

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TOÀN PHẦN ĐƯỜNG ÂM ĐẠO VÀ NỘI SOI Ở BỆNH LÝ TỬ CUNG KHÔNG SA

Lê Thị Hòa*, Trương Quang Vinh**

(* Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng, (**) Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung toàn phần qua đường âm đạo và nội soi ở bệnh lý tử cung không sa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh gồm 60 phụ nữ có chỉ định cắt TCTP qua đường AD hay NS ổ phúc mạc ở bệnh lý TC không sa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5 năm 2011 đến tháng 6 năm 2012.

Kết quả: Thời gian PT trung bình của nhóm đường AD ngắn hơn so với mổ nội soi ($77,3 \pm 27,1$ phút so với $96,3 \pm 23,5$ phút, $p < 0,05$). Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa thể tích TC với thời gian PT đường AD ($r^2 = 0,307$, $p = 0,0008$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1021x + 41,5543$) và đường NS ($r^2 = 0,2484$, $p < 0,0001$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,07881x + 68,4583$). Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa trọng lượng TC với thời gian PT đường AD ($r^2 = 0,3084$, $p = 0,0012$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1717x + 40,5514$) và đường NS ($r^2 = 0,2597$, $p < 0,0001$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1481x + 64,8938$). Mức độ đau sau PT tính theo thang điểm VAS ngày 1 đường AD cao hơn đường NS có ý nghĩa thống kê ($6,4 \pm 0,8$ cm so với $5,9 \pm 0,8$ cm, $p < 0,05$). Số ngày điều trị trung bình sau PT đường AD cao hơn đường NS nhưng không có ý nghĩa thống kê: đường AD là $5,4 \pm 3,4$ ngày, đường NS là $4,8 \pm 1,3$ ngày, $p > 0,05$. Tỷ lệ thành công chung của PT là 98,3%. Không có tai biến nào xảy ra trong PT. Chi phí trung bình cho mỗi trường hợp PT tính theo viện phí hay bảo hiểm của đường AD đều thấp hơn so với NS có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Thời gian phẫu thuật trung bình cắt tử cung toàn phần đường âm đạo ngắn hơn đường nội soi. Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa thể tích và trọng lượng tử cung với thời gian phẫu thuật ở 2 nhóm trong nghiên cứu. Mức độ đau trung bình sau phẫu thuật cắt tử cung toàn phần ngày thứ nhất tính theo VAS ở nhóm đường âm đạo cao hơn có ý nghĩa thống kê so với đường nội soi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian hậu phẫu trung bình cắt tử cung toàn phần đường âm đạo và đường nội soi. Chi phí phẫu thuật trung bình của cắt tử cung toàn phần đường âm đạo thấp hơn đường nội soi.

EVALUATION OF RESULTS OF VAGINAL HYSTERECTOMY AND LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY IN NON-PROLAPSE UTERUS DISEASES

Objectives: To evaluate results of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy in non-prolapse uterus diseases.

Methods: a cross-sectional study including 60 patients with non-prolapse uterus diseases indicated vaginal hysterectomy or laparoscopic hysterectomy from 5/2011 to 6/2012 at Hue University Hospital.

Results: the mean time of operation in vaginal hysterectomies was shorter than in laparoscopic hysterectomies ($77,3 \pm 27,1$ minutes versus $96,3 \pm 23,5$ minutes, $p < 0,05$). There were positive correlation between uterine volume and the operation time of vaginal hysterectomies ($r^2 = 0,307$, $p = 0,0008$, $y = 0,1021x + 41,5543$) as well as laparoscopic hysterectomies ($r^2 = 0,2484$, $p < 0,0001$, $y =$

0,07881 x + 68,4583). There were positive correlation between uterine weight and the operation time of vaginal hysterectomies ($r^2 = 0,3084$, $p = 0,0012$, $y = 0,1717 x + 40,5514$) as well as laparoscopic hysterectomies ($r^2 = 0,2597$, $p < 0,0001$, $y = 0,1481 x + 64,8938$). The postoperative pain level in the first day after vaginal hysterectomy was significantly higher than that after laparoscopic hysterectomy. There were no significant difference about the treatment duration between vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy ($5,4 \pm 3,4$ days versus $4,8 \pm 1,3$ ngày, $p > 0,05$). The overall success rate was 98.3%. There were no complications. The cost of treatment of vaginal hysterectomy was lower than that of laparoscopic hysterectomy.

Conclusion: the mean time of operation in vaginal hysterectomies was shorter than in laparoscopic hysterectomies. There were positive correlation between uterine volume and uterine weight with and the operation time in the both of two groups. The postoperative pain level in the first day after vaginal hysterectomy was significantly higher than that after laparoscopic hysterectomy. There were no significant difference about the treatment duration between vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là một phẫu thuật cơ bản trong phẫu thuật phụ khoa^[1]. Nó được chỉ định trong nhiều bệnh lý phụ khoa khác nhau ở nhiều lứa tuổi và tình huống khác nhau nhưng chủ yếu là các bệnh lành tính của tử cung có biến chứng ở tuổi hoạt động sinh dục mà việc điều trị nội không kết quả và các bệnh lý nguy cơ hoặc ác tính hay gặp ở phụ nữ tiền mãn kinh hay mãn kinh. Chỉ định cắt tử cung là một quyết định phụ thuộc nhiều yếu tố như tuổi,

số con, tình trạng hôn nhân, nhu cầu về tâm sinh lý... chứ không chỉ riêng yếu tố bệnh lý. Ngoài ra, cắt tử cung cũng có nhiều phương pháp khác nhau như: Cắt tử cung bán phần, cắt tử cung toàn phần có kèm hay không cắt một hoặc hai phần phụ, cắt tử cung triệt để bao gồm cắt tử cung toàn phần kèm cắt hai phần phụ và vòm âm đạo...

Ngày nay, với sự tiến bộ mạnh mẽ về trang thiết bị, kỹ thuật vô trùng, gây mê và sự ra đời của nhiều loại kháng sinh chất lượng cao cùng với những cải tiến trong kỹ thuật cắt tử cung đã tạo nên những thành công đáng ghi nhận trong lịch sử cắt tử cung ở cả ba phương pháp: Cắt tử cung đường bụng, đường âm đạo và nội soi. Trên thế giới hiện nay, cắt tử cung đường âm đạo vẫn duy trì ở nhiều nước nhưng nhiều nơi chủ yếu để điều trị sa sinh dục. Sự giới hạn của cắt tử cung đường âm đạo là cần phải có các điều kiện như âm đạo rộng rãi, tử cung không dính hay quá to, phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm... Cắt tử cung đường bụng đang có xu thế nhường chỗ dần cho nội soi bởi những ưu điểm vượt trội của nội soi về tính an toàn, thẩm mỹ và hồi phục nhanh sau phẫu thuật^[2]. Tùy điều kiện cụ thể về cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ gây mê và mức độ thuần thục các đường phẫu thuật của phẫu thuật viên ở từng nơi mà tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung đường bụng, âm đạo hay nội soi chiếm ưu thế. Có rất nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã khẳng định vai trò thẩm mỹ, an toàn và khả năng hồi phục sau phẫu thuật của cắt tử cung qua đường âm đạo và đường nội soi. Hiện nay, thành phố Hồ Chí Minh đã phát triển mạnh kỹ thuật cắt tử cung qua đường âm đạo và nội soi và Huế cũng vậy, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hai kỹ thuật này. Vì vậy, đề tài này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung toàn phần qua đường âm đạo và nội soi ở bệnh lý tử cung không sa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 60 phụ nữ có chỉ định cắt TCTP qua đường AĐ hay NS ổ phúc mạc ở bệnh lý TC không sa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5 năm 2011 đến tháng 6 năm 2012.

TIÊU CHUẨN CHỌN BỆNH

Đường âm đạo

- Phụ nữ bị các bệnh lý TC không sa có chỉ định cắt TC:

+ U xơ tử cung to hoặc có biến chứng
+ Khối u phần phụ lành tính kèm theo có kích thước dưới 10cm.

+ Bệnh lý TC khác: polype BTC hay CTC, CIN, LNMTTC trong cơ, rong kinh rong huyết có chỉ định PT, QSNMTC, ra máu bất thường từ TC ở phụ nữ mãn kinh có chỉ định PT,...

- Tự nguyện cam kết PT cắt TCTP đường AĐ và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Phụ nữ có âm đạo mềm mại, đã có quan hệ tình dục đường AĐ, TC không quá to (TC khoảng thai 12 tuần), di động mức độ tốt hoặc khá tốt.

Đường nội soi

- Phụ nữ bị các bệnh lý TC không sa có chỉ định cắt TC như trên

- Tự nguyện cam kết PT cắt TCTP đường NS ổ phúc mạc và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Phụ nữ có hoặc không có các hạn chế về điều kiện thuận lợi của PT đường AĐ như tử cung lớn hơn thai 12 tuần, di động hạn chế do dính, âm đạo hẹp, ...

TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ

Đường âm đạo

- Nguyên nhân toàn thân: thiếu máu nặng (Hb \leq 7g/l), tiểu đường (đường huyết cao \geq 12 mmol/l), rối loạn hô hấp nặng, rối loạn tim mạch nặng, cao huyết áp nặng, rối loạn động chảy máu, đang chảy máu tạng trong ổ phúc mạc, khung xương chậu và các khớp vùng chậu

có bệnh lý gây biến dạng nặng.

- Nguyên nhân phụ khoa: Ung thư BT, ung thư CTC và ung thư TC giai đoạn muộn xâm lấn và dính nhiều, TC quá to (cao hơn 10cm trên vệ), sẹo mổ cũ dính quá nhiều vùng chậu, LNMTTC vùng chậu gây dính quá nhiều hay các khối u phức tạp, dính hố chậu quá nặng.

- Bệnh nhân bị dị ứng các loại thuốc dùng trong nghiên cứu.

- Bệnh nhân không được thu thập đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- AĐ quá chật hẹp, TC di động kém, dị tật bẩm sinh như hai TC, hai CTC, hai AĐ... tiền sử dò bàng quang – AĐ, trực tràng – AĐ.

Đường nội soi

- Bệnh nhân có các nguyên nhân toàn thân và nguyên nhân phụ khoa như trên.

- Bệnh nhân bị dị ứng các loại thuốc dùng trong nghiên cứu.

- Bệnh nhân không được thu thập đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Một số bệnh lý tim mạch đặc biệt nhạy cảm trong tăng áp lực ổ phúc mạc như ngoại tâm thu, block nhĩ thất..., bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, sẹo mổ dính nhiều thành bụng không có lối vào trocar an toàn.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Sau khi chọn bệnh, tiến hành các bước nghiên cứu như sau:

Bước 1. Phân bệnh làm 2 nhóm theo 2 phương pháp phẫu thuật

Bước 2.

 Chuẩn bị trước phẫu thuật

Khám xét toàn diện, hoàn tất hồ sơ và các xét nghiệm chẩn đoán bệnh, các xét nghiệm trước PT theo quy định.

Bước 3. Tiến hành phẫu thuật theo phương pháp cắt tử cung qua đường âm đạo và cắt tử cung toàn phần qua đường nội soi

Bước 4.

 Đánh giá kết quả phẫu thuật

Việc đánh giá kết quả PT được tiến hành

thông qua một số công việc sau:

- Tính thời gian PT.
- Theo dõi các tai biến trong PT.
- Cân TC sau khi cắt.
- Xét nghiệm lại HC, Hb ngay sau PT.
- Theo dõi và đánh giá bệnh nhân sau PT cho đến khi ra viện.
- Dặn dò bệnh nhân những dấu hiệu cần tái khám sớm trong tuần đầu sau khi ra viện như sốt, ra dịch ÆĐ bất thường,...

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 11.5 và Medcal 11.3.1.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian từ tháng 5 năm 2011 đến tháng 6 năm 2012, chúng tôi đã nghiên cứu 60 trường hợp cắt TCTP vì bệnh lý TC không sa, tại Khoa Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, gồm 30 trường hợp cắt TCTP đường ÆĐ và 30 trường hợp cắt TCTP đường NS ổ phúc mạc.

PHÂN BỐ BỆNH THEO TUỔI

Bảng 1. Phân bố bệnh theo tuổi

| Đường PT | Âm đạo | | Nội soi | | Tổng | | |
|------------------|------------|-------|------------|------|------------|-------|---|
| | Tuổi (năm) | n1 | % | n2 | % | n | % |
| ≤ 40 | 0 | 0 | 4 | 13,3 | 4 | 6,7 | |
| 41 - 50 | 22 | 73,3 | 19 | 63,3 | 41 | 68,3 | |
| 51 - 60 | 8 | 26,7 | 7 | 23,3 | 15 | 25,0 | |
| Tổng | 30 | 100,0 | 30 | 99,9 | 60 | 100,0 | |
| $\bar{X} \pm SD$ | 48,6 ± 4,4 | | 45,2 ± 5,9 | | 46,9 ± 5,5 | | |

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,9 ± 5,5 tuổi, của nhóm PT đường ÆĐ là 48,6 ± 4,4 tuổi, đường NS là 45,2 ± 5,9 tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm 41 - 50 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 60.

CHỈ SỐ KHỐI CƠ THỂ

Bảng 2. Chỉ số khối cơ thể

| Đường PT | Âm đạo | | Nội soi | | Tổng | | |
|------------------|--------------------------|-------|------------|------|------------|-------|---|
| | BMI (kg/m ²) | n1 | % | n2 | % | n | % |
| BMI < 18,5 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 3 | 5,0 | |
| 18,5 ≤ BMI < 23 | 22 | 73,3 | 21 | 70,0 | 43 | 71,7 | |
| 23 ≤ BMI < 25 | 5 | 16,7 | 7 | 23,3 | 12 | 20,0 | |
| BMI ≥ 25 | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 | |
| Tổng | 30 | 100,0 | 30 | 99,9 | 60 | 100,0 | |
| $\bar{X} \pm SD$ | 21,7 ± 1,9 | | 21,8 ± 2,4 | | 21,8 ± 2,1 | | |

BMI bình thường ở nhóm PT đường ÆĐ có 22 trường hợp, chiếm 73,3%, nhóm PT đường NS có 21 trường hợp, chiếm 70%.

THỂ TÍCH TỬ CUNG

Bảng 3. Thể tích tử cung

| Đường PT | Âm đạo | | Nội soi | | Tổng | | |
|------------------|--------------------------------|-------|---------------|------|---------------|------|---|
| | The tích TC (cm ³) | n1 | % | n2 | % | n | % |
| ≤ 100 | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 | |
| 100,1 - 300 | 8 | 26,7 | 9 | 30,0 | 17 | 28,3 | |
| 300,1 - 500 | 17 | 56,7 | 16 | 53,3 | 33 | 55,0 | |
| > 500 | 4 | 13,3 | 4 | 13,3 | 8 | 13,3 | |
| Tổng | 30 | 100,0 | 30 | 99,9 | 60 | 99,9 | |
| $\bar{X} \pm SD$ | 350,6 ± 147,3 | | 353,7 ± 148,5 | | 352,1 ± 146,7 | | |

Thể tích trung bình của TC ở 2 nhóm trong nghiên cứu tương tự nhau.

CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

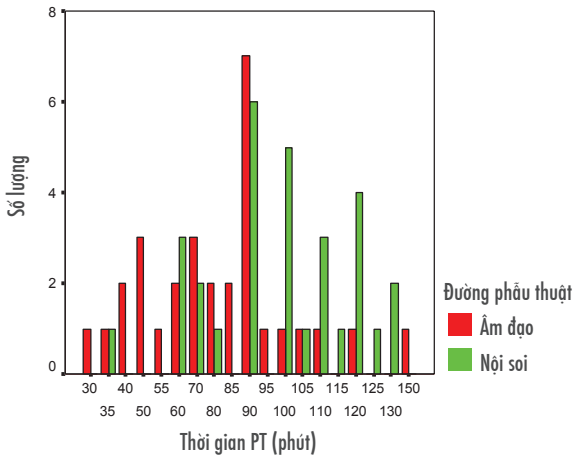
Bảng 4. Các phương pháp phẫu thuật

| Đường PT | Âm đạo | | Nội soi | | Tổng | | |
|-----------------|----------------|-------|---------|-------|------|-------|---|
| | Phương pháp PT | n1 | % | n2 | % | n | % |
| Cắt TCTP | 28 | 93,3 | 26 | 86,7 | 54 | 90,0 | |
| Cắt TCTP + 1 PP | 2 | 6,7 | 2 | 6,7 | 4 | 6,7 | |
| Cắt TCTP + 2 PP | 0 | 0 | 2 | 6,7 | 2 | 3,3 | |
| Tổng | 30 | 100,0 | 30 | 100,1 | 60 | 100,0 | |

Cắt TCTP để lại 2 PP là phương pháp chính

của cả 2 nhóm PT: nhóm PT đường AĐ có 28 trường hợp, chiếm 93,3 %, nhóm PT đường NS có 26 trường hợp, chiếm 86,7%.

THỜI GIAN PHẪU THUẬT



Biểu đồ 1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT trung bình của nhóm đường AĐ là $77,3 \pm 27,1$ phút; đường NS là $96,3 \pm 23,5$ phút. Sự khác biệt về thời gian PT trung bình giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

ẢNH HƯỞNG CỦA CHỈ SỐ KHỐI CƠ THỂ VỚI THỜI GIAN PHẪU THUẬT

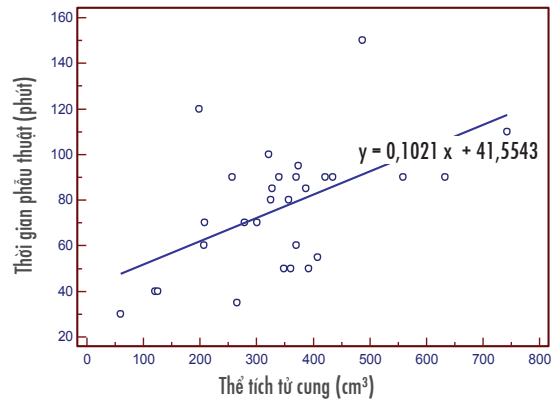
| Đường PT \ BMI | Âm đạo (n1 = 30) | | | Nội soi (n2 = 30) | | |
|----------------|------------------|--|-------|-------------------|--|-------|
| | Số lượng | Thời gian TB (phút) ($\bar{X} \pm SD$) | p | Số lượng | Thời gian TB (phút) ($\bar{X} \pm SD$) | p |
| Không béo phì | 29 | $78,3 \pm 27,1$ | >0,05 | 29 | $96,6 \pm 23,9$ | >0,05 |
| Béo phì | 1 | 50 | | 1 | 90 | |
| Tổng | 30 | $77,3 \pm 21,1$ | | 30 | $96,3 \pm 23,5$ | |

Bảng 5. Ảnh hưởng của chỉ số khối cơ thể với thời gian phẫu thuật

Không có sự khác nhau giữa phụ nữ không béo phì và béo phì về thời gian PT ở cả 2 đường PT, $p > 0,05$.

TƯƠNG QUAN GIỮA THỂ TÍCH TỬ CUNG VỚI THỜI GIAN PHẪU THUẬT

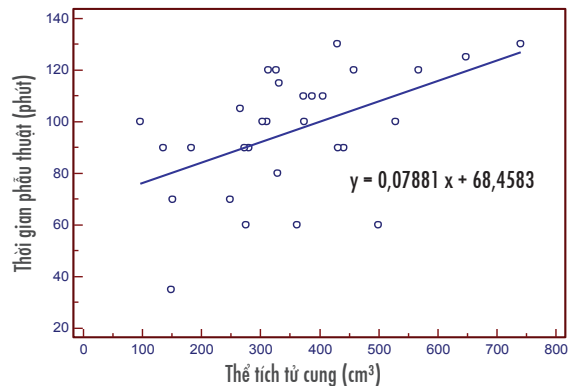
Phẫu thuật đường âm đạo



Biểu đồ 2. Tương quan giữa thể tích TC với thời gian PT đường AĐ

Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa thể tích TC với thời gian PT đường AĐ, với $r^2 = 0,307$, $p = 0,0008$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1021x + 41,5543$.

Phẫu thuật đường nội soi

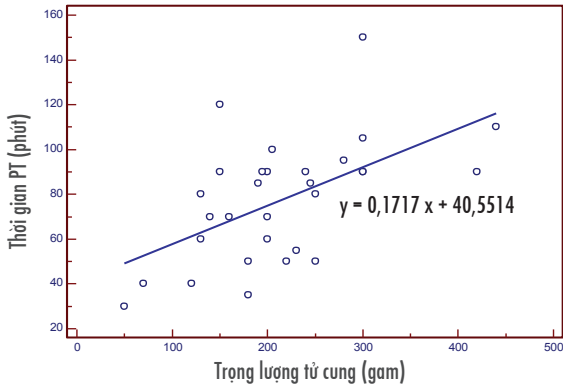


Biểu đồ 3. Tương quan giữa thể tích TC với thời gian phẫu thuật đường NS

Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa thể tích TC với thời gian PT đường NS, với $r^2 = 0,2484$, $p < 0,0001$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,07881x + 68,4583$.

TƯƠNG QUAN GIỮA TRỌNG LƯỢNG TỬ CUNG VỚI THỜI GIAN PHẪU THUẬT

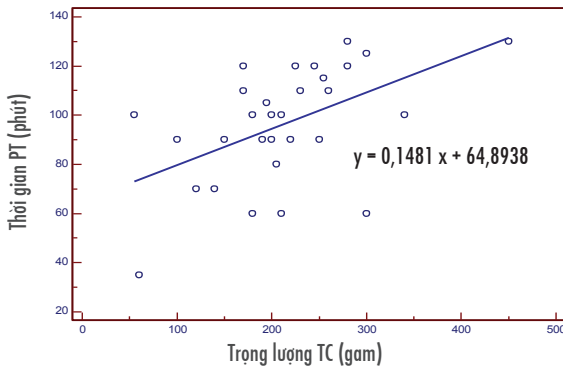
Phẫu thuật đường âm đạo



Biểu đồ 4. Tương quan giữa trọng lượng tử cung với thời gian PT đường AĐ

Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa trọng lượng TC với thời gian PT đường AĐ, với $r^2 = 0,3084$, $p = 0,0012$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1717x + 40,5514$.

Phẫu thuật đường nội soi



Biểu đồ 5. Tương quan giữa trọng lượng TC với thời gian phẫu thuật đường NS

Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa trọng lượng TC với thời gian PT đường NS, với $r^2 = 0,2597$, $p < 0,0001$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1481x + 64,8938$.

MỨC ĐỘ ĐAU SAU PHẪU THUẬT

Bảng 6. Mức độ đau sau phẫu thuật

Mức độ đau sau PT tính theo thang điểm VAS ngày 1 đường AĐ cao hơn đường NS có ý nghĩa thống kê: đường AĐ là $6,4 \pm 0,8$ cm, đường NS là $5,9 \pm 0,8$ cm, $p < 0,05$. Mức độ đau

| Đường PT | $\bar{X} \pm SD$ | | P |
|------------------------|------------------|-------------------|----------|
| | Âm đạo (n1 = 30) | Nội soi (n2 = 30) | |
| Mức độ đau ngày 1 (cm) | $6,4 \pm 0,8$ | $5,9 \pm 0,8$ | $< 0,05$ |
| Mức độ đau ngày 2 (cm) | $3,4 \pm 0,7$ | $3,2 \pm 0,6$ | $> 0,05$ |
| Mức độ đau ngày 3 (cm) | $1,5 \pm 0,4$ | $1,5 \pm 0,4$ | $> 0,05$ |

sau PT ngày 2 và ngày 3 tương tự ở 2 nhóm trong nghiên cứu, $p > 0,05$.

SỐ NGÀY ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

| Đường PT | Âm đạo | | Nội soi | | P |
|----------------------|---------------|-------|---------------|-------|----------|
| | n1 | % | n2 | % | |
| Ngày điều trị sau PT | | | | | $> 0,05$ |
| ≤ 5 ngày | 29 | 96,7 | 29 | 96,7 | |
| > 5 ngày | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | |
| Tổng | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 | |
| $\bar{X} \pm SD$ | $5,4 \pm 3,4$ | | $4,8 \pm 1,3$ | | |

Bảng 7. Số ngày điều trị sau phẫu thuật

Số ngày điều trị trung bình sau PT đường AĐ cao hơn đường NS nhưng không có ý nghĩa thống kê: đường AĐ là $5,4 \pm 3,4$ ngày, đường NS là $4,8 \pm 1,3$ ngày, $p > 0,05$.

TỶ LỆ THÀNH CÔNG, TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

| Đường PT | Âm đạo (n1 = 30) | | Nội soi (n2 = 30) | | Tổng (n = 60) | |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|------|---------------|------|
| | n1 | % | n2 | % | n | % |
| Thành công | 30 | 100 | 29 | 96,7 | 59 | 98,3 |
| Chuyển phương pháp | 0 | 0 | 1 | 3,3 | 1 | 1,7 |
| Tai biến | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Biến chứng | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | 2 | 3,3 |

Bảng 8. Tỷ lệ thành công, tai biến và biến chứng

Tỷ lệ thành công chung của PT là 98,3%. Có 1 trường hợp ở nhóm NS phải chuyển sang PT bụng mở vì nhân xơ lớn, mặt sau đoạn eo che lấp phẫu trường, không tiếp cận được đoạn dưới TC, chiếm 3,3% nhóm này. Không có tai biến nào xảy ra trong PT. Có 2 trường

hợp tụ dịch mỏm cắt AĐ ở 2 nhóm PT, chiếm 3,3% mỗi nhóm.

CHI PHÍ PHẪU THUẬT

Bảng 9. Bảng chi phí phẫu thuật

| Chi phí PT (đồng VN) | | Đường PT | Âm đạo (n1 = 30) | Nội soi (n2 = 30) | P |
|----------------------|------------------|----------|---------------------|---------------------|--------|
| Viện phí | số lượng | | 27 | 22 | < 0,05 |
| | % | | 90,0 | 73,3 | |
| | $\bar{X} \pm SD$ | | 6.541.852 ± 647.308 | 7.389.215 ± 382.253 | |
| Bảo hiểm | số lượng | | 3 | 8 | < 0,05 |
| | % | | 10,0 | 26,7 | |
| | $\bar{X} \pm SD$ | | 1.966.054 ± 180.831 | 2.499.255 ± 88.130 | |

Chi phí trung bình cho mỗi trường hợp PT tính theo viện phí hay bảo hiểm của đường AĐ đều thấp hơn so với NS có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT

Các phương pháp PT theo nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: cắt TCTP để lại 2 PP, cắt TCTP và 1 PP, cắt TCTP và 2 PP. Cắt TCTP để lại 2 PP là phương thức chính của cả 2 nhóm PT, nhóm PT đường AĐ có 28 trường hợp chiếm 93,3%, đường NS có 25 trường hợp chiếm 83,3%.

Xu hướng hiện nay trong PT cắt TC đã thay đổi so với trước đây. Sự e ngại để lại BT ở tuổi gần mãn kinh hay đã mãn kinh sẽ là một tiềm năng xuất hiện bệnh lý của BT đã được cân nhắc với lợi ích của nó tác động trên sức khỏe của người phụ nữ sau khi cắt TC, và kết quả sẽ tùy thuộc sự tư vấn khoa học của thầy thuốc và nguyện vọng của bệnh nhân. Khi bảo tồn BT, một phần còn lại của vòi TC được để lại, vấn đề này không được giải thích rõ trong sách phụ khoa kinh điển và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của nó đến kết quả PT^[3].

Theo Trương Quang Vinh (2001), phương pháp cắt TC phổ biến nhất đường AĐ là cắt TCTP để lại 2 PP: 80%^[4], thấp hơn so với chúng tôi nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Trương Quang Vinh và

cộng sự (2010), phương pháp cắt TC phổ biến nhất đường NS cũng là cắt TCTP để lại 2 PP: 76,32%^[5], theo Đỗ Khắc Huỳnh, Nguyễn Huy Bạo (2009) là 76,67%^[6], thấp hơn so với chúng tôi nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

THỜI GIAN PHẪU THUẬT

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả thời gian PT trung bình đường AĐ ngắn hơn đường NS có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Nghiên cứu của Bai W. P. (2005), thời gian PT trung bình của nhóm PT đường AĐ là 76 ± 28 phút^[7], tương đương với chúng tôi ($p > 0,05$), nhóm NS là 139 ± 52 phút, dài hơn của chúng tôi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thời gian PT trung bình đường AĐ theo nghiên cứu của Trương Quang Vinh (2001) là 85 ± 25 phút^[4], không khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của Trương Quang Vinh và cộng sự (2011) thời gian PT trung bình trong cắt TCTP đường NS là $84,01 \pm 31,43$ phút^[8], của Bạch Cẩm An và cộng sự (2007) là $68,2 \pm 25,2$ phút^[9] đều thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Lê Anh

Phương (2009), thì thời gian cắt TCTP đường NS trung bình là 138 ± 78 phút^[10], cao hơn chúng tôi rất nhiều ($p > 0,05$). Sự khác biệt này có thể là do mốc đánh giá thời gian PT, tính chất khó khăn của bệnh, độ thuận thực của PTV, trang thiết bị tại cơ sở PT trong các nghiên cứu có sự khác nhau.

ẢNH HƯỞNG CỦA CHỈ SỐ KHỐI CƠ THỂ VỚI THỜI GIAN PHẪU THUẬT

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về thời gian PT giữa phụ nữ không béo phì và béo phì ở cả 2 nhóm trong nghiên cứu. Nghiên cứu của Mueller A. và cộng sự (2011) trên 567 bệnh nhân cắt TCTP đường NS cho thấy không có tương quan giữa BMI với thời gian PT với $r_s = 0,07$ ^[11]. Nghiên cứu của ông và cộng sự trước đó (2010) trên 257 bệnh nhân cắt TCTP đường nội soi ổ phúc mạc cũng có kết quả tương tự với $r_s = 0,107$ ^[12]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

TƯƠNG QUAN GIỮA THỂ TÍCH TỬ CUNG VỚI THỜI GIAN PHẪU THUẬT

Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa thể tích TC và thời gian PT. Cắt TCTP đường AĐ có hệ số tương quan $r^2 = 0,307$ và sự tương quan này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,0008$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1021x + 41,5543$. Cắt TCTP đường NS có hệ số tương quan $r^2 = 0,2484$ và sự tương quan này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,0001$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,07881x + 48,4683$. Khi thể tích TC càng lớn thì thời gian PT càng dài. Thể tích TC càng lớn thì càng khó khăn cho PT, đặc biệt là phẫu trường của PT đường AĐ là bị giới hạn. Các kích thước TC bao gồm: chiều cao, chiều rộng, bề dày có thể ảnh hưởng đến thời gian PT ở các mức độ khác nhau. Chúng tôi chưa ghi nhận được nghiên cứu nào mô tả về thể tích TC trong PT cắt TCTP.

TƯƠNG QUAN GIỮA TRỌNG LƯỢNG TỬ CUNG VỚI THỜI GIAN PHẪU THUẬT

Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa trọng lượng TC với thời gian PT đường AĐ và NS trong nghiên cứu của chúng tôi. Cắt TC đường AĐ có hệ số tương quan $r^2 = 0,3084$, $p = 0,0012$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1717x + 40,5514$, đường NS có hệ số tương quan $r^2 = 0,2597$, $p < 0,0001$, phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,1481x + 64,8938$.

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp trọng lượng TC trên 300 gam ở mỗi nhóm, không có sự khác biệt về thời gian PT giữa nhóm TC trên 300 gam và 300 gam trở xuống, $p > 0,05$. Trong nhóm cắt TCTP đường AĐ, thời gian PT trung bình của TC trên 300 gam là $100 \pm 14,1$ phút, TC 300 gam trở xuống là $75,7 \pm 27,2$ phút. Trong nhóm cắt TCTP đường NS, thời gian PT trung bình của TC trên 300 gam là $115 \pm 21,2$ phút, TC 300 gam trở xuống là $95 \pm 23,4$ phút. Nghiên cứu của Wattiez A. (2002), so sánh thời gian PT giữa 2 nhóm trọng lượng TC trên 300 gam và 300 gam trở xuống trong cắt TCTP đường NS cho kết quả: thời gian PT trung bình nhóm TC trên 300 gam là 156 ± 50 phút, cao hơn kết quả của chúng tôi nhưng không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$, còn nhóm từ 300 gam trở xuống là 108 ± 35 phút, cao hơn của chúng tôi có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm trong nghiên cứu này có ý nghĩa thống kê^[13] còn của chúng tôi thì không, nguyên nhân do trọng lượng TC trên 300g trong mẫu của chúng tôi quá ít, chỉ có 2 trường hợp. Nghiên cứu của Kim H. B. và cộng sự (2010) trên 250 bệnh nhân cắt TCTP có trọng lượng TC trên 300 gam, thời gian cắt TCTP đường AĐ là $93,85 \pm 19,79$ phút, đường NS là $179,95 \pm 49,13$ phút, $p = 0,03$ ^[14], kết quả này cao hơn tương ứng của chúng tôi rất nhiều và có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Qua các nghiên cứu này, chúng tôi có mối tương quan giữa trọng lượng TC và thời gian

PT. Nghiên cứu của Mueller A. và cộng sự (2011) trong cắt TCTP đường NS cho thấy có tương quan rất yếu giữa trọng lượng TC với thời gian PT với hệ số $rs = 0,26$, $p < 0,01$ ^[11]. Nghiên cứu của Trương Quang Vinh và cộng sự (2011) về cắt TCTP đường NS đã xác định tương quan thuận mức trung bình giữa trọng lượng TC và thời gian PT: TC càng lớn, thời gian PT càng dài, $p < 0,001$ ^[8] tương tự như kết quả của chúng tôi.

MỨC ĐỘ ĐAU SAU PHẪU THUẬT

Mức độ đau trung bình sau PT trong nghiên cứu của chúng tôi tính theo thang điểm VAS ngày 1 đường AĐ cao hơn đường NS có ý nghĩa thống kê: đường AĐ là $6,4 \pm 0,8$ cm, đường NS là $5,9 \pm 0,8$ cm, $p < 0,05$. Mức độ đau trung bình ngày 2 đường AĐ $3,4 \pm 0,7$ cm, đường NS là $3,2 \pm 0,6$ cm, $p > 0,05$; ngày 3 đường AĐ và NS gần bằng nhau: $1,5 \pm 0,4$ cm.

PT cắt TCTP gây tác động lực lên hệ thống các dây chằng treo TC được chi phối bằng đám rối hạ vị gây nên cơn đau nội tạng, kết hợp đau do vết rạch da vùng bụng chậu. Nếu PT đường NS thì đau còn do CO₂ kích thích cơ hoành. Nếu PT đường AĐ, đau còn do lực tác dụng lên đáy chậu và AĐ chi phối bởi đám rối hạ vị và thần kinh âm hộ^[15]. Mức độ đau của cắt TC đường bụng nhiều hơn đường AĐ, đường AĐ đau nhiều hơn đường NS nhưng mức độ đau còn phụ thuộc vào độ sâu của kỹ thuật gây mê, cảm giác của từng cá thể và kỹ thuật PT trong từng trường hợp^{[15],[16]}. Khi VAS > 3 cm, chúng tôi phải cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau để kiểm soát đau sau PT. Vào ngày 2, bệnh nhân đau ở mức độ thấp hơn rõ so với ngày 1 và còn dùng thuốc giảm đau đường uống. Vào ngày 3, hầu hết bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ và không cần dùng thuốc thêm thuốc giảm đau.

Một nghiên cứu phân tích ngẫu nhiên của Gendy R. và cộng sự (2011) ghi nhận 3

báo cáo có kết quả phân tích về mức độ đau tính theo thang điểm VAS vào giờ thứ 3 sau mổ trong cắt TC đường NS thấp hơn đường AĐ $2,13$ cm với $p = 0,0326$ ^[17].

Nghiên cứu của Trương Quang Vinh và cộng sự (2011), mức độ đau trung bình sau cắt TCTP đường NS theo VAS ngày 2 là $2,47 \pm 0,58$ cm^[8] thấp hơn của chúng tôi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ngày 3 sau PT là $1,35 \pm 0,52$ cm tương đương với nghiên cứu của chúng tôi ($p > 0,05$).

Nguyên nhân của sự khác biệt của nghiên cứu mức độ đau sau PT của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác có lẽ do cách ghi nhận đánh giá mức độ đau sau PT của chúng tôi vào thời điểm đau nhất trong ngày 1, 2, và 3, thời điểm này sẽ tương ứng với lúc hết tác dụng của thuốc gây mê và giảm đau, điều này thay đổi ở từng bệnh nhân và phụ thuộc nhiều vào cảm tính của từng người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi đau nhiều nhất vào ngày 1 khi hết thuốc giảm đau, sau đánh giá chúng tôi tiếp tục kiểm soát cơn đau bằng thuốc uống và hướng dẫn bệnh nhân hợp tác trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Kết quả là ngày 2 và 3, hiệu quả giảm đau và hồi phục sức khỏe sau PT rõ rệt.

SỐ NGÀY ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

Số ngày điều trị trung bình sau PT trong nghiên cứu của chúng tôi đường AĐ cao hơn đường NS nhưng không có ý nghĩa thống kê: đường AĐ là $5,4 \pm 3,4$ ngày, đường NS là $4,8 \pm 1,3$ ngày, $p > 0,05$.

Nghiên cứu của Trương Quang Vinh (2001), số ngày điều trị trung bình sau PT đường AĐ là $7,09 \pm 1,08$ ngày^[4], dài hơn của chúng tôi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt này phụ thuộc phần lớn vào số ngày điều trị kháng sinh sau PT. Số ngày điều trị sau PT trong nghiên cứu của Bạch Cẩm An (2005) trong cắt TCTP đường NS là

$5,3 \pm 1,2$ ngày^{[18][1]}, của Trương Quang Vinh và cộng sự (2010) là $5,3 \pm 0,9$ ngày^[5], dài hơn của chúng tôi nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TỶ LỆ THÀNH CÔNG, TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Tỷ lệ thành công chung của nghiên cứu là 98,33%. Có 1 trường hợp ở nhóm NS phải chuyển sang mổ bụng vì nhân xơ lớn, mặt sau đoạn eo che lấp phẫu trường, không tiếp cận được đoạn dưới TC, chiếm 3,3% nhóm này. Không có tai biến nào xảy ra trong PT. Có 1 trường hợp tụ dịch mòm cắt AĐ xảy ra ở mỗi nhóm, chiếm 3,3% mỗi nhóm.

Có rất nhiều nghiên cứu ghi nhận về tỷ lệ tai biến và biến chứng của PT cắt TCTP trong đường AĐ cũng như NS. Gendy R. và cộng sự (2011) ghi nhận 5 báo cáo về tổn thương hệ tiết niệu trong cắt TCTP đường AĐ và đường NS không có sự khác biệt với $p = 0,43$ ^[17]. Nghiên cứu của Doganay M. (2011), tỷ lệ biến chứng chung trong cắt TCTP đường AĐ là 4,2%, đường NS là 3,6%^[19]. Nhìn chung tỷ lệ thành công của cả 2 nhóm PT đều cao, tai biến và biến chứng hầu hết cao hơn nghiên cứu của chúng tôi nhưng tỷ lệ đều ở mức thấp và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Nghiên cứu của Mueller A. và cộng sự (2011) trong cắt TCTP đường NS cho thấy có tương quan nghịch rất yếu giữa tai biến trong PT với thời gian PT với $r = -0,09$, $p < 0,05$ ^[11]. Như vậy, những trường hợp khó khăn, thời gian PT kéo dài, có thể gặp các tai biến và biến chứng, nhưng nếu PTV không thuận thực hay không cẩn thận thì những trường hợp dễ dàng, PT nhanh cũng có thể xảy ra tai biến hoặc biến chứng. Nghiên cứu PT cắt TCTP đường NS ở Phần Lan năm 2000 – 2005 có tỷ lệ biến chứng là 0,96%, giảm đáng kể so với giai đoạn 1992 – 1999 (1,76%). Điều này chứng tỏ sự hướng dẫn đào tạo liên tục các PTV ở Phần Lan đã góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng^[20].

Nghiên cứu 45 trường hợp cắt TCTP đường AĐ của Trương Quang Vinh (2001) đều thành công, không có tai biến trong PT, có 1 trường hợp nhiễm trùng sau PT, chiếm tỷ lệ 2,2% tương tự nghiên cứu của chúng tôi, $p > 0,05$ ^[4]. Nghiên cứu cắt TCTP đường NS của Trương Quang Vinh và cộng sự (2010) tương tự của chúng tôi. Tỷ lệ thành công là 97,37%, 1 trường hợp chuyển sang cắt tử cung đường AĐ có hỗ trợ NS vì tử cung to thoái hóa, nặng 570 gam. Không có tai biến trong PT và có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm 2,63%^[5]. Nghiên cứu của Bạch Cẩm An và cộng sự (2007) trên 32 bệnh nhân cắt TCTP đường NS, tỷ lệ thành công là 100%, không có tai biến trong PT, biến chứng sau PT có 1 trường hợp tụ dịch mòm cắt chiếm 3,12%^[9], tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Cắt TCTP đường AĐ tuy ra đời sớm nhất, nhưng PT này phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng và sự thành thực của PTV. Điểm yếu của cắt TCTP đường AĐ là không quan sát rõ các tạng liên quan trong quá trình PT mà chủ yếu dựa vào cảm giác của PTV và phẫu trường bị giới hạn, đây cũng là một trong những lý do nó bị lãng quên một thời gian khi PT đường bụng xuất hiện. Thực tế, các PTV cắt TCTP đường AĐ hầu hết lại có kỹ năng tốt, vì vậy tỷ lệ thành công của PT thường cao, tai biến và biến chứng thấp. Phẫu thuật cắt TCTP đường NS ở phúc mạc là một PT cao cấp trong PT phụ khoa, ngày càng được ứng dụng rộng rãi. Nó rất có ưu thế của một kỹ thuật mới, tiến bộ. Việc quan sát rõ ràng các tạng trong ổ phúc mạc và tạo một phẫu trường khá thuận lợi trong suốt quá trình PT, kết hợp với các dụng cụ PT và máy móc thiết bị ngày càng hoàn thiện, PT cắt TCTP đường NS nhanh chóng tìm được vị trí của mình và phát triển ở nhiều nơi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Các biến chứng trong PT vẫn có thể xảy ra, nhưng ngày càng hạn

chế nhờ có những trang thiết bị NS ngày càng tiến bộ và các PTV cắt TCTP đường NS được huấn luyện cẩn thận^[18].

CHI PHÍ PHẪU THUẬT

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chi phí trung bình cho mỗi trường hợp PT cắt TCTP tính theo viện phí hay bảo hiểm của đường AD đều thấp hơn so với đường NS có ý nghĩa thống kê: 6.541.852 ± 647.308 đồng VN hay 1.966.054 ± 180.831 đồng VN so với 7.389.215 ± 382.253 đồng VN hay 2.499.255 ± 88.130 đồng VN, p < 0,05.

Số ngày điều trị tại bệnh viện và số ngày điều trị hậu phẫu, tỷ lệ tai biến và biến chứng sẽ ảnh hưởng chi phí điều trị. Để hạn chế tình trạng này, vấn đề an toàn trong PT phải được đặc biệt quan tâm. PT đường NS có ưu thế trong việc dùng kháng sinh dự phòng và số ngày hậu phẫu có thể rút ngắn đáng kể, điều này hứa hẹn một sự giảm chi phí điều trị cho PT cắt TCTP đường NS một cách đáng kể.

Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu. Nghiên cứu của Kim H. B. (2010), chi phí trung bình cho PT cắt TCTP đường AD thấp hơn đường NS có ý nghĩa thống kê: đường AD là 1815,7 đô la Mỹ, đường NS là 2560,5 đô la Mỹ, p < 0,05^[14].

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật trung bình cắt tử cung toàn phần đường âm đạo ngắn đường nội soi (p < 0,05).

Có sự tương quan hồi quy tuyến tính giữa thể tích và trọng lượng tử cung với thời gian phẫu thuật ở 2 nhóm trong nghiên cứu.

Mức độ đau trung bình sau phẫu thuật cắt tử cung toàn phần ngày thứ nhất tính theo VAS ở nhóm đường âm đạo cao hơn có ý nghĩa thống kê so với đường nội soi.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian hậu phẫu trung bình cắt tử

cung toàn phần đường âm đạo và đường nội soi..

Chi phí phẫu thuật trung bình của cắt tử cung toàn phần đường âm đạo thấp hơn đường nội soi.

Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần đường âm đạo và nội soi có thể thực hiện được ở hầu hết các bệnh lý tử cung không sa với ưu điểm: thẩm mỹ, an toàn và hồi phục nhanh sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Swanton A., Slack A., Veigh E. M. (2009), "Laparoscopy and laparoscopic surgery", Obstetrics. Gynaecology and Reproductive medicine, 20 (2), pp.33 - 40.
2. Mencaglia L., Wattier A., Hamou J. E. (2006), "Dụng cụ và bố trí phòng mổ", Manual of Gynecological Laparoscopy, Manual of Hysteroscopy, University Women's Hospital Freiburg, tr.1 - 10.
3. Ghezzi F., Cromi A., Siesto G., Bergamini V., Zefiro F., Bolis P. (2008), "Infectious morbidity after total laparoscopic hysterectomy: does concomitant salpingectomy make a difference?" BJOG, 116, pp.589 - 593.
4. Trương Quang Vinh (2001), Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung toàn phần đường âm đạo để điều trị một số bệnh lý tử cung không sa tại Bệnh viện Trung Ương Huế, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Huế.
5. Trương Quang Vinh, Đặng Văn Pháp, Võ Văn Đức, Trần Mạnh Linh (2010), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Phụ Sản, Tập 8 (2 - 3), Huế, tr.96 - 101.
6. Đỗ Khắc Huỳnh, Nguyễn Huy Bạo (2009), "Cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi: những nhận xét ban đầu", Tạp chí Phụ Sản, (5), tr.43 - 45.

- 7.** Bai W. P., Li L. P., Feng M. Y., Wang X. H., Li K. M., Zhou Y. F. (2005), "Clinical comparison of transvaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy", *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 40 (10), pp.656 - 664.
- 8.** Trương Quang Vinh, Võ Văn Đức, Trần Mạnh Linh (2011), "Nghiên cứu ứng dụng cắt tử cung qua nội soi trong các bệnh lý tử cung không sa", *Tạp chí Phụ sản*, tr.46 - 56.
- 9.** Bạch Cẩm An, Phan Thị Duyên Hải, Lê Sỹ Phương, Trần Minh Thắng (2007), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần có hỗ trợ của cần nâng có nắp cổ tử cung tại Khoa Sản Bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Phụ Sản số đặc biệt*, (3 - 4), tr.230 - 237.
- 10.** Lê Anh Phương (2009), "Phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Khoa Sản Bệnh viện Nhân dân Gia Định 2009", *Tạp san Y học TP.Hồ Chí Minh*, tập 13 (6), tr.248 - 252.
- 11.** Mueller A., Boosz A., Koch M., Jud S., Faschingbauer F., Schrauder M., Löhberg C., Mehlhorn G., Renner S. P., Lux M. P., Beckmann M. W., Thiel F. C. (2011), "The Hohl instrument for optimizing total laparoscopic hysrectomy: result of more than 500 procedures in a university training center", *Arch Gynecol Obstet © Springer-Verlag* 2011.
- 12.** Mueller A., Thiel F., Lermann J., Oppelt P., Beckmann M. W. and Renner S.P. (2010), "Feasibility and safety of total laparoscopic hysterectomy (TLH) using the Hohl instrument in nonobese and obese women", *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 36 (1), pp.159 - 164.
- 13.** Wattiez A., Soriano D., Fiaccavento A., Canis M., Botchorishvili R., Pouly J., Mage G., Bruhat M. A. (2002), "Total laparoscopic hysterectomy for very enlarged uteri", *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 9 (2), pp.125 - 30.
- 14.** Kim H. B., Song J. E., Kim G. H., Cho H. Y. and Lee K. Y. (2010), "Comparative of clinical effects between total vaginal hysterectomy and total laparoscopic hysterectomy on large uteruses over 300 grams", *Obstetrics and Gynecology Research*, 36 (3), pp.656 - 660.
- 15.** Delaunay L. (2004), "Analgésie après hystérectomie", *Journées thématiques de la Sfar*.
- 16.** Milon D. (2006), "Hystérectomies", *Évaluation et traitement de la douleur*, pp.667 - 676.
- 17.** Gendy R., Walsh C. A., Walsh S. R., Karantanis E. (2011), "Vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a metaanalysis of randomized controlled trials", *American journal of Obstetrics & Gynecology*, 204, pp.
- 18.** Bạch Cẩm An (2005), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong bệnh lý u xơ tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Luận án chuyên khoa cấp II chuyên ngành phụ khoa*, Trường Đại học Y Huế
- 19.** Doganay M., Yildiz Y., Tonguc E., Var T., Karayalcin R., Eryilmaz O. G. (2011), "Abdominal, vaginal and total laparoscopic hysterectomy: perioperative morbidity", *Arch Gynecol Obstet*, 284, pp.385 - 389.
- 20.** Brummer T. H. I., Seppälä T. T. and Härkki P. S. M. (2008), "National learning curve for laparoscopic hysterectomy and trends in hysterectomy in Finland 2000-2005", *Human Reproduction*, 23 (4), pp.840 - 845.