Siêu âm giúp xác định vị trí u, nhưng lại phụ thuộc nhiều vào trình độ và kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm. Và trong quá trình bóc u, nếu thấy nội soi khó khăn phẫu thuật viên sẽ chuyển mổ mở để đảm bảo an toàn.

4.4. Tỷ lệ bảo tồn tử cung thành công.

Theo biểu đồ 3.6 tỷ lệ bảo tồn được tử cung là 97,2%, có 6 bệnh nhân chiếm 2,8% tổng số phẫu thuật phải cắt tử cung. Tỷ lệ này khá ít nhưng cũng là điều mà các phẫu thuật viên không mong muốn xảy ra.

Về đặc điểm của 6 bệnh nhân phải cắt tử cung theo bảng 3.17 cho thấy: Có 1 bệnh nhân trẻ tuổi dưới 30 tuổi. Về số con thì có 2 bệnh nhân chưa có con và 1 bệnh nhân mới chỉ có 1 con. Có 3 bệnh nhân có nhiều hơn 3 u. U ở vị trí phối hợp có 5 bệnh nhân. Kích thước u từ 8cm trở lên có 3 bệnh nhân.

Chi tiết về 2 bệnh nhân chưa có con: Thứ nhất là bệnh nhân 42 tuổi, chưa đẻ lần nào, có 1 lần nạo hút thai, không có tiền sử bệnh lý nội khoa và phẫu thuật bụng, vào viện do rong kinh, khám thấy số lượng trên 3 u, nằm ở vị trí phối hợp mặt sau và eo tử cung, u có kích thước lớn trên 8cm, thiếu máu nặng khi vào viện, được mổ mở nhưng bóc u không thành công phải tiến hành cắt tử cung, sau phẫu thuật được truyền 2 đơn vị máu. Thứ hai là bệnh nhân 30 tuổi, không có tiền sử sản khoa và bệnh lý nội ngoại khoa nào, vào viện do rong kinh, khám thấy tử cung to trên 3 tháng, có nhiều hơn 3 u ở các vị trí phối hợp mặt sau và eo, kích thước u trên siêu âm dưới 4cm. Vào viện trong tình trạng thiếu máu nặng, được phẫu thuật mổ mở nhưng bóc u không thành công phải cắt tử cung, trước và sau phẫu thuật được truyền 4 đơn vị máu. Nhưng cũng đáng tiếc cho 2 bệnh nhân chưa có con nhưng phải cắt tử cung, đây là sẽ là vấn đề gây sang chấn tâm lý của những bệnh nhân này về sau vì không còn khả năng có thai. Trước khi phẫu thuật cần tư vấn thật kỹ về các nguy cơ có thể xảy ra trong và sau cuộc mổ, để đảm bảo an toàn cho cả kíp phẫu thuật và bệnh nhân.

Về bệnh nhân có 1 con phải cắt tử cung, 41 tuổi, nạo hút thai 1 lần, không có tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa, không bị rối loạn kinh nguyệt, vào viện do đau bụng, khám thấy tử cung to 2 tháng, có nhiều u xơ cơ tử cung ở các vị trí khác nhau. không bị thiếu máu khi vào viện, được phẫu thuật nội soi bóc u nhưng không thành công phải cắt tử cung.

1 bệnh nhân 42 tuổi, có 2 con, đau bụng vào

viện, không RLKN, tử cung trên 3 tháng, có 1 u trên 8cm ở vị trí mặt trước đáy tử cung, không thiếu máu, được mổ mở bóc u nhưng không thành công phải cắt tử cung.

1 bệnh nhân 33 tuổi, 2 con, vào viện do cường kinh, tử cung to 2 tháng có trên 3 u vị trí phối hợp kích thước 4-6cm, được nội soi bóc u nhưng không thành công phải cắt tử cung

1 bệnh nhân 38 tuổi có 3 con, rong kinh vào viện, có 2 u vị trí phối hợp, kích thước trên 8cm, mổ mở bóc u nhưng không thành công phải cắt tử cung.

Kết quả trên cho thấy những trường hợp chỉ định bóc u xơ ở trên là chưa thực sự hợp lý, với bệnh nhân đủ con hoặc đã trên 40 tuổi, có nhiều nhân xơ to việc bóc u xơ để có tai biến và biến chứng, thậm trí không có biến chứng cũng có thể sau mổ có u xơ cơ tử cung tái phát. Việc cắt tử cung khi chỉ định mổ ban đầu là bóc u xơ cơ bảo tồn tử cung để dẫn đến những phản ứng từ phía bệnh nhân và gia đình người bệnh,

4.5. Tổn thương niêm mạc tử cung và phương pháp phẫu thuật.

Có 29 bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung. Trong đó phẫu thuật nội soi bóc u có 4 trường hợp, còn phẫu thuật mổ mở bóc u có 25 trường hợp tổn thương. Điều này chứng tỏ các phẫu thuật viên đã tiên lượng được sự khó khăn nên đã chỉ định phẫu thuật mở bụng thay vì phẫu thuật nội soi, vì nội soi thường khó kiểm soát khi bóc tách hơn.

Về vị trí u, có 20/29 bệnh nhân có u nằm ở các vị trí L2, L3 theo FIGO, đây là những vị trí ở gần với niêm mạc tử cung. Như vậy, những trường hợp bị tổn thương niêm mạc tử cung phụ thuộc chủ yếu vào vị trí u so với niêm mạc tử cung.

Trong số 29 bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung, có 7 bệnh nhân chưa có con, 6 bệnh nhân mới có 1 con, những trường hợp này niêm mạc bị tổn thương là điều đáng tiếc, vì đối với những bệnh nhân này có thể có nguy cơ gặp biến chứng dính buồng tử cung về sau và có nguy cơ vỡ tử cung trong thai kỳ. Nguy cơ vỡ tử cung trong thai kỳ giảm đi khi sẹo mổ không mở vào buồng tử cung.

Qua đó cho thấy phẫu thuật viên đã cố gắng để bóc u bảo tồn tử cung, trong quá trình phẫu thuật có tổn thương niêm mạc tử cung thì vẫn khâu phục hồi buồng tử cung thật tốt, chống dính sau mổ. Và cần tư vấn kỹ cho bệnh nhân trước khi phẫu thuật và những bệnh nhân có tổn thương niêm mạc thì cần tư vấn kỹ cho họ khi có thai lần sau hoặc triệt sản khi đã đủ con.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phẫu thuật nội soi bóc UXCTC là

25,3%, mổ mở bóc u là 66,9%, nội soi chuyển mổ mở chiếm 7,8%

- Có 6 bệnh nhân phải cắt tử cung (2,8%). Trong đó 3 bệnh nhân dưới 40 tuổi. Có 3 bệnh nhân chưa đủ con: 1 bệnh nhân có 1 con, đặc biệt có tới 2 bệnh nhân chưa có con nào. Các nguyên nhân dẫn đến bảo tồn tử cung thất bại bao gồm như: Dính, chảy máu, u to, và gặp nhiều nhất là ở các vị trí khó để bóc u như u mặt sau, ở eo tử cung, nằm sâu trong cơ và dây chằng rộng (68,8%).

- Số bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung mổ mở bóc u chiếm 9,2% (20/217), cao hơn nhóm nội soi bóc u 1,8%(4/217)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Vy**, U xơ tử cung, Bài giảng sản phụ khoa dành cho sau đại học, Nhà xuất bản Y học. 2019; 311-315
2. **Rossetti A, Sizzi O, Soranna L, Mancuso S, Lanzone A.** Fertility outcome: long-term results after laparoscopic myomectomy. *Gynecol Endocrinol.*

- 2001; Apr;15(2):129-34. PMID: 11379009.
3. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi**, Đánh giá bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bóc nhân xơ tử cung, *Nội san sản phụ khoa.* 2005; 115-121.
4. **Vũ Thị Thanh Vân**, Nghiên cứu kết quả phẫu thuật tách bóc u xơ tử cung tại Viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 5 năm 1996-2000, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2002
5. **Nguyễn Đức Hình**, Tổng kết chặng đường 10 năm nội soi ổ bụng của Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, *Nội san sản phụ khoa, Số đặc biệt hội nghị đại biểu Hội sản phụ khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam, khóa XV kỳ họp thứ 3.* 2005; 107-114.
6. **Nguyễn Mạnh Thăng**, Các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2018;470(2),11-14
7. **Nguyễn Thị Phương Loan**, Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội; 2005
8. **Đặng Thị Minh Nguyệt, Trần Thị Mai Anh.** Nhận xét một số kết quả bóc u cơ trơn tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. *Tạp Chí Phụ sản.* 2017; 15(2), 119 - 124.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CONN DO U TUYẾN THƯỢNG THẬN

Nguyễn Việt Tuấn¹, Hoàng Long¹,
Võ Văn Minh², Nguyễn Văn Linh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Đại học Y. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu đánh giá trên 88 bệnh nhân bị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Đại học Y từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022. Kết quả được đánh giá thông qua xét nghiệm và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 44,01 ± 11,18 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi và nhỏ nhất là 24 tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 2,82. 95,4% bệnh nhân có tăng huyết áp trên lâm sàng. Về mặt chẩn đoán hình ảnh, 91,3% có hình ảnh giảm âm trên siêu âm, 89,9% có hình ảnh đậm độ u ≤ 25 HU trên cắt lớp vi tính. Thời gian phẫu thuật trung bình là 58,8 ± 16,7 phút, thời gian hậu phẫu trung bình là 3,9 ± 1,6 ngày, không có bệnh nhân tử vong và chuyển mổ mở. 100% bệnh nhân có xét nghiệm Kali trở về bình thường và siêu âm không còn u, triệu chứng tăng

huyết áp cải thiện ở 86,6% số bệnh nhân. Mức độ rất hài lòng của bệnh nhân sau mổ đạt 87,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận là phương pháp phẫu thuật an toàn, hậu phẫu ngắn, tính thẩm mỹ cao, đạt kết quả tốt về lâm sàng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, hội chứng Conn do u tuyến thượng thận, cường aldosteron nguyên phát...

SUMMARY

OUTCOMES OF RETROPERITONEOSCOPIC ADRENALECTOMY IN CONN'S SYNDROME CAUSED BY ADRENAL ADENOMAS

Introduction: Evaluation of the outcomes of retroperitoneoscopic adrenalectomy in Conn's syndrome caused by adreanal adenomas. **Method:** We retrospectively reviewed the results of 88 patients with Conn's syndrome were operated on endoscopically between January 2018 and June 2022 in Viet Duc hospital and Medical University Hospital. The results was assessed by blood test and image after surgery. **Result:** Mean age was 44,01 ± 11,18 years old, the oldest was 69 years old and the youngest was 24 years old, femal/male ratio is 2,82. 95,4% of patients had clinical hypertension. In term of imaging, 91,3% have hypoechoic images on ultrasound, 89,9% have images with tumor grade ≤

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Tuấn

Email: nguyenviettu711@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 12.12.2022