

# RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ADENOMYOSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AND SOME RELATED FACTOR

Nguyen Minh Tuan<sup>1\*</sup>, Vu Van Du<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ha Dong General Hospital - 2 Be Van Dan Street, Quang Trung Ward, Ha Dong Dist, Hanoi City, Vietnam

<sup>2</sup>National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hang Bong Ward, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 01/11/2024

Revised: 18/11/2024; Accepted: 22/02/2025

## ABSTRACT

**Objective:** Description of the treatment results of patients with adenomyosis undergoing surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG).

**Subjects and methods:** Descriptive, retrospective study of data from 296 patients with adenomyosis undergoing surgery at the NHOG from January 1, 2022 to December 31, 2023.

**Results:** The rate of patients with simple adenomyosis was 65.5%; adenomyosis and leiomyomas was 34.5%. Patients who underwent laparoscopic surgery accounted for 74.7%; open surgery accounted for 23.0%; laparoscopic surgery converted to open surgery was 2.3%. Bleeding complications encountered during surgery were 2.7% and 1 case of small bowel perforation accounted for 0.4%. The rate of postoperative blood transfusion was 27.0%. The success rate was 97.3%. There were 08 cases of failure (including 07 cases of bleeding and 01 case of small bowel perforation) accounted for 2.7%. The treatment method was related to the number of days in hospital ( $p < 0.05$ ). The success rate of treatment in the group with simple adenomyosis was 98.9%, higher than that in the group with adenomyosis and leiomyomas with 94.1% ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Hysterectomy is the only definitive treatment for patients with adenomyosis who have completed childbearing. Treatment outcomes are related to disease subtype classification. However, none of the cases in the study had uterus-sparing surgery.

**Keywords:** Adeomyosis, hysterectomy.

---

\*Corresponding author

**Email:** minhtuannnguyen2212@gmail.com **Phone:** (+84) 919287522 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2099**

# KẾT QUẢ XỬ TRÍ BỆNH NHÂN TUYẾN CƠ TỬ CUNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Minh Tuấn<sup>1\*</sup>, Vũ Văn Du<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - Số 2 Bế Văn Đàn, P. Quang Trung, Q. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương - 43 Tràng Thi, P. Hàng Bông, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01/11/2024

Chỉnh sửa ngày: 18/11/2024; Ngày duyệt đăng: 22/02/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả xử trí bệnh nhân tuyến cơ tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu số liệu 296 bệnh nhân bệnh tuyến cơ tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2022 đến 31/12/2023.

**Kết quả:** Bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần chiếm 65,5%; bệnh tuyến cơ tử cung và u cơ trơn chiếm 34,5%. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ 74,7%; phẫu thuật mở, chiếm tỷ lệ 23,0%; phẫu thuật nội soi chuyển mô mở 2,3%. Tai biến chảy máu gặp phải trong mổ là 2,7% và 1 trường hợp thủng ruột non, chiếm tỷ lệ 0,4%. Tỷ lệ phải truyền máu sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 27,0%. Tỷ lệ thành công là 97,3%. Có 08 trường hợp thất bại (bao gồm 07 trường hợp chảy máu và 01 trường hợp thủng ruột non) chiếm tỷ lệ 2,7%. Phương pháp xử trí có liên quan đến số ngày nằm viện ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần là 98,9% cao hơn so với nhóm bệnh tuyến cơ tử cung và u cơ trơn với 94,1% ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Phương pháp cắt bỏ tử cung là phương pháp điều trị dứt điểm duy nhất cho những bệnh nhân bị bệnh tuyến cơ tử cung đã hoàn tất quá trình sinh con. Kết quả điều trị có liên quan đến phân loại nhóm bệnh. Tuy vậy, chưa có trường hợp nào trong nghiên cứu được phẫu thuật bảo tồn tử cung.

**Từ khóa:** Bệnh tuyến cơ tử cung, phẫu thuật cắt tử cung.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tuyến cơ tử cung (adenomyosis) được miêu tả lần đầu tiên vào những năm 1990. Sau khi có sự xuất hiện về bệnh tuyến cơ tử cung, nhiều khái niệm đã được đưa ra nhằm định nghĩa và chẩn đoán bệnh tuyến cơ tử cung. Bệnh tuyến cơ tử cung hay còn gọi là lạc tuyến nội mạc tử cung trong cơ tử cung (LTNMTCTC) là hiện tượng các mô tuyến trong nội mạc tử cung xuất hiện và phát triển trong lớp cơ tử cung. Bình thường biểu mô tuyến chỉ có ở lớp nội mạc tử cung, có chu kỳ phát triển và thoái triển theo chu kỳ hormon sinh dục nữ, tạo ra hiện tượng kinh nguyệt. Khi mô tuyến này lạc vào trong cơ tử cung sẽ tạo ra tình trạng bệnh lý bất thường [1],[2].

Việc điều trị hiện nay đối với bệnh tuyến cơ tử cung vẫn còn là vấn đề cần được nghiên cứu thêm có đối chứng lâm sàng, cận lâm sàng với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

Điều trị triệt để bằng phẫu thuật cắt hoàn toàn tử cung hay điều trị phẫu thuật bảo tồn giảm bớt khối tuyến cơ tử cung giúp cải thiện các triệu chứng do bệnh tuyến cơ tử cung gây ra [3].

Tại nhiều cơ sở y tế nói chung cũng như tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá một cách tổng quát bức tranh hệ thống lại kết quả của phương pháp điều trị ngoại khoa đối với bệnh tuyến cơ tử cung.

Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Mô tả kết quả xử trí bệnh nhân tuyến cơ tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan”.

\*Tác giả liên hệ

Email: minhantuannguyen2212@gmail.com Điện thoại: 919287522 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2099>

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu số liệu bệnh án.

### 2.2. Địa điểm và thời gian

- Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2023 đến tháng 10/2024.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân đến khám, được chẩn đoán bệnh tuyến cơ tử cung và có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 1/1/2022 đến ngày 31/12/2023.

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Tất cả bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh học là bệnh tuyến cơ tử cung
- + Bệnh nhân vẫn còn hành kinh
- + Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt tử cung và được làm giải phẫu bệnh lý.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

- + Không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán Bệnh tuyến cơ tử cung
- + Bệnh nhân đang có thai
- + Bệnh nhân không được phẫu thuật cắt tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- + Bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết để nghiên cứu.

### 2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Chọn mẫu: Dùng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

Nghiên cứu mô tả nên cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó:

- + n: cỡ mẫu tối thiểu dành cho người nghiên cứu.
- + Z: hệ số tin cậy (với mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha = 0,05$  thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ).
- + p: tỷ lệ bệnh tuyến cơ tử cung; theo nghiên cứu của tác giả Chunda RG[4] (2013), tỷ lệ bệnh tuyến cơ tử cung qua mô bệnh học là 20,5%, vậy chọn  $p=0,205$ .
- +  $\epsilon$ : khoảng sai lệch tương đối, chọn  $\epsilon = 0,25$ .

Thay vào công thức trên ta được cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu là  $n=239$ . Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được thông tin của 296 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu từ ngày 1/1/2022 đến ngày 31/12/2023.

### 2.5. Biến số nghiên cứu

Bao gồm các về kết quả điều trị polyp niêm mạc BTC ở bệnh nhân vô sinh: kết quả xử trí (thành công, thất bại), biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian nằm viện và một số yếu tố liên quan.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả xử trí thành công hoặc thất bại: xử trí thất bại bao gồm những trường hợp phải chuyển mổ mở hoặc có tai biến trong mổ. Xử trí thành công: thực hiện thành với chỉ định phương pháp đầu tiên, không phải chuyển phương pháp khác và không có tai biến trong mổ.

### 2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Hồi cứu số liệu của bệnh nhân có trong bệnh án tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo tiêu chuẩn lựa chọn và ghi chép lại vào phiếu thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu.

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng phép thống kê mô tả để mô tả các tần số, tỷ lệ đối với biến định tính và trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng các thông tin trên bệnh án, không can thiệp đến đối tượng. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã hóa, đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu thực hiện khi Hội đồng chăm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và Ban lãnh đạo Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho phép thực hiện.

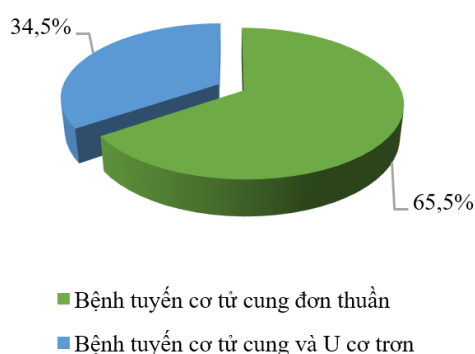
## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Kết quả xử trí bệnh nhân tuyến cơ tử cung được phẫu thuật

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

| Nhóm tuổi                      | Số lượng (n)             | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------|--------------------------|-----------|
| 18 – 29 tuổi                   | 1                        | 0,3       |
| 30 – 39 tuổi                   | 19                       | 6,4       |
| 40 – 49 tuổi                   | 190                      | 64,2      |
| 50 – 59 tuổi                   | 86                       | 29,1      |
| ≥ 60 tuổi                      | 0                        | 0         |
| Tổng số                        | 296                      | 100       |
| $\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN) | $46,6 \pm 4,8$ (19 – 55) |           |

Nhận xét: Trung bình tuổi của đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu là  $46,6 \pm 4,7$  tuổi (nhỏ nhất là 19 và cao nhất là 55 tuổi).



**Biểu đồ 1. Phân loại nhóm bệnh tuyến cơ tử cung**

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 194 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần, chiếm tỷ lệ 65,5%; còn lại 102 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung và u cơ trơn, chiếm tỷ lệ 34,5%.

**Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật cắt tử cung trên bệnh tuyến cơ**

| Phương pháp phẫu thuật          | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|--------------|-----------|
| Phẫu thuật nội soi              | 221          | 74,7      |
| Phẫu thuật mở                   | 68           | 23,0      |
| Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở | 7            | 2,3       |
| Tổng số                         | 296          | 100       |

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật nội soi với 221 trường hợp, chiếm tỷ lệ 74,7%. Có 68 trường hợp được phẫu thuật mở, chiếm tỷ lệ 23,0%. Có 7 trường hợp phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở, chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,3%.

**Bảng 3. Tỷ lệ tai biến, thời gian nằm viện và kết quả xử trí (n=296)**

| Đặc điểm           |                                | Số lượng (n)                | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Tai biến trong mổ  | Chảy máu                       | 7                           | 2,7       |
|                    | Thủng ruột non                 | 1                           | 0,4       |
| Truyền máu sau mổ  | Có                             | 80                          | 27,0      |
|                    | Không                          | 216                         | 73,0      |
| Thời gian nằm viện | 2 – 5 ngày                     | 113                         | 38,2      |
|                    | 6 – 7 ngày                     | 153                         | 51,7      |
|                    | > 7 ngày                       | 30                          | 10,1      |
|                    | $\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN) | 6,0 $\pm$ 1,6 (4 – 15) ngày |           |
| Kết quả xử trí     | Thành công                     | 288                         | 97,3      |
|                    | Thất bại                       | 8                           | 2,7       |

Nhận xét:

Tai biến chảy máu gặp phải trong mổ là 2,7% và 1 trường hợp thủng ruột non, chiếm tỷ lệ 0,4%. Tỷ lệ phải truyền máu sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 27,0%.

Thời gian nằm viện chủ yếu từ 6 – 7 ngày, chiếm tỷ lệ 51,7%. Trung bình thời gian nằm viện là 6,0  $\pm$  1,6 ngày (ngắn nhất là 4 và lâu nhất là 15 ngày). Tỷ lệ thành công là 97,3%. Có 08 trường hợp thất bại (bao gồm 07 trường hợp chảy máu và 01 trường hợp thủng ruột non) chiếm tỷ lệ 2,7%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả xử trí

**Bảng 4. Thời gian nằm viện theo phương pháp phẫu thuật**

| Phương pháp xử trí                  | Thời gian nằm viện | $\bar{X} \pm SD$ (ngày)                                | GTNN – GTLN (ngày) |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
| Phẫu thuật nội soi (1)              |                    | 5,6 $\pm$ 0,5                                          | 4 – 6              |
| Phẫu thuật mở (2)                   |                    | 6,3 $\pm$ 1,6                                          | 5 – 15             |
| Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở (3) |                    | 6,0 $\pm$ 1,6                                          | 5 – 12             |
| p                                   |                    | $p_{1-2} < 0,05$ ; $p_{1-3} < 0,05$ ; $p_{2-3} > 0,05$ |                    |

Nhận xét: Thời gian nằm trung bình của nhóm phẫu thuật nội soi là 5,6  $\pm$  0,5, thấp hơn so với nhóm phẫu thuật mở (6,3  $\pm$  1,6) và nhóm phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở (6,0  $\pm$  1,6) ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Kết quả xử trí theo phân loại nhóm bệnh tuyến cơ tử cung**

| Phân loại nhóm bệnh                | Kết quả xử trí |      | Thành công |     | Thất bại |   | p     |
|------------------------------------|----------------|------|------------|-----|----------|---|-------|
|                                    | n              | %    | n          | %   | n        | % |       |
| Bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần    | 192            | 98,9 | 2          | 1,1 | <0,05    |   | <0,05 |
| Bệnh tuyến cơ tử cung và U cơ trơn | 96             | 94,1 | 6          | 5,9 |          |   |       |
| Chung                              | 288            | 97,3 | 8          | 2,7 |          |   |       |

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần là 98,9% cao hơn so với nhóm bệnh tuyến cơ tử cung và u cơ trơn với 94,1% ( $p < 0,05$ ).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Kết quả xử trí bệnh nhân tuyến cơ tử cung được phẫu thuật

#### 4.1.1. Phương pháp phẫu thuật cắt tử cung trên bệnh tuyến cơ tử cung

Trong nhiều năm qua, bệnh tuyến cơ tử cung đã được quản lý bằng cả phương pháp nội khoa và phẫu thuật,

việc điều trị được cá nhân hóa cao tùy thuộc vào độ tuổi, triệu chứng lâm sàng và mong muốn sinh con trong tương lai. Và cho đến nay, cắt bỏ tử cung là phương pháp điều trị dứt điểm duy nhất cho những bệnh nhân bị bệnh lạc nội mạc tử cung đã hoàn tất quá trình sinh con[5]. Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt bỏ tử cung sau khi đã đánh giá toàn diện tình trạng và được tư vấn kỹ lưỡng. Bệnh viện Phụ sản Trung ương là một trong số bệnh viện hàng đầu về chuyên ngành sản với đội ngũ bác sĩ lâm sàng được đào tạo kỹ lưỡng các kỹ thuật nội soi nâng cao giúp tối ưu hoá điều trị. Vì vậy, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật cắt bỏ tử cung qua nội soi với 221 trường hợp, chiếm tỷ lệ 74,7%. Tuy nhiên có 7 trường hợp phải chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở do quá trình mổ nội soi khó khăn (nguyên nhân dính, tử cung quá to, vị trí khối tổn thương không thuận lợi...). Hơn ¼ các trường hợp bệnh tuyến cơ được phẫu thuật phải truyền máu do thiếu máu (27,0%). Điều này được lý giải một phần lớn bệnh nhân bị thiếu máu trước mổ do tình trạng rong kinh, rong huyết kéo dài, còn lại do chảy máu, mất máu trong mổ. Đa số bệnh nhân đều được đánh giá phẫu thuật thành công với tỷ lệ 97,3%, còn lại tai biến (bao gồm 07 trường hợp chảy máu và 01 trường hợp thủng ruột non) chỉ chiếm 2,7%.

Tuy nhiên, nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét. Do phương pháp nghiên cứu hồi cứu, một số thông tin về bệnh nhân có thể bị thiếu sót, đồng thời chưa sử dụng MRI để đánh giá chính xác hơn mức độ tổn thương và phân biệt với u xơ cơ tử cung trong trường hợp khó. Vì vậy, chưa có trường hợp nào được phẫu thuật bảo tồn tử cung với mong muốn mang lại nhiều lợi ích như một số báo cáo gần đây. Một đánh giá có hệ thống của Grimbizis[6] và cộng sự phát hiện ra rằng phương pháp điều trị phẫu thuật bảo tồn tử cung khả thi và hiệu quả trong điều trị bệnh tuyến cơ tử cung, theo đó cắt bỏ hoàn toàn làm giảm tỷ lệ đau bụng kinh 82%, kiểm soát rong kinh 68,8%. Và sau khi cắt bỏ một phần, tỷ lệ giảm đau bụng kinh, kiểm soát rong kinh và mang thai lần lượt là 81,8%, 50% và 46,9%.

#### 4.1.2. Truyền máu sau mổ

Tất cả các trường hợp thiếu máu có chỉ định truyền máu đã được bồi phụ trước mổ, tình trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật. Nghiên cứu cho thấy có 80 trường hợp bệnh nhân bệnh tuyến cơ tử cung phải truyền máu sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 27,0%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Đào Minh Hưng[7] là 18,7%.

#### 4.1.3. Tỷ lệ tai biến

Kết quả nghiên cứu cho thấy tai biến chảy máu gặp phải trong mổ chiếm tỷ lệ thấp, cụ thể là 2,7% và 1 trường hợp thủng ruột non, chiếm tỷ lệ 0,4%. Không xuất hiện trường hợp nhiễm trùng sau mổ và không có trường hợp tử vong sau mổ.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Minh Hưng[7] (2021) cho thấy tỷ lệ tai biến trong 91 bệnh nhân thì 1 bệnh nhân tổn thương tạng trong đó phẫu thuật nội soi

có 1 trường hợp tổn thương tiết niệu và 1 trường hợp chảy máu ở mỏm cắt. Tai biến có thể xảy ra ở bất kỳ phương pháp phẫu thuật nào kể cả mổ bụng. Để giảm tai biến, các phẫu thuật viên ngoài việc lựa chọn phương pháp mổ phù hợp còn phải nắm vững giải phẫu, bóc lộ phẫu trường rõ ràng mới được can thiệp. Kiểm tra lại kỹ sau can thiệp, khi có tai biến thường rất nặng nề, thậm chí ảnh hưởng tới tính mạng, nhẹ hơn cũng ảnh hưởng tới sức khỏe, chất lượng cuộc sống, thời gian nằm viện kéo dài, chi phí tăng lên rất nhiều.

Mặc dù có những trường hợp phải chuyển phương pháp và những trường hợp tai biến nhưng đã cho chúng ta thấy việc khám và tiên lượng bệnh nhân trước mổ là vô cùng quan trọng, đặc biệt trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật để đảm bảo tính an toàn và hiệu quả trong điều trị. Với sự phát triển của ngành phẫu thuật nội soi hiện nay chúng ta nên mở rộng chỉ định nội soi chẩn đoán đối với trường hợp tiên lượng phẫu thuật khó khăn và phối hợp giữa phẫu thuật nội soi và cắt tử cung đường âm đạo để rút ngắn thời gian phẫu thuật mà vẫn đảm bảo kết quả tốt cho người bệnh.

Do chúng ta có chuẩn bị trước mổ đầy đủ, cẩn thận đến đâu cũng chỉ là giám tiếp đánh giá tình trạng bệnh nhân. Khi bước vào ca mổ thực sự, sẽ có những diễn biến thực tế khi vào ổ bụng, vì vậy cần phải tư vấn kỹ càng với bệnh nhân và gia đình và phải có giấy cam đoan phẫu thuật về những tình huống có thể xảy ra nhưng không bóc được u tuyến cơ phải cắt tử cung do tai biến phải cắt tử cung.

## 4.2. Kết quả xử trí và một số yếu tố liên quan

### 4.2.1. Tỷ lệ phải chuyển phương pháp mổ mở

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 7 trường hợp phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở, chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,3%. Trong nghiên cứu của tác giả Đào Minh Hưng[7] cho thấy có 4 ca phải chuyển phương pháp phẫu thuật mổ mở (4,4%). Về các trường hợp bệnh nhân bệnh tuyến cơ tử cung phẫu thuật nội soi chuyển sang mổ mở.

Có một trường hợp mổ cắt tử cung qua đường mổ nội soi phải chuyển mổ mở là bệnh nhân 33 tuổi, tử cung to tương đương tử cung có thai 10 tuần, có 1 con đẻ mổ, khi tiến hành cắt dây chằng trong chảy máu nhiều, cầm máu khó khăn nên quyết định mổ mở và ca mổ diễn ra an toàn.

Có bốn trường hợp bệnh nhân tử cung to tương đương tử cung có thai 10 tuần, khi vào bụng thấy góc trái tử cung dính nhiều quai ruột và mạc nối lớn, gỡ dính khó khăn. Tiên lượng nếu tiếp tục phẫu thuật sẽ tổn thương ruột nên phẫu thuật viên quyết định chuyển mổ mở và ca mổ cũng diễn ra an toàn.

Một trường hợp bệnh nhân 44 tuổi, tử cung to tương đương tử cung có thai 8 tuần, tiền sử mổ bóc u xơ tử cung đường mổ mở, khi vào bụng thấy tử cung dính chặt vào mạc nối lớn và quai đại tràng, tiên lượng tiếp tục bóc tách có nguy cơ tổn thương đại tràng, nên phẫu thuật viên quyết định mổ mở và ca mổ này diễn ra an toàn.

Trường hợp bệnh nhân tuyến cơ tử cung bóc u chuyển sang mô cắt tử cung: bệnh nhân 42 tuổi chưa con, tử cung to tương đương với tử cung có thai 11 tuần, siêu âm khối u tuyến cơ mặt sau tử cung, rong kinh nhiều điều trị nội khoa không kết quả. Bệnh nhân được chỉ định bóc u tuyến cơ và được giải thích nếu không bóc được sẽ phải cắt tử cung. Khi vào ổ bụng, phẫu thuật viên thấy tổn thương mặt sau tử cung xơ hóa chắc ranh giới tổn thương không rõ, tiên lượng bóc u thì khó cầm máu, sẹo mổ yếu. Bệnh nhân cắt tử cung bàn phân và 2 phần phụ dù chưa có con.

Trước những trường hợp phải chuyển phương pháp và những trường hợp tai biến cần phải xem xét lại chỉ định rút kinh nghiệm trong việc lựa chọn lại phương pháp phẫu thuật để đảm bảo tính an toàn và hiệu quả trong điều trị. Qua kết quả nghiên cứu có thể kết luận việc khám và tiên lượng trước mổ là vô cùng quan trọng. Với sự phát triển của ngành phẫu thuật nội soi hiện nay chúng ta nên mở rộng chỉ định nội soi chẩn đoán với những trường hợp phẫu thuật khó khăn. Dù chúng ta chuẩn bị trước mổ đầy đủ, cẩn thận đến đâu cũng chỉ là gián tiếp đánh giá tình trạng bệnh nhân. Khi bước vào ca mổ thật sự, sẽ có những diễn biến thực tế khi vào ổ bụng, cần phải tư vấn kỹ cho bệnh nhân và gia đình, cần có giấy cam đoan phẫu thuật về những tình huống có thể xảy ra như không bóc được u phải cắt tử cung, do tai biến cắt tử cung.

#### 4.2.2. Thời gian nằm viện sau mổ và phương pháp phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm trung bình của nhóm phẫu thuật nội soi là  $5,6 \pm 0,5$ , thấp hơn so với nhóm phẫu thuật mở ( $6,3 \pm 1,6$ ) và nhóm phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở ( $6,0 \pm 1,6$ ) ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Thời gian nằm viện chủ yếu từ 6 – 7 ngày, chiếm tỷ lệ 51,7%. Trung bình thời gian nằm viện là  $6,0 \pm 1,6$  ngày (ngắn nhất là 4 và lâu nhất là 15 ngày).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu khác. Theo tác giả Đào Minh Hưng[7] (2021), số ngày nằm viện trung bình của mổ nội soi là  $5,07 \pm 1,23$  ngày; đối với mổ mở là  $5,16 \pm 1,35$ ; tác giả Nguyễn Nguyễn Văn Giáp[8] mổ nội soi là  $4,40 \pm 2,70$ . Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mổ mở chiếm 23,0%, thời gian mổ trung bình là  $6,3 \pm 1,6$ . Tác giả Đào Minh Hưng[6] cho thấy mổ mở chiếm 35,16% tổng số trường hợp, với số ngày trung bình là  $5,16 \pm 1,35$  ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật cũng là một số yếu tố đánh giá lượng cuộc phẫu thuật.

#### 4.2.3. Kết quả điều trị và nhóm bệnh tuyến cơ tử cung

Trong nhiều trường hợp, bệnh tuyến cơ tử cung thường kèm theo u xơ cơ tử cung, điều này đôi khi rất khó phân biệt trước khi phẫu thuật, do một số đặc điểm giống nhau về cả lâm sàng lẫn chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 194 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần, chiếm tỷ lệ 65,5%; còn lại 102 trường hợp bệnh tuyến cơ tử cung và u xơ cơ tử cung,

chiếm tỷ lệ 34,5%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Naftalin[9] và cộng sự (2012) với 22,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm bệnh tuyến cơ tử cung đơn thuần là 98,9% cao hơn so với nhóm bệnh tuyến cơ tử cung và u cơ trơn với 94,1% ( $p < 0,05$ ).

## 5. KẾT LUẬN

Phương pháp cắt bỏ tử cung là phương pháp điều trị dứt điểm duy nhất cho những bệnh nhân bị bệnh tuyến cơ tử cung đã hoàn tất quá trình sinh con. Kết quả điều trị có liên quan đến phân loại nhóm bệnh. Tuy vậy, chưa có trường hợp nào trong nghiên cứu được phẫu thuật bảo tồn tử cung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Verit, F.F. and O. Yucel, Endometriosis, leiomyoma and adenomyosis: the risk of gynecologic malignancy. Asian Pac J Cancer Prev, 2013. 14(10): p. 5589-97.
- [2] Kinkel, K., S.M. Ascher, and C. Reinhold, IDKD Springer Series Benign Disease of the Uterus, in Diseases of the Abdomen and Pelvis 2018-2021: Diagnostic Imaging - IDKD Book, J. Hodler, R.A. Kubik-Huch, and G.K. von Schulthess, Editors. 2018, Springer Copyright 2018, The Author(s). Cham (CH). p. 21-33.
- [3] Vannuccini, S., et al., Pathogenesis of adenomyosis: an update on molecular mechanisms. Reprod Biomed Online, 2017. 35(5): p. 592-601.
- [4] Chunda RG, Trans-vaginal ultrasound diagnosis of adenomyosis with histologic correlation. 2013, University of Cape Town.
- [5] Parazzini, F., et al., Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions: results from a prospective multicentric study in Italy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009. 143(2): p. 103-6.
- [6] Grimbizis, G.F., T. Mikos, and B. Tarlatzis, Uterus-sparing operative treatment for adenomyosis. Fertil Steril, 2014. 101(2): p. 472-87.
- [7] Đào Minh Hưng, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng bệnh nhân u tuyến cơ tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 08/2020-06/2021/. 2021, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- [8] Nguyễn Văn Giáp, Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 12/2004 đến tháng 6/2006 2006, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [9] Naftalin, J., et al., Association between ultrasound features of adenomyosis and severity of menstrual pain. Ultrasound Obstet Gynecol, 2016. 47(6): p. 779-83.