

Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế

Nguyễn Thanh Xuân, Đinh Thị Phương Minh*, Nguyễn Văn Tuấn Anh,

Võ Quang Tân, Đặng Văn Tân

Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: U xơ cơ tử cung là khối u lành tính phổ biến ở phụ nữ độ tuổi sinh sản. Số lượng, kích thước và vị trí của khối u là những yếu tố quan trọng trong quyết định phương pháp phẫu thuật. Nội soi bóc u xơ bảo tồn tử cung đã được thực hiện thường quy trong những năm gần đây với nhiều ưu điểm. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi trên 130 bệnh nhân u xơ cơ tử cung được phẫu thuật nội soi bóc u tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 04/2022 đến 04/2024. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là tăng kích thước khối u và ra máu bất thường từ tử cung. Hầu hết là 1 đến 2 u xơ (96,9%), chủ yếu ở vị trí kẽ (43,1%) và dưới thanh mạc (40,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $149,1 \pm 36,8$ phút với lượng máu mất trung bình là $148,3 \pm 74,9$ ml. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật $4,8 \pm 1,6$ ngày. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với phương pháp phẫu thuật này. Số lượng khối u, kích thước khối u hay vị trí khối u là các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian và lượng máu mất trong phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung là một can thiệp xâm lấn tối thiểu, an toàn và hiệu quả nếu có chỉ định hợp lý và nên được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm.

Từ khóa: u xơ cơ tử cung, phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung.

Evaluation the efficacy of laparoscopic myomectomy for the treatment of leiomyomas at Hue Central Hospital

Nguyen Thanh Xuan, Dinh Thi Phuong Minh*, Nguyen Van Tuan Anh,

Vo Quang Tan, Dang Van Tan

Hue Central Hospital

Abstract

Background: Leiomyomas are a group of benign smooth muscle tumors commonly present in women of reproductive age. The quantity, dimensions, and positioning of the tumor are critical considerations in determining the appropriate surgical approach. In recent years, laparoscopic myomectomy has become a common procedure, offering numerous benefits. Consequently, we conduct the study which aims to demonstrate the clinical and paraclinical characteristics as well as the outcomes of laparoscopic myomectomy.

Materials and methods: A cross-sectional follow-up descriptive study involving 130 patients with uterine fibroids who underwent laparoscopic myomectomy at Hue Central Hospital from April 2022 to April 2024.

Results: The predominant clinical manifestations observed were an increase in tumor size and abnormal uterine bleeding. A majority of the cases involved 1 to 2 fibroids (96.9%), primarily located in the intramural (43.1%) and subserosal (40.8%) regions. The average duration of the surgical procedure was 149.1 ± 36.8 minutes, accompanied by an average blood loss of 148.3 ± 74.9 ml. Patients had a mean postoperative hospital stay of 4.8 ± 1.6 days. All individuals expressed satisfaction with this surgical approach. Factors such as the number of tumors, their size, and location influenced both the duration of the surgery and the amount of blood loss. **Conclusions:** Laparoscopic myomectomy is a safe and effective minimally invasive procedure when it is appropriately indicated and conducted by skilled surgeons.

Keywords: Leiomyomas, laparoscopic myomectomy.

*Tác giả liên hệ: Đinh Thị Phương Minh. Email: drphuongminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/10/2024; Ngày đồng ý đăng: 12/2/2025; Ngày xuất bản: 25/3/2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung là khối u lành tính vùng chậu phổ biến nhất ở phụ nữ. Đây là khối u đơn dòng phát sinh từ các tế bào cơ trơn và nguyên bào sợi của cơ tử cung. U xơ cơ tử cung thường được chẩn đoán ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Việc xác định tỷ lệ mắc bệnh thực tế rất khó khăn vì bệnh có biểu hiện không đồng nhất [1]. Hầu hết phụ nữ bị u xơ cơ tử cung không có triệu chứng, nhưng khoảng 30% bệnh nhân có các triệu chứng bao gồm chảy máu tử cung bất thường, thiếu máu, đau và tức vùng chậu, đau lưng, tiểu nhiều lần, táo bón hoặc vô sinh và sẽ cần can thiệp [1, 2].

Chỉ định điều trị u xơ cơ tử cung dựa vào tuổi bệnh nhân và mong muốn bảo tồn tử cung hay phẫu thuật cắt tử cung [3] vì mỗi phương pháp điều trị dẫn đến những tác động khác nhau đến khả năng sinh sản [1].

Số lượng, kích thước và vị trí của u xơ cơ tử cung là những yếu tố quan trọng trong quyết định phẫu thuật nội soi hay mở. Với sự phát triển mạnh mẽ của phẫu thuật nội soi những năm gần đây việc ứng dụng phương pháp bóc u xơ cơ tử cung qua nội soi ngày càng ưa chuộng vì nhiều lý do như mất ít máu và đau hơn, ít biến chứng và hình thành dính, phục hồi sau phẫu thuật nhanh hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn [1]. Việc kiểm soát và xử trí tình trạng chảy máu trong thủ thuật bóc u xơ nên được ưu tiên để kết quả phẫu thuật tối ưu [4].

Những năm gần đây, số lượng bệnh nhân mắc u xơ cơ tử cung đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế có xu hướng tăng. Nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị bằng các phương pháp hiện đại, ít xâm lấn và có khả năng bảo tồn tử cung, bệnh viện đã triển khai thường quy kỹ thuật bóc u xơ cơ tử cung qua nội soi đối với các bệnh nhân có chỉ định. Để cung cấp cái nhìn toàn cảnh về phương pháp phẫu thuật này, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế”** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân u xơ cơ tử cung.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân u xơ cơ tử cung được điều trị bằng phương pháp bóc u xơ cơ tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2022 đến tháng 04/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân u xơ cơ tử cung trong độ tuổi sinh đẻ (30 – 50 tuổi), nguyện vọng bảo tồn tử cung, có chỉ định bóc u xơ cơ tử cung qua nội soi.

- Kích thước u 3 - 10 cm.

- Số lượng u ≤ 5.

- Đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các chống chỉ định của phẫu thuật nội soi: rối loạn đông máu hoặc chảy máu, viêm phúc mạc, nhiễm trùng thành bụng, bệnh tim hoặc phổi nặng, thoát vị bụng lớn...

- Có tiền sử phẫu thuật vùng bụng hay các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, lạc nội mạc gây dính nặng.

- U xơ cơ tử cung dưới niêm mạc (nhóm 0,1,2 theo hệ thống phân loại u xơ cơ tử cung FIGO)

- Bệnh lý phụ khoa ác tính kèm theo (ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng) dựa theo kết quả giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các bước tiến hành:

Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu theo trình tự:

- Thu thập thông tin bệnh nhân: hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng,

- Chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng trước mổ.

- Tiến hành phẫu thuật theo các bước:

Bước 1: Đặt cần nâng tử cung bằng Pozzi Hulka có đầu cong.

Bước 2: Vào ổ bụng với 1 trocar 10 ở rốn và 3 trocars hạ vị. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, bóc lộ khối u, tử cung và phần phụ

Bước 3: Bóc tách u xơ.

Bước 4: Cầm máu bằng Bipolar và khâu phục hồi cơ tử cung.

Bước 5: Lấy bệnh phẩm.

- Đường âm đạo: bao bệnh phẩm được lấy qua túi cùng sau giữa 2 dây chằng tử cung - cùng.

- Đường bụng: bao bệnh phẩm được lấy qua lỗ trocar rốn hoặc mở rộng lỗ trocar hố chậu hoặc hạ vị lên 3cm.

Bước 6: Kiểm tra chảy máu, kiểm tra niệu quản, rửa sạch ổ bụng.

Bước 7: Rút trocar, xả CO₂, khâu phục hồi các lỗ trocar, băng vô trùng.

- Đánh giá lượng máu mất sau mổ: tính lượng máu mất = lượng dịch hút ra – lượng dịch bơm vào ổ bụng trong quá trình phẫu thuật.

- Đánh giá bệnh nhân 24h sau mổ đánh giá tình trạng hậu phẫu và biến chứng sau mổ.

- Theo dõi sau phẫu thuật tại các thời điểm 3 tháng - 6 tháng qua điện thoại, tin nhắn (SMS) hoặc khám ngoại trú. Bệnh nhân khám phụ khoa định kỳ, siêu âm kiểm tra tình trạng khối u.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS version 27.0.

- Biến số định tính: số lượng (n), tỷ lệ (%).
- Biến số định lượng: biểu diễn dưới dạng trung bình (X) và độ lệch chuẩn (SD) nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (median) và khoảng tứ phân vị (IQR) nếu không phải phân phối chuẩn.
- Dùng kiểm định Independent sample t-test để kiểm định sự khác biệt trung bình giữa 2 nhóm,

với dữ liệu phân bố chuẩn. Dùng kiểm định Mann-Whitney để so sánh sự khác nhau giữa giá trị trung vị của 2 nhóm độc lập, không phải phân phối chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Có 133 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh. Tuy nhiên, 3 trường hợp do có sai lệch về vị trí và đặc điểm khối u trên siêu âm với khi phẫu thuật nên phải chuyển phương pháp mổ bụng. Vì vậy chúng tôi tiến hành phân tích số liệu trên mẫu 130 trường hợp còn lại đã được phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung thành công.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n=130)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi)	40,9 ± 6,1	
BMI Trung bình (kg/m²)	22,1 ± 2,1	
Số lần mang thai		
Chưa mang thai	5	3,8
1 lần	9	6,9
≥ 2 lần	116	89,3
Tiền sử phẫu thuật vùng chậu		
Phẫu thuật lấy thai	36	27,7
Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung	0	0
Phẫu thuật phụ khoa khác	8	6,2
Phẫu thuật ngoại khoa	3	2,3

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 40,9 ± 6,1 tuổi. BMI trung bình là 22,1 ± 2,1 kg/m². Có 89,3% bệnh nhân đã mang thai ≥ 2 lần, 27,7% các trường hợp có tiền sử phẫu thuật lấy thai trước đó, 5 bệnh nhân chưa mang thai lần nào (chiếm 6,2%). Có 47 bệnh nhân chiếm 36,2 % có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó.

3.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n=130)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng		
Tăng kích thước khối u/ = sờ thấy u	45	34,6
Đau vùng chậu	28	21,5
Ra máu bất thường từ tử cung	37	28,5
Rối loạn đại, tiểu tiện	1	0,8
Vô sinh	4	3,1
Mức độ thiếu máu		
Không	78	60
Nhẹ	22	16,9
Vừa	20	15,4

Nặng	10	7,7
Điều trị trước phẫu thuật		
Nội khoa	12	9,2
Nút mạch tử cung	0	0
Đốt sóng cao tần	0	0
Truyền máu	10	7,7

Tăng kích thước khối u, sờ thấy được u (34,6%) và ra máu bất thường từ tử cung (28,5%) là hai triệu chứng phổ biến nhất. 60% bệnh nhân nhập viện không có thiếu máu, 7,7% thiếu máu mức độ nặng cần truyền máu trước phẫu thuật.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n=130)	Tỉ lệ (%)
Số lượng u trên siêu âm		
≤ 2	126	96,9
> 2	4	3,1
Kích thước khối u lớn nhất theo siêu âm		
< 80 mm	103	79,2
≥ 80 mm	27	20,8
Vị trí u xơ theo siêu âm		
U xơ kẽ (FIGO 3,4,5)	56	43,1
U xơ dưới thanh mạc (FIGO 6,7)	53	40,8
U hỗn hợp	21	16,1

Tử cung có ≤ 2 u xơ chiếm đa số (96,9%). Kích thước u xơ < 80 mm có tỉ lệ cao nhất (79,2%). Về phân loại, u xơ kẽ (43,1%) và u xơ dưới thanh mạc (40,8%) chiếm đa số.

3.4. Đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng đến phẫu thuật

Bảng 4. Đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng đến cuộc phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	Lượng máu mất (ml)
Giá trị trung bình	149,1 ± 36,8	148,3 ± 74,9
Số lượng u trong mổ		
≤ 2	146,4 ± 36,4	145,6 ± 76,0
> 2	178,2 ± 27,5	163,6 ± 61,4
p	<0,05	0,448
Kích thước khối u lớn nhất trong mổ		
< 80 mm	141,5 ± 31,9	138,5 ± 59,2
≥ 80 mm	178,1 ± 40,1	185,9 ± 110,5
p	<0,05	<0,05
Vị trí u xơ trong mổ		
U xơ kẽ (FIGO 3,4)	148,2 ± 32,7	123,6 ± 61,8
U xơ dưới thanh mạc (FIGO 5,6,7)	147,2 ± 40,2	143,6 ± 63,0
U hỗn hợp	156,2 ± 38,5	225,7 ± 85,5
p	0,623	<0,05

Phương pháp lấy u		
Đường rạch nhỏ hạ vị	150,6 ± 41,7	142,7 ± 69,7
Lỗ trocar rốn	149,8 ± 29,5	160,0 ± 84,8
Đường âm đạo	131,3 ± 25,9	127,5 ± 48,6
p	0,182	0,333

Tổn thương kèm theo u xơ		
Có	151,4 ± 33,9	152,5 ± 72,6
Không	147,9 ± 38,2	139,5 ± 79,8
p	0,616	0,358

Thời gian phẫu thuật trung bình là 149,1 ± 36,8 phút với lượng máu mất trung bình là 148,3 ± 74,9 ml. Số lượng và kích thước của khối u lớn nhất là yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật ($p < 0,05$). Ngoài ra, kích thước khối u lớn nhất và vị trí khối u xơ có liên quan với lượng máu mất trong mổ ($p < 0,05$).

3.5. Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 5. Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số trường hợp (n=130)	Tỉ lệ (%)
Tai biến trong mổ		
Chảy máu nhiều	7	5,4
Không	123	94,6
Mức độ đau sau mổ (VAS)		
Nhẹ (VAS 1 - 4)	98	75,4
Trung bình (VAS 5 - 6)	23	17,7
Nặng (VAS ≥ 7)	9	6,9
Thời gian nằm viện sau mổ		
	4,8 ± 1,6 ngày	
≤ 5 ngày	94	72,3
> 5 ngày	36	27,7
Mức độ hài lòng		
Không hài lòng	0	0
Bình thường/Không có ý kiến	0	0
Hài lòng	42	32,3
Rất hài lòng	88	67,7
U xơ tái phát		
Có	9	6,9
Không	115	93,1
Mang thai sau phẫu thuật		
Có	15	11,5
Không	115	88,5

Chỉ 5,4% trường hợp có chảy máu nhiều khi phẫu thuật trong đó chỉ 2 trường hợp (chiếm 1,5%) cần truyền máu trong mổ. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận thêm tai biến nghiêm trọng nào. 75,4% có mức độ đau nhẹ theo thang điểm VAS. Thời gian nằm viện trung bình là 4,8 ± 1,6 ngày, trong đó

thời gian nằm viện ≤ 5 ngày chiếm 72,3%. 100% bệnh nhân đều hài lòng hoặc rất hài lòng với cuộc phẫu thuật. Có 6,9% trường hợp u xơ cơ tử cung tái phát và 11,5% trường hợp có thai trong thời gian theo dõi 6 tháng sau phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung.

4. BÀN LUẬN

U xơ cơ tử cung là một bệnh lý phụ khoa lành tính phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là $40,9 \pm 6,1$ tuổi. Theo Movilla và cộng sự (2019) độ tuổi trung bình bệnh nhân u xơ cơ tử cung là $39,4 \pm 7,0$ tuổi [5], theo Dương Đức Thắng (2023) là $34,5 \pm 5,7$ [6]. Báo cáo từ các nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình chung phù hợp với độ tuổi sinh sản của phụ nữ. Việc bảo tồn tử cung có ý nghĩa rất lớn ở các phụ nữ còn nguyện vọng sinh con.

96,2% phụ nữ u xơ cơ tử cung trong nghiên cứu này đã từng mang thai, 89,3% đã mang thai ≥ 2 lần; 3,8% chưa mang thai lần nào. Hầu hết bệnh nhân nhập viện với triệu chứng tăng kích thước khối u, sờ thấy được (chiếm 34,6%) và ra máu bất thường từ tử cung (chiếm 28,5%). Các triệu chứng khác chiếm tỉ lệ thấp hơn như đau vùng chậu (21,5%), rối loạn đại tiểu tiện (0,8%) và vô sinh (3,1%). Theo Nicolaus, triệu chứng phổ biến u xơ cơ tử cung là đau bụng (64,5%) và rối loạn kinh nguyệt (50,0%) [7]. Theo Bonneau, có 40,7% trường hợp rối loạn kinh nguyệt, 40,7% đau bụng, 4,9% triệu chứng tiết niệu, 2,5% tử cung lớn [8]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và phù hợp với các triệu chứng của u xơ cơ tử cung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 60% bệnh nhân không có thiếu máu, 7,7% bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng có chỉ định truyền máu trước phẫu thuật. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Phương Mai (2009) với 8,7% bệnh nhân thiếu máu nặng [9]. Hầu hết bệnh nhân u xơ cơ tử cung thiếu máu là hậu quả của việc rối loạn kinh nguyệt kéo dài mà không hoặc đáp ứng kém với điều trị. Có 12 bệnh nhân (9,2%) đã được điều trị nội khoa bằng liệu pháp hormone nhưng không đáp ứng cần can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu này.

Đánh giá trước phẫu thuật, 96,9% bệnh nhân chỉ có ≤ 2 khối u xơ và 3,1% có > 2 khối u xơ khi khảo sát bằng siêu âm. Nghiên cứu của Cao và cộng sự có 91,7% bệnh nhân có 1-2 u xơ, 8,3% có nhiều u xơ [10]. Theo Hartmann, bệnh nhân có 1 u xơ là 70,6%, có từ 2 u xơ trở lên chiếm 29,4% [11]. Đặc điểm u xơ trước phẫu thuật trong nghiên cứu của các tác giả này phù hợp với kết quả của chúng tôi.

Kích thước khối u ảnh hưởng nhiều đến chỉ định phẫu thuật can thiệp ở những bệnh nhân u xơ cơ tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 79,2% bệnh nhân có kích thước khối u lớn nhất < 8 cm qua siêu âm. Nghiên cứu của Nicolaus và Bonneau cũng báo cáo kích thước trung bình của u xơ lần lượt là $60,2 \pm 26,5$ mm và $77,9 \pm 42,0$ mm [7, 8] tương đồng với

nghiên cứu của chúng tôi. Đây là kích thước phù hợp với chỉ định bóc u xơ qua nội soi bảo tồn tử cung. Siêu âm giúp xác định các đặc điểm và vị trí u xơ góp phần rất lớn trong việc chỉ định phương pháp phẫu thuật can thiệp. Tuy nhiên, kết quả siêu âm còn phụ thuộc nhiều vào trình độ và kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm.

Khi phân loại u xơ theo vị trí, nhóm u xơ kẽ (FIGO 3,4,5) chiếm 43,1% và nhóm u xơ dưới thanh mạc (40,8%) chiếm đa số. Nhìn chung, u xơ dưới thanh mạc thuận tiện hơn cho việc bóc tách u xơ và khâu phục hồi, ít nguy cơ tổn thương niêm mạc tử cung so với u xơ kẽ. Nghiên cứu của Dubuisson kết luận u xơ kẽ là một yếu tố làm tăng đến tỷ lệ thất bại của phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung. Tuy vậy, nhiều nghiên cứu gần đây lại không cho thấy mối liên quan giữa u xơ kẽ và các thông số phẫu thuật [5, 12, 13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $149,1 \pm 36,8$ phút. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Shin ($110 \pm 6,3$ phút) [14] nhưng thấp hơn của D'Silva ($170,28 \pm 66,70$ phút) [15] và tương tự nghiên cứu của Lê Sĩ Phúc An ($148,6 \pm 51,4$ phút) [16]. Lượng máu mất trung bình là $148,3 \pm 74,9$ ml, thấp hơn so với nghiên cứu của Mallick ($279,14 \pm 221,10$ ml) [17] hay của D'Silva ($406,60 \pm 339,55$ ml) [15].

Đánh giá các yếu tố liên quan đến thời gian phẫu thuật chúng tôi nhận thấy số lượng khối u > 2 và kích thước khối u lớn nhất trên 80mm làm tăng thời gian phẫu thuật. Nghiên cứu của Sizzi hay Movilla cho thấy kích thước khối u lớn nhất và số lượng khối u có mối tương quan thuận với thời gian phẫu thuật [5, 18]. Ngoài ra, kích thước khối u lớn nhất và vị trí khối u (u xơ kẽ, u xơ dưới thanh mạc hay u hỗn hợp) ảnh hưởng đến lượng máu mất trong mổ có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Mallick chỉ ra rằng những khối u có kích thước trên 9 cm có lượng máu mất nhiều hơn so với các khối u dưới 8 cm [17]. Trong khi đó, nghiên cứu của Leng và cộng sự cho thấy thời gian phẫu thuật và lượng máu mất có sự khác biệt thống kê giữa nhóm có khối u từ 4cm trở lên và dưới 4 cm [19]. Ye và cộng sự kết luận rằng số lượng và vị trí khối u xơ là những yếu tố ảnh hưởng đến lượng máu mất trong phẫu thuật, số lượng u xơ nhiều tương đương với mức độ tổn thương cơ tử cung nhiều sẽ gây khó khăn trong việc co cơ để cầm máu cũng như các khối u xơ ở đoạn kẽ làm tăng độ sâu của diện bóc do đó phẫu thuật viên sẽ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc phục hồi, dẫn đến hiện tượng rỉ máu hay tạo khối máu tụ sau mổ [20].

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện lấy u qua 3 đường (âm đạo, đường bụng qua lỗ trocar rốn hoặc qua đường rạch da nhỏ) tùy thuộc vào kích thước

khối u, tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. U xơ cơ tử cung cần phải cắt nhỏ để lấy ra khỏi khoang phúc mạc. Tuy nhiên, các mảnh cắt nhỏ có thể cấy ghép vào khoang phúc mạc trong quá trình lấy ra. Các mảnh này có thể nhận được nguồn cung cấp máu mới từ một cấu trúc liền kề và phát triển thành u cơ trơn ký sinh. Roh CK và cộng sự (2022) đã báo cáo 1 trường hợp u cơ trơn cấy ghép tại vị trí trocar sau phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung nội soi. Tác giả cũng đưa ra khuyến cáo: Cần hết sức thận trọng khi cắt nhỏ khối u xơ cơ tử cung sau mổ để tránh phân mảnh mô quá mức [21]. Hầu như các trường hợp phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tai biến nào nghiêm trọng. Có 2 trường hợp (chiếm 1,5%) chảy máu nhiều cần truyền máu sau phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi bóc u xơ có tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp chiếm 2 - 10% [15, 17, 18]. Trong đó, biến chứng phổ biến nhất là thiếu máu cần truyền máu [15, 17, 22].

Về đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật, 75,4% bệnh nhân đau mức độ nhẹ theo thang điểm VAS, thời gian nằm viện trung bình là $4,8 \pm 1,6$ ngày, trong đó thời gian nằm viện ≤ 5 ngày chiếm 72,3%. Đây chính là các ưu điểm của phẫu thuật nội soi bóc u xơ kể từ khi nó được giới thiệu lần đầu vào năm 1979 và đã được đề cập ở nhiều nghiên cứu [15, 23-25]. Bệnh nhân mổ nội soi có đường mổ nhỏ hơn, ít đụng dập mô, phản ứng viêm nhẹ hơn nên ít đau hơn, thời gian nằm viện vì thế cũng ngắn hơn. Do đó, tất cả bệnh nhân đều hài lòng hoặc rất hài lòng với cuộc phẫu thuật.

Theo dõi sau phẫu thuật trong ít nhất 6 tháng trên 130 bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu, có 9 trường hợp chiếm 6,9% u xơ tái phát và 11,5% có thai sau phẫu thuật nội soi bóc u

xơ cơ tử cung. Tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Han H. và cộng sự (7,1%) nhưng thấp hơn của Rossetti A. (27%) [26, 27]. Nhiều yếu tố đã được chứng minh là có ảnh hưởng đến sự tái phát u xơ cơ tử cung như việc bóc không hết khối u tại thời điểm phẫu thuật, sự phát triển trở lại của khối u dưới tác dụng của hormone sinh dục hoặc sự tiếp tục của các yếu tố gây bệnh [28]. Tỉ lệ có thai sau phẫu thuật thấp hơn nhiều với các nghiên cứu của các tác giả khác [29-31]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi sau mổ còn ít (chỉ 6 tháng), phần lớn bệnh nhân đã đủ con, không có nguyện vọng thai nữa nên tỉ lệ mang thai thấp sau mổ có thể lý giải được. Điều trị u xơ cơ tử cung ở những phụ nữ mong muốn giữ lại khả năng sinh sản vẫn còn là một thách thức tuy nhiên phẫu thuật nội soi bóc u xơ đã được chứng minh có khả năng cải thiện kết cục thai kỳ và tăng tỉ lệ có thai sau phẫu thuật từ 34 đến 68% [29].

5. KẾT LUẬN

- Tăng kích thước khối u, sờ thấy được u (34,6%) và ra máu bất thường từ tử cung (28,5%) là hai triệu chứng phổ biến nhất. Tử cung có ≤ 2 u xơ chiếm đa số (96,9%). Kích thước u xơ < 80 mm có tỉ lệ cao nhất (79,2%). Về phân loại, chủ yếu là u xơ kẽ (43,1%) và u xơ dưới thanh mạc (40,8%).

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $149,1 \pm 36,8$ phút, lượng máu mất trung bình là $148,3 \pm 74,9$ ml. Số lượng và kích thước của khối u lớn nhất là yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận tai biến nghiêm trọng nào, chỉ 5,4% trường hợp có chảy máu nhiều khi phẫu thuật trong đó chỉ 2 trường hợp (chiếm 1,5%) cần truyền máu trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hale Goksever Celik, Ercan Bastu. Are there any limits for laparoscopic myomectomy?—tips & tricks. *Gynecology and Pelvic Medicine*. 2024;7:25.
2. Emma Giuliani, Sawsan As-Sanie, Erica E. Marsh. Epidemiology and management of uterine fibroids. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020.
3. Mathew R.P., Francis S., Jayaram V, et al. Uterine leiomyomas revisited with review of literature. *Abdom Radiol* 46. 2021;4908–26.
4. Lê Minh Tâm, Võ Văn Khoa, Phan Thị Minh Thư. Cập nhật xử trí u xơ cơ tử cung dựa trên bằng chứng. *Tạp Chí Phụ sản*. 2019;17(1):6-12.
5. Movilla P., Orlando M., Wang J., et al. Predictors of Prolonged Operative Time for Robotic-Assisted Laparoscopic Myomectomy: Development of a Preoperative Calculator for Total Operative Time. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27(3):646-54.
6. Dương Đức Thắng, Nguyễn Tuấn Minh, Đặng Thị Minh Nguyệt. Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;522(1):18-22.
7. Nicolaus K, Bräuer D, Sczesny R, et al. Unexpected coexistent endometrial hyperplasia in women with symptomatic uterine leiomyomas is independently associated with

infertility, nulliparity and minor myoma size. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2019;300(1):103-8.

8. Claire Bonneau, Isabelle Thomassin-naggara, Sophie Dechoux, et al. Value of ultrasonography and magnetic resonance imaging for the characterization of uterine mesenchymal tumors. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2014;261-8.

9. Mai TTP. Tình hình bóc u xơ tử cung qua nội soi tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 6 năm 2009. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược Hà Nội Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú. 2009.

10. Cao M., Qian L., Zhang X., et al. Monitoring Leiomyoma Response to Uterine Artery Embolization Using Diffusion and Perfusion Indices from Diffusion-Weighted Imaging. BioMed Research International. 2017.

11. Katherine E. Hartmann, Digna R. Velez Edwards, David A. Savitz, et al. Prospective Cohort Study of Uterine Fibroids and Miscarriage Risk. American Journal of Epidemiology. 2017;186(10):1140-8.

12. Dubuisson J. B., Fauconnier A., Fourchette V., et al. Laparoscopic myomectomy: Predicting the risk of conversion to an open procedure. Hum Reprod. 2001;16(8):1726-31.

13. Watrowski R., Jäger C., Forster J. Predictors of postoperative hemoglobin drop after laparoscopic myomectomy. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2017;12(1):81-7.

14. Shin DG, Yoo HJ, Lee YA, Kwon IS, Lee KH. Recurrence factors and reproductive outcomes of laparoscopic myomectomy and minilaparotomic myomectomy for uterine leiomyomas. Obstet Gynecol Sci. 2017;60(2):193-9.

15. D'Silva EC, Muda AM, Safiee AI, Ghazali W. Five-Year Lapsed: Review of Laparoscopic Myomectomy versus Open Myomectomy in Putrajaya Hospital. Gynecol Minim Invasive Ther. 2018;7(4):161-6.

16. An LSP. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung. Trường Đại học Y - Dược Huế. 2021.

17. Mallick R, Odejinmi F. Pushing the boundaries of laparoscopic myomectomy: a comparative analysis of peri-operative outcomes in 323 women undergoing laparoscopic myomectomy in a tertiary referral centre. Gynecol Surg. 2017;14(1):22.

18. Sizzi O, Rossetti A, Malzoni M, et al. Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(4):453-62.

19. Leng J, Lang J, Liu Z, Huang R. Laparoscopic myomectomy. Chin Med Sci J. 2001;16(2):111-4.

20. Ye M, Zhou J, Chen J, Yan L, Zhu X. Analysis of hidden blood loss and its influential factors in myomectomy. J Int Med Res. 2020;48(5):300060520920417.

21. Roh CK, Kwon HJ, Jung MJ. Parasitic leiomyoma in the trocar site after laparoscopic myomectomy: A case report 35434089. World J Clin Cases. 2022;10(9):2895-900.

22. Bean EM, Cutner A, Holland T, Vashisht A, Jurkovic D, Saridogan E. Laparoscopic Myomectomy: A Single-center Retrospective Review of 514 Patients. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(3):485-93.

23. Ciavattini A, Clemente N, Delli Carpini G, et al. Laparoscopic uterine artery bipolar coagulation plus myomectomy vs traditional laparoscopic myomectomy for "large" uterine fibroids: comparison of clinical efficacy. Arch Gynecol Obstet. 2017;296(6):1167-73.

24. Mais V, Ajossa S, Guerriero S, Mascia M, Solla E, Melis GB. Laparoscopic versus abdominal myomectomy: a prospective, randomized trial to evaluate benefits in early outcome. American journal of obstetrics and gynecology. 1996;174(2):654-8.

25. Song T, Kim T-J, Lee S-H, Kim T-H, Kim W-Y. Laparoscopic single-site myomectomy compared with conventional laparoscopic myomectomy: a multicenter, randomized, controlled trial. Fertility and Sterility. 2015;104(5):1325-31.

26. Han H, Han W, Su T, Shang C, Shi J. Analysis of risk factors for postoperative bleeding and recurrence after laparoscopic myomectomy in patients with uterine fibroids: a retrospective cohort study. Gland Surg. 2023;12(4):474-86.

27. Rossetti A, Sizzi O, Soranna L, Cucinelli F, Mancuso S, Lanzone A. Long-term results of laparoscopic myomectomy: recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy. Hum Reprod. 2001;16(4):770-4.

28. Sanada S, Ushijima K, Yanai H, et al. A critical review of "uterine leiomyoma" with subsequent recurrence or metastasis: A multicenter study of 62 cases J Obstet Gynaecol Res. 2022;48(12):3242-51.

29. Balulescu L, Brasoveanu S, Pirtea M, et al. The Impact of Laparoscopic Myomectomy on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. J Pers Med. 2024;14(4).

30. Fagherazzi S, Borgato S, Bertin M, Vitagliano A, Tommasi L, Conte L. Pregnancy outcome after laparoscopic myomectomy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014;41(4):375-9.

31. Lu B, Wang Q, Yan L, Yu K, Cai Y. Analysis of Pregnancy Outcomes after Laparoscopic Myomectomy: A Retrospective Cohort Study. Comput Math Methods Med. 2022;2022:9685585.