

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG KÍCH THƯỚC LỚN

Nguyễn Viết Trung\*; Đào Nguyên Hùng\*; Đào Thế Anh\*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu:* nhận xét về chỉ định, đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị u xơ tử cung kích thước lớn. *Đối tượng và phương pháp:* 110 bệnh nhân u xơ tử cung kích thước lớn được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần. *Kết quả:* kích thước tử cung trung bình trước phẫu thuật  $17,8 \pm 3,6$  tuần. Test sàng lọc cổ tử cung âm tính. Trọng lượng tử cung và u sau phẫu thuật trung bình  $655,8 \pm 210$  g. Thời gian mổ trung bình  $102,1 \pm 28,6$  phút. 90,9% bệnh nhân dùng kháng sinh dự phòng. Ít đau sau mổ. Ngày nằm viện ngắn, nhanh phục hồi sức khỏe, giảm chi phí điều trị... Không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. *Kết luận:* phẫu thuật nội soi được áp dụng thành công trong điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103.

\* Từ khóa: U xơ tử cung kích thước lớn; Phẫu thuật nội soi; Cắt tử cung bán phần.

### **Evaluate Efficacy of Laparoscopic Supracervical Hysterectomy to Treat Large Uterine Fibroids**

#### Summary

*Objectives:* To comment indication and evaluate early results of laparoscopic supracervical hysterectomy to treat large uterine fibroids. *Subjects and methods:* 110 patients with large uterine fibroids were treated by laparoscopic supracervical hysterectomy. *Results:* Mean size of the preoperative uterus and fibroids was  $17.8 \pm 3.6$  weeks. Cervical screening negative, mean postoperative uterine and fibroid weight  $655.8 \pm 210$  g. Average operative time was  $102.1 \pm 28.6$  minutes. 90.9% of patients used prophylactic antibiotics. Less pain after surgery. Short hospital stay, quick recovery, reduced costs... No accidents, complications during and after surgery were observed. *Conclusion:* Laparoscopic surgery had been successfully applied in the treatment of large uterine fibroids at 103 Military Hospital.

\* *Keywords:* Large uterine fibroids; Laparoscopic surgery; Supracervical hysterectomy.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1989, Harry Reich thực hiện ca phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt tử cung hoàn toàn đầu tiên. Năm 1990, tiến hành

ca mổ nội soi cắt tử cung bán phần đầu tiên trên thế giới. Ngày nay, PTNS cắt tử cung đã trở thành thường quy, bệnh lý u xơ tử cung được chỉ định điều trị PTNS đang dần thay thế cho mổ mở [2].

\* Bệnh viện Quân y 103

**Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Viết Trung (bstrung103@gmail.com)**

**Ngày nhận bài: 10/06/2018; Ngày phản biện đánh giá bài báo: 07/07/2018**

**Ngày bài báo được đăng: 02/08/2018**

Cùng với sự phát triển của dụng cụ nội soi và kỹ năng thực hành phẫu thuật của phẫu thuật viên, những u xơ tử cung có kích thước lớn đã và đang được áp dụng PTNS. Nhiều phẫu thuật viên đã PTNS thành công cho bệnh nhân (BN) có u xơ kích thước rất lớn: James Fanning (2008) PTNS cho BN có trọng lượng tử cung và u trung bình 1.090 g, u lớn nhất 1.650 g, kết quả sau mổ tốt tương tự nhóm BN mổ nội soi cắt tử cung với khối u xơ kích thước bình thường [3].

Tại Việt Nam, PTNS cắt tử cung với u xơ kích thước nhỏ hơn tử cung có thai 12 tuần thành thường quy ở các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh và một số bệnh viện ngành. Tuy nhiên, với u xơ tử cung kích thước lớn (kích thước u và tử cung > tử cung có thai 12 tuần) vẫn còn ý kiến khác nhau về lựa chọn chỉ định PTNS hay mổ mở [3]. Để góp phần hoàn thiện kỹ thuật nội soi cắt tử cung bán phần điều trị u xơ kích thước lớn, từ năm 2013, Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 103 đã ứng dụng PTNS điều trị u xơ tử cung kích thước lớn, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

110 BN u xơ tử cung kích thước lớn được PTNS cắt tử cung bán phần tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5 - 2015 đến 10 - 2017.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn BN:*

- U xơ tử cung kích thước lớn (kích thước > tử cung có thai 12 tuần).

- Cổ tử cung không có thương tổn. Phiến đồ âm đạo, cổ tử cung bình thường.

- Không có chống chỉ định gây mê nội khí quản và PTNS.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- U xơ tử cung kích thước nhỏ (kích thước < tử cung có thai 12 tuần).

- PTNS cắt tử cung không do u xơ tử cung.

- Các bệnh lý toàn thân nặng hoặc đang tiến triển, không có chỉ định PTNS.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, can thiệp lâm sàng, phân tích không đối chứng.

- Thiết kế bệnh án nghiên cứu, thu thập số liệu theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

- BN được khám trước mổ, làm các xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm đầu dò âm đạo...), chẩn đoán xác định u xơ tử cung kích thước lớn.

- Mô tả kỹ thuật:

+ BN ở tư thế sản khoa. Đặt cần nâng, đẩy tử cung.

+ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản.

+ Đặt 4 trocar (1 trocar trên rốn 10 mm, 1 trocar hố chậu trái 10 mm, 2 trocar 5 mm ở hạ vị và hố chậu phải).

+ Kiểm tra ổ bụng và tử cung, đốt cắt các phương tiện giữ tử cung, giải phóng tử cung, cắt tử cung bán phần, lấy bệnh phẩm bằng máy bào tổ chức, đóng mỏm cổ tử cung, kiểm tra cầm máu, lau rửa ổ bụng.

+ Đuổi khí, rút dụng cụ, đóng chân trocar.  
- Theo dõi sau mổ (mức độ đau, thời gian trung tiện, thời gian vận động, số liều dùng kháng sinh, số ngày điều trị...).

\* *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán: tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, so sánh 2 giá trị bằng t-test... Độ tin cậy có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.**

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu  $49,3 \pm 6,6$ , thấp nhất 31 tuổi, cao nhất 67 tuổi. 72,7% sống ở khu vực thành thị. Lý do BN đi khám và phát hiện u xơ tử cung hay gặp nhất là đau bụng dưới (60%), 24,4% tình cờ phát hiện u xơ tử cung khi siêu âm ổ bụng trong khám sức khỏe định kỳ (không có triệu chứng lâm sàng nào).

### **2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.**

- BN có  $\geq 2$  con chiếm tỷ lệ cao (89,1%), BN đẻ 1 con chiếm 10,9%.

- 30/110 BN (27,3%) có tiền sử mổ cũ ổ bụng, trong đó 20 BN có tiền sử mổ đẻ 1 lần, 10 BN có tiền sử mổ đẻ 2 lần. BN có vết mổ ổ bụng cũ thường được cân nhắc kỹ khi chỉ định mổ nội soi do tình trạng dính trong ổ bụng, đặc biệt là dính ở vùng tiểu khung làm cho quá trình phẫu thuật phức tạp, khó khăn, nguy cơ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ cao hơn BN không có vết mổ cũ ổ bụng. Khi chỉ định PTNS cắt tử cung bán phần ở BN có u xơ kích thước lớn có sẹo mổ cũ ổ bụng,

cần làm đúng quy trình: khám lâm sàng kỹ, đánh giá: tử cung di động, sẹo mổ cũ dính, tử cung treo, dính vào thành bụng, bàng quang hoặc các tạng khác có dính...?

- Kích thước tử cung và u xơ trên lâm sàng:

Bằng tử cung có thai  $> 12 - 14$  tuần: 24 BN (21,8%), bằng tử cung có thai 15 - 20 tuần: 70 BN (63,6%), bằng tử cung có thai  $> 20$  tuần: 16 BN (14,6%). Kích thước trung bình của tử cung và u to như tử cung có thai  $17,8 \pm 3,6$  tuần. Rakesh Sinha và CS [4] thực hiện PTNS cắt tử cung cho 173 BN u xơ tử cung có tử cung to tương đương với tử cung có thai 18 tuần, BN có tử cung to nhất tương đương với tử cung có thai 32 tuần (trọng lượng 3.200 g). Các tác giả kết luận: PTNS cắt tử cung có thể thực hiện được cho mọi BN, tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí kích thước của khối u và sự hỗ trợ của các dụng cụ PTNS hiện đại...

- Tình trạng cổ tử cung trước phẫu thuật: 100% BN làm test Hinselmann, Schiler không thấy thương tổn tại cổ tử cung, test Pap'Smear bình thường. Kết quả tế bào học đóng vai trò quan trọng trong chỉ định có hay không cắt cổ tử cung.

### **3. Đặc điểm tử cung và phân phụ trong phẫu thuật.**

- Vị trí u xơ: 18 BN u xơ ở eo tử cung, 10 BN u xơ ở trong dây chằng rộng. Ở những BN này, quá trình phẫu thuật khó khăn, thời gian mổ lâu vì để tránh nguy cơ chảy máu cần phẫu tích và khống chế mạch máu cẩn thận...

- Cách xử lý mạch máu trong PTNS u xơ tử cung kích thước lớn:

+ Phẫu thuật viên cần nắm chắc giải phẫu của vùng tiểu khung, đặc biệt giải phẫu của hệ mạch tử cung và phần phụ, những thay đổi ở từng BN do u xơ gây ra.

+ Thực hiện đúng quy trình phẫu thuật: mở cửa sổ trong dây chằng rộng, bộc lộ rõ bó mạch tử cung, sau đó khâu buộc hoặc đốt cầm máu riêng bó mạch tử cung hai bên. Tiếp theo, đốt và cắt mạch máu ở vòi tử cung và buồng trứng. Sau khi khống chế hai nguồn mạch chính đến nuôi tử cung và u, có thể dùng máy bào tổ chức lấy bớt tổ chức u xơ và tử cung để làm rộng trường mổ...

+ Xử lý mạch máu là bước quan trọng nhất trong PTNS u xơ kích thước lớn, nếu thực hiện không tốt có thể gây chảy máu, đốt cầm máu nhiều làm tổn thương các cơ quan vùng chậu, nhất là niệu quản, bàng quang, gây biến chứng sau mổ như rò bàng quang - âm đạo, rò niệu quản - bàng quang - âm đạo...

- Với u xơ ở vị trí đặc biệt (dây chằng rộng, eo tử cung...): phẫu tích khống chế mạch máu, bộc lộ niệu quản, bóc u xơ, sau đó mới cắt tử cung. Horace Roman thực hiện cắt tử cung nội soi cho 18 BN có u xơ kích thước từ 800 - 1.000 g, kinh nghiệm cầm máu trong phẫu thuật là cầm máu tận gốc của động mạch tử cung. Tác giả tiến hành bộc lộ động mạch chậu trong, tìm động mạch tử cung tại vị trí phân chia, sau đó mới thắt hoặc đốt [5].

- Trọng lượng tử cung và u sau phẫu thuật trung bình:  $655,8 \pm 210$  g, nhỏ nhất 402 g,

lớn nhất 964 g. Nhóm BN có trọng lượng tử cung từ 601 - 700 g chiếm tỷ lệ cao nhất (40%). Theo Bernd Bojahr và CS [6], PTNS cắt tử cung bán phần điều trị u xơ tử cung kích thước lớn có thể thực hiện an toàn ở BN có kích thước u > 500 gr, kể cả có tổn thương phối hợp như lạc nội mạc tử cung hay dính do sẹo mổ cũ. Tác giả đưa ra kết luận PTNS cắt tử cung bán phần ở BN có kích thước u lớn có thể thực hiện an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng không thay đổi, tùy thuộc vào kỹ năng phẫu thuật của phẫu thuật viên và tiến bộ của dụng cụ, đặc biệt là dụng cụ cầm máu và máy bào tổ chức.

*Bảng 1:* Trọng lượng trung bình tử cung sau phẫu thuật.

Tác giả	Năm	Số BN	Trọng lượng trung bình (g)
Wenjie Zeng [7 ]	2015	18	$1.105 \pm 285$
Rakesh Sinha [4 ]	2009	174	700
James Fanning [3]	2008	15	1.090
Nguyễn Viết Trung	2017	110	$655,8 \pm 210$

- Kết quả giải phẫu bệnh: 100% BN được làm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, trong đó 89,2% BN u cơ trơn tử cung đơn thuần, 5,4% BN u cơ trơn tử cung kết hợp với lạc nội mạc tử cung vào cơ tử cung, 5,4% BN u cơ trơn tử cung kết hợp với lạc nội mạc tử cung vào hai buồng trứng.

#### 4. Kết quả điều trị.

- Thời gian phẫu thuật: trung bình  $102,1 \pm 28,6$  phút, nhanh nhất 80 phút,

lâu nhất 180 phút. Thời gian phẫu thuật trong khoảng 91 - 120 phút chiếm tỷ lệ cao nhất (60%).

- Thời gian trung tiện sau phẫu thuật: ngày đầu sau mổ 89,1%, ngày thứ hai 90,9%, ngày thứ ba 100%.

- Tình trạng vận động sau phẫu thuật (vận động khi nằm tại giường, ngồi dậy và đi lại): ngày thứ nhất: 27,2% BN ngồi dậy, chưa BN nào đi lại được, 72,8% BN còn nằm tại giường; ngày thứ hai: 100% BN tự ngồi dậy, 9,1% đã tập đi lại, không còn BN nằm. Ngày thứ ba: 100% BN đi lại được.

- Dùng thuốc giảm đau: 99,1% BN dùng duy nhất 1 liều giảm đau ở ngày đầu tiên sau mổ. Ngày thứ hai, chỉ còn 1 BN (0,9%) phải dùng thuốc giảm đau.

- Cách dùng kháng sinh: kháng sinh dự phòng cho 100 BN (90,9%), 4 BN chuyển từ kháng sinh dự phòng sang kháng sinh điều trị do sốt sau mổ, 6 BN u lớn, sẹo mổ cũ dính nặng, phẫu tích nhiều, thời gian mổ lâu... được dùng kháng sinh điều trị từ đầu.

- Chuyển mổ mở: không BN nào phải chuyển mổ mở.

- Thời gian nằm viện sau mổ: thời gian nằm viện trung bình  $2,45 \pm 1,23$  ngày, số BN nằm viện 2 - 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (72,7%). Nghiên cứu của Katherine A O'Hanlan [8]: thời gian nằm viện của BN PTNS  $1,8 \pm 0,9$  ngày.

Hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dự phòng và PTNS giúp giảm chi phí mua

thuốc, đồng thời giảm chi phí khác do rút ngắn ngày nằm viện...

### **5. Tai biến và biến chứng.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN bị tai biến trong quá trình phẫu thuật, kể cả tai biến về gây mê và thao tác kỹ thuật. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi không lớn (110 BN). Cần nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn.

Bernd Bojahr (2009) [6] nghiên cứu 1.000 BN phẫu thuật cắt tử cung bán phần bằng PTNS, trong đó 68 BN có u xơ tử cung kích thước lớn (59 BN có trọng lượng u từ 500 - 1.000 g, 9 BN có u > 1.000 g), có sử dụng máy bào tổ chức, chỉ 1 BN có biến chứng trong mổ là thủng bàng quang do u to và BN có sẹo mổ cũ dính, quá trình bóc tách khó khăn gây tổn thương bàng quang. 3 BN biến chứng sau mổ, viêm rò bàng quang. Không gặp các biến chứng khác.

### **KẾT LUẬN**

PTNS cắt tử cung bán phần điều trị u xơ kích thước lớn được thực hiện thành công ở Bệnh viện Quân y 103, đây là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, BN phục hồi sớm, ít đau...

Về kỹ thuật phẫu thuật: mở cửa sổ trong dây chằng rộng, bóc lộ không chế nguồn mạch nuôi u và tử cung, dùng máy bào lấy bớt tổ chức u và tử cung làm rộng trường mổ, bóc u ở vị trí đặc biệt (eo tử cung, dây chằng rộng), phẫu tích thận trọng ở BN dính ổ bụng do vết mổ cũ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Nguyễn Bá Mỹ Nhi*. Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Phụ sản. 2001, 2, tr.29-32.
2. *Harry Reich*. Laparoscopic hysterectomy. International for Gynecologic Endoscopy. 2003, 9 (2).
3. *James Fanning, Bradford Fenton et al*. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy for uteri weighing 1,000 grams or more. JSLS. 2008, 12, pp.376-379.
4. *Rakesh Sinha, Meenakshi Sundaram, Smita Lakhotia et al*. Total laparoscopic hysterectomy for large uterus. J Gynecol Endosc Surg. 2009, 1 (1), pp.34-39.
5. *Horace Roman, Joel Zanati et al*. Laparoscopic hysterectomy of large uteri with uterine artery coagulation at its origin. JSLS. 2008, 12, pp.25-29.
6. *Bernd Bojahr, Garri Tchatchian, Ralf Ohlinger*. Laparoscopic supracervical hysterectomy: A retrospective analysis of cases. JSLS. 2009, 13, pp.129-134.
7. *Wenjie Zeng, Liyou Chen, Weijie Du et al*. Laparoscopic hysterectomy of large uteri using three-trocar technique. Int J Clin Exp Med. 2015, 8 (4), pp.6319-6326.
8. *O'Hanlan K.A, Dibble S.L, Fisher D.T*. Total laparoscopic hysterectomy for uterine pathology: Impact of body mass index on outcomes. Gynecologic Oncology. 2006, 103, pp.938-941.