

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC NHÂN XƠ TỬ CUNG QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2008

Hồ Sỹ Hùng¹, Nguyễn Viết Tiến², Nguyễn Lê Minh¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội; ²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Mục tiêu: đánh giá kết quả phương pháp bóc nhân xơ qua nội soi trong năm 2008 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh án đủ tiêu chuẩn được nghiên cứu hồi cứu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 11.5. **Kết quả:** tuổi trung bình $34,7 \pm 5,54$, có 28,6% bệnh nhân chưa có thai lần nào, 44 trường hợp được mổ nội soi, 18 trường hợp phải chuyển mổ mở vì khó khăn. Kỹ thuật bóc tách nhân bằng dao điện và 81,8% trường hợp khâu cầm máu qua nội soi với trung bình 2,5 mũi khâu cho một bệnh nhân. Hai trường hợp bóc tách chạm buồng tử cung. **Kết luận:** bóc nhân xơ qua nội soi là phương pháp an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ chỉ định tốt cho các bệnh nhân bị u xơ tử cung mà muốn phẫu thuật bảo tồn tử cung.

Từ khóa: bóc nhân xơ, nội soi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là một khối u lành tính gặp khoảng 20% các phụ nữ. Phần lớn các trường hợp không gây triệu chứng gì, tuy nhiên có một số trường hợp nhân xơ tử cung quá to hoặc nhân xơ nằm sát với niêm mạc tử cung sẽ gây ra các triệu chứng chèn ép, rong kinh hoặc sẩy thai liên tiếp. Phẫu thuật bóc nhân xơ bảo tồn tử cung được áp dụng cho các phụ nữ trẻ tuổi, còn nhu cầu sinh con. Phẫu thuật bóc nhân xơ qua nội soi tỏ ra có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở bụng [1]. Một số khó khăn gặp phải khi phẫu thuật nội soi bóc nhân xơ tử cung là vị trí nhân xơ nằm sâu trong lớp cơ tử cung, nhân xơ tử cung quá to, khó khăn khi cầm máu vị trí bóc nhân xơ. Trong những năm gần đây bệnh viện Phụ sản Trung ương đã áp dụng phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, để đánh giá kết quả phương pháp này chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với **mục tiêu:**

Đánh giá hiệu quả phương pháp bóc u xơ qua nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 62 bệnh án phẫu thuật nội soi bóc nhân xơ (bao gồm cả các trường hợp chuyển từ phẫu thuật nội soi sang mổ mở) trong thời gian từ 01/01/2008 đến 31/12/2008 đủ tiêu chuẩn được thu thập.

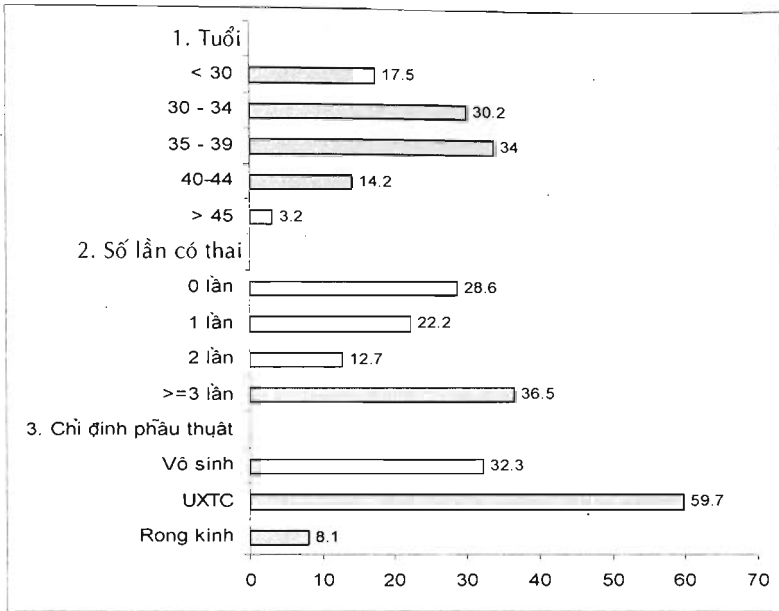
Phương pháp bóc nhân xơ: bệnh nhân được phẫu thuật qua nội soi bằng dao điện 1 cực mở lớp cơ tử cung, cố định nhân xơ bằng que xoắn sau đó bóc nhân xơ bằng kéo hoặc dao điện 1 cực. Cầm máu bằng dao điện hai cực hoặc bằng các mũi khâu qua nội soi.

Loại trừ: các trường hợp u xơ bóc tách bằng phương pháp mở bụng, các bệnh án không đủ thông tin.

2. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Thu thập số liệu theo mẫu và xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5

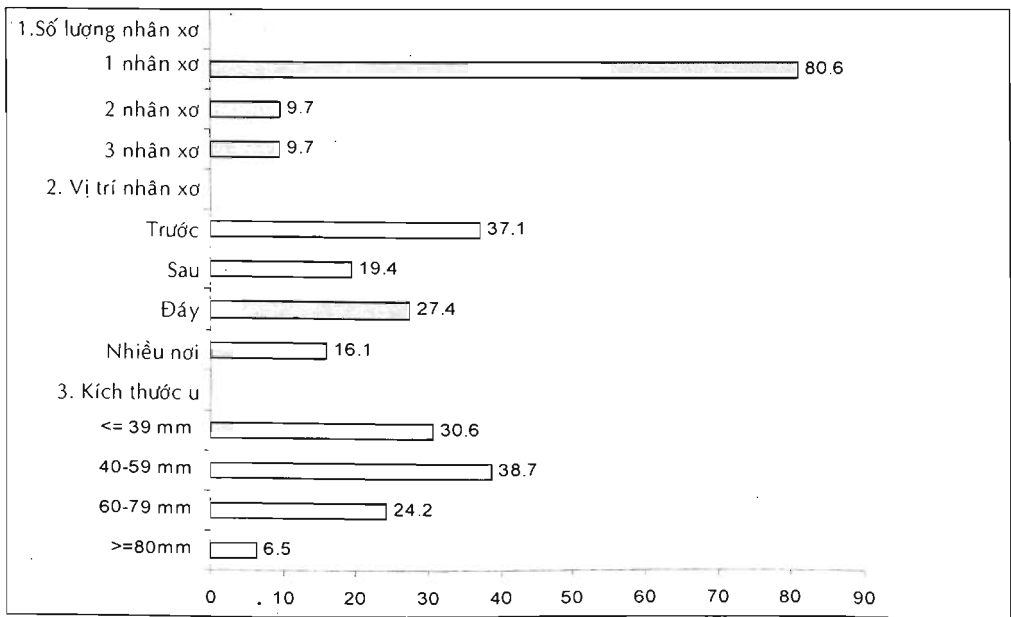
III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tất cả có 62 hồ sơ đủ tiêu chuẩn được thu thập thông tin, trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân là $34,7 \pm 5,54$ năm, 64,2% số bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 đến 39 tuổi. Có tới 28,6% số bệnh nhân chưa có thai lần nào. Chỉ định bóc nhân xơ tử cung vì nhân to chiếm 59,7%, 32,3% bệnh nhân chỉ định bóc nhân xơ vì lý do vô sinh và 8,1% bệnh nhân chỉ định vì lý do rong kinh.



Biểu đồ 2. Đặc điểm nhân xơ tử cung

Đánh giá qua siêu âm đa số có 1 nhân xơ chiếm 80,6%; còn lại có từ hai nhân xơ trở lên. Vị trí nhân xơ trên siêu âm đa số nằm ở thành trước và đáy tử cung, chiếm tới 64,5% các trường hợp. Kích thước trung bình là $49,0 \pm 16,88$ mm trong đó có 6,5% các trường hợp nhân xơ trên 80 mm.

2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật nội soi

Chỉ số	Kết quả
Tỷ lệ bệnh nhân chuyển mổ mở	18 (29%)
Khâu cầm máu qua nội soi	36 (81,8%)
Số mũi khâu trung bình	$2,5 \pm 0,89$ (1 - 4)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	$72,5 \pm 39,9$ (30 - 200)
Số nhân xơ bóc được	$1,5 \pm 1,18$
Thời gian nằm viện	$3,45 \pm 1,06$

Số bệnh nhân phải chuyển mổ mở bụng là 18 trường hợp chiếm 29%. Trong số 44 bệnh nhân mổ nội soi thì có 36 trường hợp được khâu cầm máu qua nội soi với số mũi khâu trung bình là $2,5 \pm 0,89$ mũi/bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình là $72,5 \pm 39,9$ phút, lâu nhất là 200 phút và nhanh nhất là 30 phút.

Bảng 2. Nguyên nhân chuyển mổ mở

Nguyên nhân	Kích thước to	Nhiều nhân xơ
Số bệnh nhân	12	6
Số nhân xơ trung bình		$3,83 \pm 2,3$
Kích thước trung bình (mm)	$58,17 \pm 20,50$	

Trong số 18 bệnh nhân chuyển mổ mở thì có 12 bệnh nhân vì lý do kích thước u to và 6 bệnh

nhân vì lý do có nhiều nhân xơ.

3. Tai biến

Có hai trường hợp khi bóc nhân xơ bị chạm vào buồng tử cung, một trường hợp mổ nội soi và một trường hợp mổ bụng, cả hai trường hợp này đều được khâu cầm máu. Không có trường hợp nào bị tổn thương ruột hay nhiễm trùng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân: 62 hồ sơ bóc nhân xơ qua nội soi đủ tiêu chuẩn thu vào nghiên cứu, nếu so với tổng số bệnh nhân được bóc nhân xơ tử cung thì phẫu thuật nội soi chiếm khoảng 12%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 34,7 năm, ít tuổi nhất là 20 tuổi và nhiều tuổi nhất là 46 tuổi, đây là độ tuổi phụ nữ thường bị UXTC, các bệnh nhân trong độ tuổi này cũng phù hợp với chỉ định bóc nhân xơ, vì nếu lớn tuổi hơn thì có thể phẫu thuật cắt tử cung chứ không cần phẫu thuật bảo tồn tử cung. Có 28,6% số bệnh nhân chưa có thai lần nào, đây là các bệnh nhân vô sinh có chỉ định bóc nhân xơ tử cung để điều trị. Trong các bệnh nhân vô sinh, u xơ tử cung có thể cản trở phôi làm tổ hoặc gây sảy thai hoặc đẻ non, chính vì vậy có chỉ định bóc nhân xơ cho các bệnh nhân này.

2. Kỹ thuật bóc nhân xơ: đa số các bệnh nhân được bóc nhân xơ bằng phương pháp dùng dao một cực rạch cơ tử cung sau đó dùng kéo và que gậy để bóc tách nhân xơ, lấy bệnh phẩm bằng morcerator. Kỹ thuật cầm máu cũng rất quan trọng đòi hỏi phẫu thuật viên phải thành thạo về kỹ thuật mổ nội soi, đặc biệt là kỹ thuật khâu qua nội soi. Trong số 44 bệnh nhân được phẫu thuật thì có 36 trường hợp (chiếm 81,8%) cầm máu bằng khâu qua nội soi với số mũi khâu trung bình là $2,5 \pm 0,89$ mũi (ít nhất là 1 mũi và nhiều nhất là 4 mũi). Có 8 trường hợp (chiếm 18,2%) cầm máu bằng đốt điện dao hai cực. Sinh mô tả kỹ thuật bóc nhân xơ bằng Morcerator khi nhân xơ vẫn

còn nằm trong lớp cơ tử cung, chưa được bóc tách ra, tuy nhiên chúng tôi không áp dụng kỹ thuật này [6].

Theo Litta so sánh giữa kỹ thuật bóc nhân xơ bằng dao siêu âm và dao điện thì thấy rằng bóc nhân xơ bằng dao siêu âm nhanh hơn và giảm lượng máu mất hơn so với bóc bằng dao điện [3]. Trong nghiên cứu này kỹ thuật bóc nhân xơ chủ yếu bằng dao điện, cầm máu bằng dao hai cực hoặc khâu qua nội soi.

3. Kết quả bóc nhân xơ

Trong 62 bệnh nhân được chỉ định bóc nhân xơ qua nội soi thì có 44 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm 71%, còn lại 29% các trường hợp phải chuyển sang mổ bụng vì lý do nhân xơ quá to hoặc nằm ở vị trí khó (bảng 1) Theo Kaminski nghiên cứu hồi cứu trong 10 năm tại Viện trường đại học Varsava – Ba lan thì tỷ lệ phải chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở là 9,6% [2], nguyên nhân chủ yếu là do u to, dính hoặc vị trí nhân xơ khó khâu qua nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phải chuyển từ nội soi sang mổ mở cao hơn của tác giả Kaminski, có thể sàng lọc bệnh nhân trước khi quyết định phương pháp mổ nội soi hay mổ bụng của chúng tôi chưa chính xác và một phần nữa là trong nghiên cứu này có nhiều phẫu thuật viên thực hiện với trình độ tay nghề khác nhau. Lý do phải chuyển sang mổ mở của chúng tôi cũng giống nghiên cứu trên bao gồm nhân xơ nằm ở vị trí khó, nhân xơ to và cầm máu khó khăn. Kích thước nhân xơ trung bình là $49,0 \pm 16,88$ mm, số lượng nhân xơ bóc ra là $1,5 \pm 1,06$ nhân tương tự nghiên cứu của Sinha là $58,6 \pm 33$ mm và $1,85 \pm 5,706$ nhân [1]. Thời gian mổ trung bình là $72,5 \pm 39,9$ phút, so với nghiên cứu của Sinha là 60 phút [6] và nghiên cứu của Prapas là 94 phút [5]. Thời gian nằm viện là $3,45 \pm 1,06$ giảm đáng kể so với phẫu thuật mổ bụng, nghiên cứu của Peacock K và Hurst BS cũng cho thấy thời gian nằm viện và hồi phục sau phẫu

thuật cũng ngắn hơn mổ mở [4].

Phân tích lý do phải chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở chúng tôi thấy có 6 trường hợp vì có nhiều nhân xơ, trung bình là $3,83 \pm 2,3$ nhân xơ trên một bệnh nhân, nhiều nhất là 8 nhân và ít nhất là hai nhân xơ. 12 trường hợp còn lại vì lý do nhân xơ to, bóc khó khăn và khó cầm máu, kích thước u xơ trung bình là $58,17 \pm 20,50$ mm (bảng 2). Số liệu này chưa đủ lớn nên kết quả chưa thể khẳng định nhưng chúng tôi cũng khuyến cáo cần đánh giá kỹ trước khi chỉ định phẫu thuật nội soi bóc nhân xơ đặc biệt là siêu âm đánh giá kích thước và số lượng nhân xơ. Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào chuyển mổ mở vì lý do vị trí nhân xơ khó phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi bóc nhân xơ là phương pháp an toàn và hiệu quả và thẩm mỹ, ít gây tai biến trong phẫu thuật cho các phụ nữ bị u xơ tử cung trong độ tuổi sinh đẻ. Tỷ lệ tai biến thấp và thời gian nằm viện giảm đáng kể, tuy nhiên cần có sự đánh giá cẩn thận trước phẫu thuật và phẫu thuật viên cầm có kỹ năng trong phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jin C, Hu Y, Chen XC, Zheng FY, Lin F, Zhou K, Chen FD, Gu HZ. (2009). Laparoscopic versus open myomectomy-a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 145 (1): pp. 14 - 21. Epub Apr 23.
2. Kaminski P, Gajewska M, Wielgos M, Sodowski K, Szymusik I, Bartkowiak R, Marianowski P, Czuba B. (2008). Laparoscopic treatment of uterine myomas in women of reproductive age. Neuro Endocrinol Lett. 29(1): pp. 163 - 7.
3. Litta P, Fantinato S, Calonaci F, Cosmi E, Filippeschi M, Zerbetto I, Petraglia F, Florio P. (2009). A randomized controlled study comparing

harmonic versus electrosurgery in laparoscopic myomectomy. Fertil Steril. 2009 Oct 9. Epub ahead of print.

4. Peacock K, Hurst BS (2006). Laparoscopic Myomectomy. Surg Technol Int. 15: 141-5. javascript: PopUpMenu2_Set (Menu17029174);

5. Prapas Y, Kalogiannidis I, Prapas N. (2009). Laparoscopy vs laparoscopically assisted

myomectomy in the management of uterine myomas: a prospective study. Am J Obstet Gynecol. 200(2): 144.e1 - 6. Epub 2008 Nov 18.

6. Sinha R, Hegde A, Mahajan C, Dubey N, Sundaram M. (2008). Laparoscopic myomectomy: do size, number, and location of the myomas form limiting factors for laparoscopic myomectomy. J Minim Invasive Gynecol. 15 (3): pp. 292 - 300.

Summary

EVALUATION ON THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY IN 2008 AT NATIONAL HOSPITAL FOR OBSTETRICS - GYNECOLOGY

Objective: evaluate the effectiveness of laparoscopic myomectomy in 2008 in National hospital for obstetrics - gynecology. **Methods:** 62 medical files were selected. Data processing and analysis by the software SPSS 11.5. **Results:** average age of 34.7 ± 5.54 , 28.6% patients are non pregnant before, 44 cases laparoscopic myomectomy, 18 cases switched to laparotomy due to difficulties. 81.8% cases were done by laparoscopic suture with an average 2.5 sutures one patient. Two cases touch uterin cavity during myomectomy Discussion: age of patient, who suffer from fibrome need myomectomy. Hysteroscopic myomectomy requires high skilled experiences, operation times, rate of complication similar to other studies. **Conclusion:** laparoscopic myomectomy is the safe, efficient and comestic method for young patients who want to be treated myoma with uterin conservation.

Keywords: laparoscopy, myomectomy

ĐÁNH GIÁ MẬT ĐỘ XƯƠNG, TÌNH TRẠNG LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TỪ 50 TUỔI TRỞ LÊN

Lê Tiến Vương¹, Đỗ Thị Khánh Hy², Phạm Thắng³

¹Bệnh viện Đống Đa; ²Trường Đại học Y Hà Nội; ³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Đái tháo đường (ĐTĐ), là bệnh thường gặp nhất trong số các bệnh nội tiết. Một trong các biến chứng của ĐTĐ là loãng xương (LX) thứ phát. **Mục tiêu:** đánh giá mật độ xương (MĐX), tình trạng loãng xương ở nam giới ĐTĐ typ 2 từ 50 tuổi trở lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tất cả đối tượng nghiên cứu được định lượng đường máu, đo mật độ xương theo phương pháp DXA, bệnh nhân đái tháo đường được đo nồng độ insulin máu, 70 bệnh nhân nam giới đái tháo đường và 70 nam giới nhóm chứng. **Kết quả:** mật độ xương cột sống thắt lưng, cổ xương đùi ở bệnh nhân nam đái tháo đường typ 2 từ 50 tuổi trở lên là $0,83 \pm 0,18$ (g/cm^2) và $0,81 \pm 0,16$ (g/cm^2), giảm hơn so với nhóm chứng ($0,90 \pm 0,24$ và $0,90 \pm 0,26$ g/cm^2) với $p < 0,05$. Tỷ lệ giảm mật độ xương, loãng xương cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở bệnh nhân nam ĐTĐ nhóm nghiên cứu đều cao hơn so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Nhóm BN có nồng độ insulin máu thấp $< 2,6$ $\mu U/ml$ có MĐX CSTL và CXĐ thấp hơn nhóm bệnh nhân có nồng độ insulin máu bình thường với $p < 0,05$. **Kết luận:** ở nhóm đái tháo đường, mật độ xương giảm, tỷ lệ loãng xương tăng, đặc biệt ở nhóm có nồng độ insulin thấp.

Từ khóa: ĐTĐ, MĐX, loãng xương, DXA, Insulin