

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI, SO SÁNH VỚI PHẪU THUẬT MỞ CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN 103

Nguyễn Viết Trung\*; Đào Nguyên Hùng\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 125 bệnh nhân (BN) phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn, trong đó: 60 BN áp dụng phương pháp mổ mở và 65 BN áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS).

*Kết quả:* trong 65 BN được PTNS, 4 BN viêm mủ âm đạo (6,2%), 1 BN rò bàng quang-âm đạo (1,5%), 1 BN bị hoại tử mô cắt gây chảy máu phải mổ cầm máu (1,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình  $139 \pm 31,3$  phút, thời gian nằm viện trung bình  $3,8 \pm 3,2$  ngày.

Trong 60 BN mổ mở, 2 BN chảy máu mô cắt sau mổ, 2 BN viêm mủ âm đạo sau mổ, thời gian mổ trung bình  $84,34 \pm 20,2$  phút, thời gian nằm viện trung bình  $6,9 \pm 4,2$  ngày.

\* Từ khóa: U xơ tử cung; Phẫu thuật nội soi; Mổ cắt tử cung.

## EVALUATION OF EFFICACY OF LAPAROSCOPIC AND ABDOMINAL TOTAL HYSTERECTOMY ON TREATMENT OF HYSTEROLOGICAL CYST AT 103 HOSPITAL

### SUMMARY

*We conducted study of 125 cases of total hysterectomy, 65 cases used laparoscopic and 60 cases used laparotomy.*

*Results: Among 65 patients of total laparoscopic hysterectomy treated uterine fibroids, 4 cases of vaginal cuff infection after surgery accounts for 6.2%. 1 case of vesicovaginal fistula accounts 1.5%; 1 case of vaginal cuff necrosis and bleeding, open surgery to hemostatic accounts 1.5%. Average surgical time was  $139 \pm 31.3$  minutes and hospital stay time was  $3.8 \pm 3.2$  days.*

*Among 60 cases used operative surgery, 2 cases of vaginal cuff bleeding to hemostatic, 2 cases of vaginal cuff infection after surgery. Average surgical time was  $84.34 \pm 20.2$  minutes and hospital stay time was  $6.9 \pm 4.2$  days.*

\* *Key words: Hysterological cyst; Total hysterectomy; Laparoscopic hysterectomy.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là phẫu thuật phổ biến trong chuyên ngành sản phụ khoa. Tại Mỹ, năm

1965 có 426.000 phụ nữ cắt tử cung, năm 1985 là 724.000 trường hợp, năm 2005 có 824.000 trường hợp. Số BN phẫu thuật cắt tử cung chỉ đứng sau phẫu thuật lấy thai.

\* Bệnh viện 103

*Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải*

Ở Việt Nam, PTNS được áp dụng và phát triển nhanh tại các trung tâm y tế lớn. Trong lĩnh vực sản phụ khoa, PTNS được ứng dụng trên 20 năm (Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ, TP.HCM năm 1990, Bệnh viện Phụ sản TW năm 1996...). Năm 1997, Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ ứng dụng PTNS cắt tử cung hoàn toàn, tới nay hàng năm có hàng trăm BN được thực hiện cắt tử cung hoàn toàn bằng kỹ thuật này. Bệnh viện 103 bắt đầu áp dụng PTNS cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung từ năm 2007.

Để áp dụng rộng hơn kỹ thuật này và đánh giá hiệu quả phẫu thuật tại Bệnh viện 103, chúng tôi tiến hành  *nghiên cứu kết quả, ưu nhược điểm và chỉ định PTNS so với phẫu thuật mở cắt tử cung hoàn toàn.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

125 BN u xơ tử cung gồm: 65 BN mổ nội soi và 60 BN mổ mở cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện 103 từ tháng 4 - 2007 đến 10 - 2009.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN: BN phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn, được chẩn đoán xác định u xơ tử cung theo kết quả giải phẫu bệnh lý.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn không phải do u xơ tử cung, được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang kết hợp so sánh phân tích.

\* *Kỹ thuật:*

- Dụng cụ phẫu thuật:

+ Dàn máy và dụng cụ nội soi.

+ Bộ phẫu thuật sản phụ khoa.

+ Bàn mổ đa năng...

- Tiến hành phẫu thuật:

+ Thực hiện quy trình PTNS cắt tử cung hoàn toàn.

+ Thực hiện quy trình phẫu thuật mở cắt tử cung hoàn toàn.

\* *Các chỉ tiêu nghiên cứu:* tuổi; số lần sinh con; tiền sử; tình trạng phần phụ, cổ tử cung; kích thước, cân nặng u xơ và tử cung; thời gian mổ và thời gian nằm viện; điều trị giảm đau và kháng sinh sau mổ; các tai biến, biến chứng sau mổ.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

## BÀN LUẬN

### 1 Đặc điểm BN nghiên cứu.

*Bảng 1:* Đặc điểm chung của BN nghiên cứu.

ĐẶC ĐIỂM BN	PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG
-------------	---------------------------------------

	Nội soi (n = 65)	Mổ mở (n = 60)
Tuổi	46,42 ± 5,2	44,42 ± 4,6
Chưa sinh đẻ	0 (0%)	3 (5%)
Số lần đẻ	2,3 ± 2	1,9 ± 0,8
Sẹo cũ thành bụng	0 (0%)	9 (15%)
Mãn kinh	9 (13,8%)	10 (16,6%)

BN nghiên cứu phân bố ở độ tuổi 30 - 60, trong đó nhóm 46 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao, hầu hết BN trong độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2001): tuổi BN từ 20 - 60, của nhóm tác giả O'Hanlan KA, Lopez L, Dibble SL (2003): tuổi trung bình 50; Charles Chapron, Bruno Fernandez, Jean-Bernard Dubuisson (2000): tuổi trung bình 47,8.

**Bảng 2:** Đặc điểm lâm sàng của BN nghiên cứu.

CHỈ TIÊU LÂM SÀNG	PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG		p
	Nội soi (n = 65)	Mổ mở (n = 60)	
Tình trạng phần phụ			
Bình thường	23 (35,4%)	12 (20%)	< 0,05
Có u nang	12 (18,5%)	8 (13,3%)	> 0,05
Viêm dính	9 (13,8%)	20 (33,3%)	< 0,05
Lạc nội mạc tử cung	1 (1,5%)	5 (8,4%)	< 0,05
Quá phát buồng trứng	20 (30,8%)	15 (25%)	< 0,05
Tình trạng cổ tử cung			
Bình thường	15 (23,1%)	10 (16,6%)	< 0,05
Lộ tuyến	6 (9,2%)	5 (8,3%)	> 0,05
Polyp	4 (6,2%)	7 (11,7%)	> 0,05
Viêm loét	40 (61,5%)	38 (63,4%)	> 0,05
Kích thước tử cung			
Đo trên siêu âm (mm)	101,69 ± 18,2	202 ± 25,2	< 0,01
Ước lượng trên lâm sàng (tính theo tuần thai)	9,1 ± 1,9	14 ± 2,1	< 0,01

Tình trạng phần phụ, cổ tử cung, kích thước tử cung trên siêu âm và lâm sàng là căn cứ quan trọng để lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện PTNS cắt tử cung hoàn toàn cho BN có kích thước tử cung tương đương tử cung có thai 9,1 tuần. Nghiên cứu

của Leonard F, Chopin N và Borghese B: PTNS nên thực hiện ở người bệnh có kích thước tử cung < 10 cm.

## 2. Kết quả điều trị phẫu thuật.

Bảng 3: Kết quả điều trị phẫu thuật.

CHỈ TIÊU LÂM SÀNG	PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG		p
	Nội soi (n = 65)	Mổ mở (n = 60)	
Cân nặng của tử cung sau mổ (gr)	182 ± 67,1	450,8 ± 86,2	< 0,05
Thời gian mổ (phút)	139 ± 31,3	84,34 ± 20,2	> 0,05
Số liều giảm đau sau mổ	1,2 ± 0,6	4,2 ± 0,5	< 0,05
Số ngày dùng kháng sinh	5,7 ± 2,6	7,2 ± 2,5	> 0,05
Thời gian trung tiện (giờ)	24,46 ± 5,6	43,5 ± 15,3	< 0,05
Thời gian nằm viện (ngày)	3,8 ± 3,2	6,9 ± 4,2	< 0,05

Kết quả cho thấy: PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở: ít đau hơn (theo Mazoni M, Perniola G, Hannuna K: người bệnh phải dùng giảm đau sau PTNS thấp hơn nhiều so với mổ mở). Số ngày sử dụng kháng sinh sau mổ thấp hơn, khẳng định ưu điểm của PTNS so với mổ mở, giúp người bệnh tránh tai biến do tiêm truyền, giảm chi phí điều trị.

Thời gian xuất hiện trung tiện của nhóm PTNS cũng sớm hơn, giảm nguy cơ liệt ruột sau mổ và giúp người bệnh ăn uống, dinh dưỡng sớm, do đó, thời gian nằm viện ngắn và nhanh hồi phục sức khỏe hơn so với mổ mở.

Thời gian nằm viện trung bình 3,8 ngày ở nhóm PTNS và 6,9 ngày với nhóm mổ mở, như vậy thời gian nằm viện của PTNS chỉ bằng 1/2 thời gian nằm viện mổ mở. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các tác giả: Oberamair A, Manolitsas TP, Leung Y: thời gian nằm viện của PTNS là 4,4 ± 3,0 ngày, mổ mở là 7,9 ± 3,9 ngày. Malzoni M, Perniola G, Hanunna K: thời gian nằm viện trung bình của PTNS là 2,4 ± 1 ngày. Như vậy, PTNS có thời gian điều trị ngắn, giúp người bệnh tiết kiệm được thời gian, tiền bạc, mang lại hiệu quả kinh tế và lợi ích cho xã hội.

Tuy nhiên, qua nghiên cứu chúng tôi thấy không nên chỉ định PTNS cho u xơ tử cung kích thước lớn. Nhóm cắt tử cung qua nội soi có trọng lượng tử cung nhỏ nhất 95 gr, lớn nhất 400 gr, nhóm mổ mở trọng lượng tử cung nhỏ nhất 90 gr và lớn nhất 1540 gr, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## 3. Tai biến, biến chứng.

125 BN phẫu thuật không có tai biến, biến chứng trong mổ.

Bảng 4: Biến chứng sau phẫu thuật.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT	PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG		p
	Nội soi (n = 65)	Mổ mở (n = 60)	
Không biến chứng	59 (90,8%)	56 (93,4%)	> 0,05
Rò bàng quang âm đạo	1 (1,5%)	0 (0%)	> 0,05
Viêm mủ âm đạo	4 (6,2%)	2 (3,3%)	> 0,05
Hoại tử mủ âm đạo chảy máu	1 (1,5%)	2(3,3%)	> 0,05

Biến chứng sau phẫu thuật nội soi: 9,2% (6/65 trường hợp). 1 trường hợp sau PTNS ngày thứ 9 bị hoại tử mủ âm đạo gây chảy máu âm đạo, cầm máu đường âm đạo không thành công, phải mổ mở cầm máu (1,5%); 1 trường hợp rò bàng quang âm đạo, đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo bằng sonde Foley, lưu sonde 30 ngày, BN hết rò. 4 trường hợp viêm mủ âm đạo sau phẫu thuật, làm thuốc, đặt kháng sinh âm đạo, sau 1 tuần mủ âm đạo liền. Với nhóm mổ mở, tỷ lệ tốt 93,4%, biến chứng sau mổ 6,6%, khác biệt về biến chứng giữa hai nhóm phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê. Leonard F, Chopin N và Borghese B nghiên cứu 1.769 trường hợp PTNS cắt tử cung hoàn toàn thấy: tai biến trong mổ 0,68%, chủ yếu do chọc trocar gây tràn khí dưới da và tổn thương mạch máu thành bụng; biến chứng sau mổ 5,7% (2 BN chảy máu phúc mạc phải mở bụng, 2 BN tổn thương ruột, các biến chứng viêm nhiễm khác...).

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 125 BN phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung trong đó: 65 BN PTNS, 60 BN mổ mở, chúng tôi thấy: PTNS cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung là phương pháp mới, tiên tiến, ứng dụng thành công tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện 103:

- PTNS có nhiều ưu điểm: thời gian nằm viện ( $3,8 \pm 3,2$  ngày) ngắn hơn so với mổ mở ( $6,9 \pm 4,2$  ngày), số lần dùng thuốc giảm đau sau mổ ( $1,2 \pm 0,6$  liều) ít hơn mổ mở ( $4,2 \pm 0,5$  liều), dùng thuốc kháng sinh ( $5,7 \pm 2,6$  ngày) cũng ngắn hơn mổ mở ( $7,2 \pm 2,5$  ngày).

- PTNS nên chỉ định cho BN có kích thước tử cung trung bình  $101,69 \pm 18,2$  mm (bằng với tử cung có thai  $\leq 12$  tuần), nên hạn chế chỉ định nội soi cho những BN có u xơ tử cung kích thước lớn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Áp dụng phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ. Tạp chí Phụ sản Việt Nam. 2001, tháng 9, số 2, tr.29-32.

2. *Trần Bá Tín, Võ Thị Bích Vân, Đặng Ngọc Thuận*. PTNS cắt tử cung tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Quảng Ngãi. Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh. 2008, tập 12, phụ bản số 4.

3. *Mai Trọng Hưng*. Nghiên cứu ứng dụng PTNS cắt tử cung hoàn toàn trong điều trị bệnh u xơ tử cung. Luận văn Thạc sỹ Y học. 2005.

4. *O'Hanlan KA, Lopez L, Dibble SL, Garnier AC, Huang GS, Leuchtenberger M* Total laparoscopic hysterectomy: body mass index and outcomes obstet gynecol. 2003, 102 (6), pp.13841392

5. *Leonard F, Chopin N, Borghese B, Fotso A, Foulot H, Coste J, Mignon A, Chapron C*. Total laparoscopic hysterectomy: preoperative risk factors for conversion to laparotomy. 2005.

6. *Charles Chapron , Bruno Fernandez, Jean-Bernard Dubuisson*. Total hysterectomy for benign pathologies: direct costs comparison between laparoscopic and abdominal hysterectomy. Accepted 1999, 2, August.