

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN UNDERGOING LAPAROSCOPIC SURGERY FOR OVARIAN TUMORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Do Tuan Dat^{1,2*}, Mai Trong Hung¹,
Phan Thi Huyen Thuong^{1,3}, Nguyen Kieu Oanh³, Truong Thi Ha Khuyen²

¹Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ba Dinh Dist, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -
144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau Ward, Cau Giay Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/02/2025

Revised: 06/03/2025; Accepted: 25/03/2025

ABSTRACT

Objective: To review of paraclinical characteristics of pregnant women undergoing laparoscopic surgery for ovarian tumors at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Material and methods: A cross-sectional retrospective study of over 74 pregnant women diagnosed with ovarian tumors who underwent laparoscopic surgical intervention at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2019 to December 31, 2023.

Results: The average age of pregnant women diagnosed with ovarian tumors in the study was 27.1 ± 4.0 , often found in employees. The most common complaint of patients admitted to the hospital is pain in the lower abdomen with 74.3%. The most common gestational age when detected is ≤ 12 weeks of age with the highest rate being 79.7% and up to 67.6% of pregnant women require surgery during pregnancy at this age. Most of the study subjects had unilateral ovarian tumors (89.2%) according to endoscopic diagnosis. The proportion of ovarian tumors measuring 10 cm or less accounts for 56.8%, the proportion of ovarian tumors over 10 cm accounts for 43.2%. According to the O-RADS classification, the main group is O-RADS2, accounting for 58.1%, followed by O-RADS3 with a ratio of 35.1%. Most cases were detected with tumor twisting (70.3%) with the rate of 1 turn, 2 turns and 3 turns of tumors twisting being 14.9% respectively; 39.2% and 16.2%.

Conclusion: Research results show that the 20-35 age group is the most common group. In recent years, laparoscopy has made significant progress thanks to the development of modern endoscopic equipment and the improvement of surgeons' skills. These improvements have facilitated the performance of laparoscopic surgery for large cervical tumors, even with pregnancy. Although most cysts in pregnant women in our study were 10 cm or less in size. This shows that laparoscopic surgery can be successfully applied to cases of large ovarian tumors, but it needs to be prepared and carried out carefully, ensuring safety for both mother and fetus. In general, with advances in laparoscopic surgical techniques and modern equipment, the ability to operate on larger ovarian tumors has increased, opening up more treatment opportunities for more complex cases.

Keywords: Ovarian tumors in pregnant women, endoscopy of ovarian tumors, endoscopy of ovarian tumors in pregnant women.

*Corresponding author

Email: drdotatpshn@gmail.com Phone: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2204>

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI U BƯỚNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt^{1,2*}, Mai Trọng Hưng¹,
Phan Thị Huyền Thương^{1,3}, Nguyễn Kiều Oanh³, Trương Thị Hà Khuyên²

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 La Thành, Q. Ba Đình, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Dịch Vọng Hậu, Q. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/02/2025

Chỉnh sửa ngày: 06/03/2025; Ngày duyệt đăng: 25/03/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm cận lâm sàng phụ nữ có thai được phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu mô tả cắt ngang trên 74 thai phụ chẩn đoán là u buồng trứng được can thiệp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/1/2019 đến 31/12/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của sản phụ chẩn đoán u buồng trứng trong nghiên cứu là $27,1 \pm 4,0$, thường thấy ở các cán bộ công nhân viên. Bệnh nhân vào viện thường gặp nhất là đau vùng bụng dưới với 74,3%. Tuổi thai khi phát hiện gặp nhiều nhất ≤ 12 tuần tuổi với tỉ lệ nhiều nhất là 79,7% và có tới 67,6% thai phụ phải phẫu thuật khi thai ở lứa tuổi này. Hầu hết đối tượng nghiên cứu có u buồng trứng một bên (89,2%) theo chẩn đoán của nội soi. Tỉ lệ u buồng trứng có kích thước từ 10 cm trở xuống chiếm 56,8%, tỉ lệ u buồng trứng trên 10 cm chiếm 43,2%. Theo phân loại O-RADS chủ yếu là nhóm O-RADS2 chiếm 58,1%, sau đó là O-RADS3 với tỉ lệ bằng 35,1%. Hầu hết các trường hợp phát hiện xoắn khối u (70,3%) với tỉ lệ khối u xoắn 1 vòng, 2 vòng và 3 vòng lần lượt là 14,9%; 39,2% và 16,2%.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 20-35 là nhóm gặp nhiều nhất. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi đã có những bước tiến đáng kể nhờ sự phát triển của trang thiết bị nội soi hiện đại và sự nâng cao kỹ năng của phẫu thuật viên. Những cải tiến này đã tạo điều kiện cho việc thực hiện phẫu thuật nội soi đối với các u buồng trứng kích thước lớn, thậm chí kèm theo có thai. Mặc dù phần lớn các u buồng trứng ở phụ nữ có thai trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước từ 10 cm trở xuống. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi có thể được áp dụng thành công đối với những trường hợp u buồng trứng lớn, nhưng cần chuẩn bị và tiến hành một cách cẩn thận, bảo đảm an toàn cho cả mẹ và thai nhi. Nhìn chung, với sự tiên bộ trong kỹ thuật phẫu thuật nội soi và trang thiết bị hiện đại, khả năng phẫu thuật các u buồng trứng lớn hơn đã tăng lên, mở ra nhiều cơ hội điều trị cho những trường hợp phức tạp hơn.

Từ khóa: U buồng trứng ở phụ nữ có thai, nội soi u buồng trứng, nội soi u buồng trứng ở phụ nữ có thai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là khối u của cơ quan sinh dục, có tần suất gặp khá phổ biến ở lứa tuổi hoạt động sinh dục và có thể gặp trong thời kỳ thai nghén. Tỉ lệ khối u buồng trứng trong thời kỳ mang thai ở các nước trên thế giới dao động từ 1-5,3% [1-2]. Theo nghiên cứu của Đình Thế Mỹ, tỉ lệ u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại Việt Nam năm 1998 từ 4,33-6,59% [3]. U buồng trứng

thường diễn biến một cách lặng lẽ, không có dấu hiệu lâm sàng điển hình, nhưng có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như xoắn u, vỡ u, chảy máu hoặc ung thư hóa... Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tỉ lệ chẩn đoán u buồng trứng tăng lên và phần lớn được phát hiện ngẫu nhiên trong quá trình khám thai định kỳ [4]. Các kỹ thuật cận lâm sàng

*Tác giả liên hệ

Email: drdodatpshn@gmail.com Điện thoại: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2204>

có vai trò quan trọng giúp hỗ trợ chẩn đoán u buồng trứng trên phụ nữ có thai đang được sử dụng phổ biến hiện nay gồm: siêu âm, chụp MRI hoặc xét nghiệm các chất chỉ điểm u... Để đánh giá các đặc điểm cận lâm sàng phổ biến và hiệu quả của các phương pháp này trong chẩn đoán u buồng trứng ở phụ nữ có thai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng của phụ nữ có thai được phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, lấy mẫu hồi cứu dựa trên dữ liệu có trong bệnh án điện tử của sản phụ điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2023 đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Tất cả phụ nữ có thai, được chẩn đoán có khối u buồng trứng và được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

+ Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật nội soi là u buồng trứng.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Những thai phụ có u buồng trứng và không được phẫu thuật nội soi hoặc nội soi thất bại, chuyển mổ mở.

+ Những thai phụ đã được phẫu thuật tại các Bệnh viện khác chuyển tuyến về Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội điều trị.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu thuận tiện. Thực tế, chúng tôi đã lựa chọn được 74 hồ sơ bệnh án của thai phụ có khối u buồng trứng được phẫu thuật nội soi trong quá trình mang thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/1/2019 đến 31/12/2023.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Tiến hành thu thập và phân tích các thông tin về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, nghề nghiệp, lý do vào viện, tuổi thai...), đặc điểm khối u buồng trứng trên siêu âm (số lượng, kích thước, vị trí, chỉ số ORADs...), đặc điểm phương pháp phẫu thuật, định lượng dấu ấn ung thư buồng trứng CA-125...

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Các thông tin của người bệnh có trong hồ sơ bệnh án điện tử được ghi nhận trong bảng thu thập số liệu. Số liệu sau đó được rà soát, lọc và loại bỏ các hồ sơ không

hợp lệ. Tất cả các biến được phân tích và xử lý trên phần mềm IBM SPSS 22.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày theo phương pháp thống kê với biến số định tính (mô tả bằng tỉ lệ phần trăm) và biến số định lượng được kiểm định tính chuẩn rồi trình bày theo giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc giá trị trung vị (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 74)

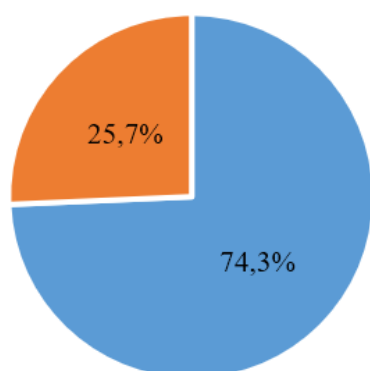
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi thai phụ	< 20	3	4,1
	20-35	70	94,5
	> 35	1	1,4
	Tuổi trung bình (min-max)	27,1 $\pm$ 4,0 (17-37)	
Nghề nghiệp	Cán bộ	59	79,7
	Công nhân	14	18,9
	Nông dân	1	1,4
Lý do vào viện	Khám phụ khoa	9	12,2
	Đau tức bụng dưới	55	74,3
	Siêu âm	8	10,8
	Tự sờ thấy khối u	2	2,8
Tiền sử sản khoa	Bình thường	69	93,2
	Sảy thai	3	4,1
	Đẻ non	2	2,7
Tuổi thai khi phát hiện u	≤ 12 tuần	59	79,7
	13-17 tuần	14	18,9
	18-22 tuần	1	1,4
Tuổi thai khi phẫu thuật	≤ 12 tuần	50	67,6
	13-17 tuần	20	27,0
	18-22 tuần	3	4,1
	> 22 tuần	1	1,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ là 27,1 $\pm$ 4,0 tuổi, phần lớn ở nhóm 20-35 tuổi (94,5%). Hầu hết người bệnh đến khám do đau tức bụng dưới (74,3%) và 12,2% phát hiện do đi khám phụ khoa. Tuổi thai khi phát hiện u và khi phẫu thuật của các thai phụ nhiều nhất trong khoảng ≤ 12 tuần.

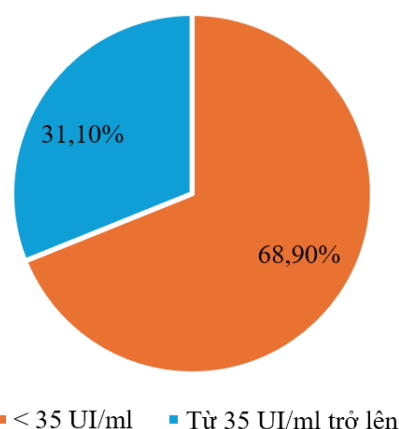
Bảng 2. Đặc điểm khối u trên siêu âm (n = 74)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Số lượng khối u	1 khối u	66	89,2
	2 khối u	8	10,8
Vị trí u	Bên phải	30	40,5
	Bên trái	36	48,6
	2 bên	8	10,8
Kích thước u	≤ 5 cm	5	6,8
	6-10 cm	37	50,0
	> 10 cm	32	43,2
O-RADS	O-RADS1	2	2,7
	O-RADS2	43	58,1
	O-RADS3	26	35,1
	O-RADS4	2	2,7
	O-RADS5	1	1,4
Số vòng xoắn u	0 vòng	22	29,7
	1 vòng	11	14,9
	2 vòng	29	39,2
	3 vòng	12	16,2

Nhận xét: Hầu hết đối tượng có u buồng trứng một bên, chiếm 89,2%. Tỉ lệ u buồng trứng có kích thước từ 10 cm trở xuống chiếm 56,8%. Phân loại theo O-RADS chủ yếu là nhóm O-RADS 2 (58,1%) và hầu hết các trường hợp có phát hiện xoắn khối u (70,3%).

**Biểu đồ 1. Đặc điểm phẫu thuật**

Nhận xét: Loại phẫu thuật chủ yếu là cấp cứu chiếm 74,3% (55 bệnh nhân), 19 bệnh nhân còn lại được phẫu thuật theo kế hoạch.

**Biểu đồ 2. Nồng độ CA-125**

Nhận xét: Nồng độ CA-125 dưới 35 UI/ml và ≥ 35 UI/ml lần lượt là 68,9% và 31,1%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án điện tử của 74 sản phụ được điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ năm 2019 đến hết năm 2023, kết quả cho thấy nhóm tuổi 20-35 gặp nhiều nhất với tỉ lệ 94,5%. Ở độ tuổi này, nhiều người chưa sinh đủ số con nên việc bảo tồn buồng trứng trong phẫu thuật là một yếu tố quan trọng để bảo đảm khả năng sinh đẻ. Điều này phù hợp với đặc điểm của u buồng trứng, thường gặp ở tuổi sinh đẻ, khi hoạt động nội tiết và chức năng buồng trứng mạnh mẽ hơn. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $27,1 \pm 4,0$ tuổi, với người bệnh trẻ nhất là 17 và lớn nhất là 37 tuổi. So với nghiên cứu của Đỗ Khắc Huỳnh có tuổi trung bình của người bệnh là $31,6 \pm 6,3$ tuổi [5], cao hơn so với chúng tôi. Điều này có thể là do sự khác biệt trong mẫu người bệnh, khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung nhiều vào những người trong độ tuổi sinh sản sớm. Tuy nhiên, nhóm tuổi phổ biến nhất vẫn tương tự, với đa số người bệnh trong cả hai nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 20-35. Kết quả của chúng tôi cũng nhất quán với nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Lan với kết quả nhóm tuổi 20-40 chiếm 78,4% trong 148 người bệnh phẫu thuật nội soi [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả về tỉ lệ u buồng trứng ở phụ nữ có thai của Nguyễn Thị Hồng Phượng (2019) là 87,3% và của Nguyễn Thị Hồng Nhung (2020) là 91,3% [7], [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong 74 người bệnh, có 74,3% phát hiện u buồng trứng do triệu chứng đau tức bụng dưới, phát hiện u khi đi khám phụ khoa (12,2%), siêu âm (10,8%) và người bệnh tự sờ thấy khối u (2,8%). Điều này cho thấy triệu chứng đau bụng dưới là dấu hiệu phổ biến nhất để phát hiện u buồng trứng, đặc biệt khi u đã lớn hoặc có biến chứng. Các nghiên cứu khác

của Nguyễn Thị Hồng Phượng và Nguyễn Thị Hồng Nhung cũng ghi nhận đa số u buồng trứng trong thai kỳ không có triệu chứng, tình cờ phát hiện qua khám thai định kỳ 3 tháng đầu siêu âm phát hiện ra. Trong các nghiên cứu về u buồng trứng ở phụ nữ có thai phần lớn quan điểm là phẫu thuật chủ động theo kế hoạch [7], [8].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai khi phát hiện u và khi phẫu thuật của các thai nhi nhiều nhất ở tuổi thai ≤ 12 tuần chiếm tỉ lệ 79,7% và 67,6 %. Phát hiện u khi tuổi thai từ 13-17 tuần chiếm 18,9%; khi tuổi thai từ 18-22 tuần chỉ chiếm 1,4%. Như vậy phát hiện u buồng trứng ở phụ nữ có thai trong quý I của thai kỳ chiếm 79,7%. So sánh với nghiên cứu của các tác giả khác, tỉ lệ phát hiện u buồng trứng ở phụ nữ có thai ở quý II của thai kỳ cao, vì vậy tỉ lệ phẫu thuật u buồng trứng ở quý II của thai kỳ chiếm tỉ lệ cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phát hiện u buồng trứng có triệu chứng lâm sàng đau bụng chiếm 74,3%. Khi có thai, tử cung to dần theo tuổi thai, các dây chằng giãn dần nên u buồng trứng dễ xoắn hay bị kẹt gây đau cho người bệnh, nhất là những u có kích thước không quá lớn [9]. Như vậy, trong nghiên cứu này phát hiện u buồng trứng kèm có thai ở quý I và quý II của thời kỳ thai nghén, chủ yếu được phát hiện khi có triệu chứng lâm sàng là đau bụng. U buồng trứng ở phụ nữ có thai được phát hiện ở quý I của thời kỳ thai nghén chiếm tỉ lệ cao.

Kết quả bảng 2 cho thấy có 66 trường hợp u buồng trứng một bên (chiếm tỉ lệ 89,2%) và 8 trường hợp u buồng trứng hai bên (chiếm 10,8%), theo chẩn đoán qua nội soi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền và Phạm Thanh Nga, khi tỉ lệ u buồng trứng một bên cũng chiếm đa số [10-11]. Tuy nhiên, các kết quả này lại khác biệt so với nghiên cứu của Phạm Đình Dũng, trong đó tỉ lệ u buồng trứng hai bên cao hơn [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi về 74 trường hợp u buồng trứng kèm theo có thai được phẫu thuật nội soi, kích thước của các khối u buồng trứng được phân bổ như sau: tổng tỉ lệ các u buồng trứng có kích thước từ 10 cm trở xuống là 56,8%, trong khi u buồng trứng trên 10 cm chiếm 43,2%. Kích thước của u buồng trứng trong nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu khác. Theo William H và cộng sự, kích thước u buồng trứng thường gặp dao động từ 5-13 cm; nghiên cứu của Mathevet P và cộng sự cho thấy kích thước phổ biến là 7-9 cm; Seifman B.D và cộng sự ghi nhận kích thước từ 4-20 cm [13-15]. Sự tương đồng này cho thấy u buồng trứng có kích thước trung bình thường được chỉ định phẫu thuật nội soi là phổ biến, trong khi những khối u buồng trứng quá lớn hoặc quá nhỏ có thể được xử lý bằng các phương pháp điều trị khác. Việc thực hiện phẫu thuật nội soi đối với các u buồng trứng có kích thước từ 6-10 cm trong nghiên cứu của chúng tôi là hợp lý, vì khối u

trong khoảng kích thước này thường dễ xử lý qua nội soi và ít gây nguy hiểm cho thai nhi. Những u buồng trứng lớn hơn 10 cm có nguy cơ cao hơn về biến chứng, như xoắn buồng trứng hoặc gây chèn ép các cơ quan lân cận, vì vậy việc đánh giá cẩn thận trước phẫu thuật nội soi là cần thiết. Các kết quả này cũng nhấn mạnh rằng việc phẫu thuật nội soi nên được cá nhân hóa dựa trên kích thước và tính chất của khối u, bảo đảm an toàn cho cả mẹ và thai nhi trong quá trình điều trị.

Hệ thống phân tầng nguy cơ, quản lý dữ liệu và báo cáo hình ảnh siêu âm buồng trứng - phần phụ (O-RADS) được thiết kế nhằm cung cấp cách đọc hình ảnh nhất quán, để giảm thiểu và xóa bỏ những mơ hồ trong các kết quả siêu âm nhằm tạo ra độ chính xác cao trong đánh giá nguy cơ ác tính của các khối ở buồng trứng và phần phụ, và cung cấp chiến lược quản lý cho mỗi nhóm nguy cơ. Hệ thống này được phát triển bởi hội đồng quốc tế đa ngành, được bảo đảm bởi ACR và áp dụng công cụ báo cáo chuẩn cho siêu âm (US) dựa trên bảng từ vựng xuất bản năm 2018 của nhóm O-RADS US. Đối với phân tầng nguy cơ, O-RADS US chia thành 6 nhóm (ORADS 0-5), từ bình thường đến nguy cơ ác tính cao nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ O-RADS chủ yếu là nhóm O-RADS2 chiếm 58,1%, sau đó là O-RADS3 với tỉ lệ 35,1%. Với nhóm O-RADS2 gần như chắc chắn lành tính ($< 1\%$ nguy cơ ác), gồm phần lớn các nang đơn thùy dưới 10 cm. Nhóm này bao gồm nang đơn giản, nang đơn thùy loại không đơn giản thành trơn láng, và các nang được mô tả như những sang thương lành kinh điển mà có đường kính lớn nhất dưới 10 cm. Những sang thương lành kinh điển là những sang thương có thể được chẩn đoán chính xác khi có ít nhất 1 đặc điểm nhận diện đặc hiệu theo O-RADS US mà không có đặc điểm đáng nghi ngờ nào khác. Còn đối với nhóm O-RADS3, nhóm nguy cơ thấp (1% đến $< 10\%$ nguy cơ ác tính), bao gồm các sang thương trong phân nhóm gần như chắc chắn lành nhưng kích thước lớn hơn, và các sang thương khác biểu thị nguy cơ ác tính có chút tăng nhẹ. Các sang thương này bao gồm nang đơn giản, nang đơn thùy trơn láng không đơn giản và các sang thương có đặc điểm mô tả lành kinh điển mà có đường kính ≥ 10 cm. Đối chiếu với kích thước khối u trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ u buồng trứng có kích thước từ 10 cm trở xuống chiếm 56,8%, tỉ lệ u buồng trứng trên 10 cm chiếm 43,2%, do vậy đa số các khối u buồng trứng trong nghiên cứu là lành tính.

Hầu hết các trường hợp phát hiện xoắn khối u (70,3%). Tỉ lệ khối u xoắn 1 vòng, 2 vòng và 3 vòng lần lượt là 14,9%; 39,2% và 16,2%. Tỉ lệ bảo tồn buồng trứng lần lượt là xoắn 1 vòng: 92,3%, xoắn 2 vòng: 79,3%, xoắn 3 vòng: 16,7%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Châu Trí và cộng sự, số vòng xoắn càng nhiều thì tỉ lệ bảo tồn buồng trứng càng thấp: tỉ lệ bảo tồn 33,8% ở xoắn 3 vòng, 68,6% ở xoắn 2 vòng và 86,7% ở xoắn 1 vòng

[19]. So sánh với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân, có 43 trường hợp trứng hợp u xoắn từ 3 vòng trở lên, tỉ lệ bảo tồn chỉ 4,7% [16]; với nghiên cứu của Phạm Diệu Linh ở 22 trường hợp u xoắn từ 3 vòng trở lên, có tỉ lệ bảo tồn 22,7% [17].

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy nồng độ CA-125 ở người bệnh u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội phân bố như sau: 68,9% người bệnh có nồng độ CA-125 < 35 UI/ml, trong khi 31,1% người bệnh có nồng độ CA-125 ≥ 35 UI/ml. Điều này cho thấy phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ CA-125 nằm trong mức bình thường, điều này có thể liên quan đến việc chủ yếu các trường hợp được chẩn đoán là u buồng trứng lành tính.

CA-125 là một dấu ấn sinh học quan trọng trong việc theo dõi và chẩn đoán ung thư buồng trứng. Nồng độ CA-125 > 65 UI/ml ở phụ nữ mãn kinh và > 200 UI/ml ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có giá trị dự báo dương tính cao cho chẩn đoán ung thư buồng trứng [18].

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 27,1 ± 4,0, trong đó nhóm tuổi 20-35 chiếm đa số với 94,5%. Lý do vào viện thường gặp là đau tức bụng dưới (74,3%) với tuổi thai khi phát hiện u và khi phẫu thuật của các thai nhiều nhất ở tuổi thai ≤ 12 tuần chiếm tỉ lệ 79,7% và 67,6%. Chỉ định phẫu thuật chủ yếu trong nghiên cứu là cấp cứu chiếm 74,3% và tỉ lệ u buồng trứng một bên chiếm đa số 89,2%. Theo phân loại O-RADS, khối u buồng trứng chủ yếu là nhóm O-RADS2 chiếm 58,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Oehler M.K, Wain G.V, Brand A, Gynaecological malignancies in pregnancy: a review, Aust NZJ Obstet Gynaecol, Dec 2003, 43 (6): 414-20, doi: 10.1046/j.0004-8666.2003.00151.x.
- [2] Horowitz N.S, Management of adnexal masses in pregnancy, Clin Obstet Gynecol, Dec 2011, 54 (4): 519-27, doi: 10.1097/GRF.0b013e318236c583.
- [3] Đình Thế Mỹ, Tình hình khối u buồng trứng tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, Tạp chí Thông tin Y dược, 1998, pp. 50-54.
- [4] Aggarwal P, Kehoe S, Ovarian tumours in pregnancy: a literature review, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, Apr 2011, 155 (2): 119-24, doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.11.023.
- [5] Đỗ Khắc Huỳnh, Đánh giá tình hình phẫu thuật nội soi đối với u nang buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/1/1999 đến 31/5/2001, Hà Nội, 2001.
- [6] Đỗ Thị Ngọc Lan, Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng lành tính tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, Hà Nội, 2003.
- [7] Nguyễn Thị Hồng Phượng, Nghiên cứu điều trị phẫu thuật u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [8] Nguyễn Thị Hồng Nhung, Kết cục thai kỳ các trường hợp có phẫu thuật u buồng trứng trong thai kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ, 2020.
- [9] Đỗ Kính, Chương 16: Hệ sinh dục nữ, Mô học, Bộ môn Mô học và Phôi thai học, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà Xuất bản Y học, 1999.
- [10] Hoàng Thị Hiền, Tình hình phẫu thuật khối u buồng trứng ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2001 đến tháng 6/2006, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
- [11] Phạm Thanh Nga, Xử lý u buồng trứng trong thai kỳ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1/2005 đến tháng 6/2008, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [12] Phạm Đình Dũng, Nghiên cứu tình hình khối u buồng trứng trong quá trình thai nghén tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 1996-2001, Trường Đại học Y Hà Nội, 2002.
- [13] William H, Childers J.M, Canis M, Phillips D.R, Topel H, Laparoscopic management of benign cystic teratomas during pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 1996, 174 (5): 1499-501, doi: 10.1016/s0002-9378(96)70595-1, PMID: 9065118.
- [14] Mathevet P, Nessah K, Dargent D et al, Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series, European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 2003, 108 (2): 217-22, doi: 10.1016/s0301-2115(02)00374-3.
- [15] Seifman B.D, Dunn R.L, Wolf J.S, Transperitoneal laparoscopy into the previously operated abdomen: effect on operative time, length of stay and complications, The Journal of urology, 2003, 169 (1): 36-40, doi: 10.1016/s0022-5347(05)64029-3.
- [16] Lý Thị Hồng Vân, Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí khối u buồng trứng xoắn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 5 năm (2004-2008), 2008.
- [17] Phạm Diệu Linh, Nhận xét các khối u buồng trứng xoắn được điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 2 năm (2013-2014), 2015.
- [18] Phan Trường Duyệt, Kỹ thuật hiện đại ứng dụng trong thăm dò phụ khoa, 2006.
- [19] Nguyễn Châu Trí, Nguyễn Hồng Hoa, Tỷ lệ bảo tồn buồng trứng trong phẫu thuật u buồng trứng xoắn và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ, Nghiên cứu Y học - Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2019, 23 (2), tr. 192-197.