

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU 32 CA CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CÓ HỖ TRỢ CỦA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

NGUYỄN VĂN HỌC

## TÓM TẮT

Kỹ thuật cắt tử cung đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi tại Việt Nam chưa được phổ biến rộng rãi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá những ưu, nhược điểm của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi làm cơ sở để triển khai phẫu thuật này tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng. Thời gian từ tháng 1/2009 – 1/2011. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với  $n = 100$ . Kết quả bước đầu cho thấy về kỹ thuật đơn giản hơn so với phương pháp mổ không kết hợp, thời gian phẫu thuật < 60 phút chiếm tới 84,3%. Chức năng tiêu hoá, tiết niệu, vận động trở lại bình thường sau 36 giờ, tính thẩm mỹ cao, thời gian nằm viện < 5 ngày chiếm 90,6%. Có một tai biến áp xe dư do đọng dịch vùng gan.

**Từ khóa:** tử cung, âm đạo.

## SUMMARY

The laparoscopy assisted vaginal hysterectomy technique is still not popular in Vietnam. We do this research to get aims: to evaluate the advantages, disadvantages of this technique to establish it in Haiphong hospital of OG. In 01/2009- 01/2010 period, we do a cross-sectional study with  $N=100$ . The early result shows that this technique is more simple, the operation time less than 60 minutes occupies 84.3%. The digestion, kidney and respiration function recover after 36 hours. The hospitalization less than 5 days occupies 90.6%. There is only one complicated case is reported due to a post-operation abscess in the liver area.

**Keywords:** vaginal hysterectomy.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là một bệnh lành tính thường gặp, chiếm khoảng 30% phụ nữ ở độ tuổi từ 35 - 55. Phẫu thuật vẫn là lựa chọn chủ yếu, tại Việt Nam đang phổ biến 3 loại hình phẫu thuật gồm mổ mở, nội soi cắt tử

cung, cắt tử cung đường âm đạo. Cắt tử cung đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi chưa được phổ biến, ưu điểm của loại phẫu thuật này là: kỹ thuật đơn giản hơn, phục hồi sức khoẻ nhanh, tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ thấp, tính thẩm mỹ cao, nhược điểm là bác sỹ phẫu thuật chính phải thực hiện được 2 loại phẫu thuật là cắt tử cung đường âm đạo và mổ nội soi, phải cần nhiều dụng cụ hơn. Xuất phát từ thực tế, cũng như điều kiện của Hải Phòng, chúng tôi nghiên cứu áp dụng một phương pháp phẫu thuật cắt tử cung phối hợp tại bệnh viện nhằm mục tiêu: *Đánh giá những ưu nhược điểm của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi làm cơ sở để nhân rộng phẫu thuật này tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu là 24 tháng, từ tháng 1 năm 2009 – 1 năm 2011.

Số lượng bệnh nhân là 100 trường hợp đủ tiêu chuẩn.

Tiêu chuẩn chọn: Những trường hợp có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn. Kích thước tử cung < thai 3 tháng, hay siêu âm khối u  $\leq 5$ cm. Tử cung di động dễ. Không có chống chỉ định về gây mê cho nội soi. Đã đẻ đường dưới ít nhất một lần.

Tiêu chuẩn loại: Cắt tử cung bán phần, Kích thước tử cung > thai 3 tháng hay siêu âm khối u > 5cm, u xơ đoạn eo tử cung. Có vết mổ cũ, tiểu khung dính. Có chống chỉ định về gây mê cho nội soi (bệnh tim mạch, H/A cao, béo phì, bệnh phổi, thiếu máu vv). Chưa đẻ đường dưới lần nào.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi - nghề nghiệp

Tuổi	> 40 - $\leq$ 45	> 45 - $\leq$ 50	> 50 - $\leq$ 55	> 55 - $\leq$ 60
Công	5	22	4	1

**Bảng 2. Kích thước tử cung và khối u qua khám lâm sàng và siêu âm**

Kích thước tử cung khám lâm sàng	≤ 1 tháng	> 1 - ≤ 2 tháng	> 2 - ≤ 3 tháng	> 3 tháng
	5	24	3	0
Tỷ lệ %	15,6%	75%	9,4%	
Kích thước khối u siêu âm (cm)	>2-≤3 cm	> 3 - ≤ 4 cm	> 4 - ≤ 5 cm	> 5 cm
	8	9	12	3
Tỷ lệ %	25%	28,1%	37,5%	9,4%

9,4% là có sự khác nhau giữa thăm khám lâm sàng với siêu âm.

**Bảng 3. U xơ tử cung và một số yếu tố khác kèm theo.**

Các yếu tố kèm theo	Khối u buồng trứng	Cổ tử cung tái tạo xấu	Mổ cũ	Polip buồng tử cung	Dính tiểu khung ít	Sa sinh dục
	1	6	0	3	0	1
Tỷ lệ %	3,1%	18,8%		9,4%		3,1%

**Bảng 4. Cắt tử cung hoàn toàn kèm hay không kèm cắt phần phụ**

Phần phụ	Cắt 2 phần phụ	Cắt 1 phần phụ	Để lại 2 phần phụ
	15 ca	13 ca	4 ca
Tỷ lệ %	46,9%	40,6%	12,5%

**Bảng 5. Thời gian cắt tử cung tính từ khi vào ổ bụng cho tới khi đóng bụng**

Thời gian tính theo phút	> 30 - ≤ 45 phút	> 45 - ≤ 60 phút	> 60 phút
	7	20	5
Tỷ lệ %	21,8%	62,5%	15,7%

Có 5 ca mất trên 60 phút, thì 4 ca trọng lượng tử cung >300gr – 380gr, và một ca cắt tử cung đầu tiên mất 100 phút.

**Bảng 6. Trọng lượng tử cung tính theo gram sau khi mổ**

Trọng lượng khối u tính theo gram	> 1 - ≤ 2 gram	> 2 - ≤ 3 gram	> 3 - ≤ 4 gram
	12	16	4
Tỷ lệ %	37,5%	50%	12,5%

Trọng lượng tử cung > 300gram có mối liên quan tỷ lệ thuận với thời gian phẫu thuật, nhưng chưa khẳng định vì số lượng bệnh nhân còn ít.

**Bảng 7. Xét nghiệm máu sau mổ 24 giờ**

Số lượng hồng cầu triệu/ mm <sup>3</sup>	>3.5 - ≤ 4T	>4 - ≤ 4.5T	> 4.5 - ≤ 5T	> 5 T
	22	7	2	1
Số lượng bạch cầu nghìn/ mm <sup>3</sup>	> 5 - ≤ 6	> 6 - ≤ 7	>7 - ≤ 8	> 8 - ≤ 9
	4	9	11	8
Hemoglobin g/l	>10-≤11	> 11 - ≤ 12	> 12-≤13	>13-≤14
	10	14	6	2

Không có bệnh nhân nào phải truyền máu sau mổ.

**Bảng 8. Đau sau mổ 24 giờ**

Đau	Không đau	Đau ít	Đau nhiều phải dùng thuốc
	23 ca	8 ca	1 ca
Tỷ lệ %	72%	25%	3%

Một ca đau phải dùng thuốc sau mổ là do bị áp xe dư ổ bụng.

**Bảng 9. Thời gian trung tiện và vận động trở lại tính theo giờ**

Thời gian trung tiện	<24 giờ	>24 - ≤36 giờ	>36 - ≤48 giờ	>48 - ≤60 giờ
	8 ca	23 ca	1 ca	0
Thời gian vận động sau mổ	<24 giờ	>24 - ≤36 giờ	>36 - ≤48 giờ	>48 - ≤60 giờ
	0	31ca	1 ca	0

Có 31 ca trung tiện và vận động sớm sau mổ chiếm 96,8%.

**Bảng 10. Số ca thất bại phải chuyển phương pháp khác**

Nguyên nhân chuyển	Chảy máu nhiều	Do trực tràng về gây mê	Tai biến
	0	0	0
Tỷ lệ %	0	0	0

**Bảng 11. Tai biến trong và sau quá trình phẫu thuật**

Trong khi phẫu thuật	Chảy máu nhiều	Tổn thương hệ thống tiết niệu	Tổn thương hệ thống tiêu hoá	Tai biến gây mê
	0	0	0	0
Sau phẫu thuật	Chảy máu	Tổn thương hệ thống tiết niệu	Tổn thương hệ thống tiêu hoá	Nhiễm trùng
	0	0	0	1
Tỷ lệ %				3,1 %

Một ca áp xe dư sau mổ, do đọng dịch nhiều ở góc gan.

**Bảng 12. Thời gian nằm viện**

Thời gian tính theo ngày	3 ngày	5 ngày	7 ngày	>7 ngày
	5	24	1	2
Tỷ lệ %	15,6%	75%	3,1%	6,3%

**Bảng 13. Kết quả khám lại sau khi ra viện**

Thời gian (ngày)	7 ngày	> 7 - ≤ 14	> 14 - ≤ 21	> 21 - ≤ 28	
	0	3 ca	8 ca	21	
Tỷ lệ %		9,4%	25%	65, 6%	
Triệu chứng phải đi khám lại	Đau	Sốt	Nhiễm trùng vết mổ thành bụng	Ra máu âm đạo	Ra dịch nhiều ở âm đạo
	2 ca	0	1 ca	3 ca	12 ca
Tỷ lệ %	6,23		3,1	9,4	37,5

Số bệnh nhân đến khám lại sau 3 tuần vì ra ít máu âm đạo và dịch âm đạo, không có trường hợp nào phải nhập viện lại.

### KẾT LUẬN

- Kết quả 32 ca cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi, bước đầu cho thấy: kỹ thuật cắt tử cung kiểu phối hợp này đơn giản hơn nhiều so với kỹ thuật cắt tử cung đường âm đạo đơn thuần hay cắt tử cung qua nội soi đơn thuần

- Thời gian phẫu thuật chủ yếu là < 60 phút, chiếm tới 84,3%, chỉ có 15,7% là > 60 phút, thời gian ngắn nhất cho cuộc phẫu thuật là 30 phút và thời gian dài nhất là 100 phút (ca đầu tiên).

- Chức năng tiêu hoá, tiết niệu, vận động đều trở lại bình thường sau 36 giờ, tính thẩm mỹ cao như trong phẫu thuật nội soi.

- Có một tai biến áp xe dư phải mổ lại vì đọng dịch

vùng gan, do sơ xuất không kiểm tra.

- Thời gian nằm viện chủ yếu < 5 ngày chiếm 90,6%, chỉ có 9,4% nằm viện > 7 ngày.

- Điểm mới và sáng tạo của đề tài này là không dùng cần đẩy tử cung của bộ nội soi mà thay bằng một cặp cổ tử cung và một thước đo buồng tử cung với giá thành 70.000đồng, quá trình làm cũng rất dễ dàng, trong khi đó giá mua một cần đẩy tử cung trong bộ nội soi là 50.000.000 đồng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. David. Hager. W, Postoperative infection, Prevention and Management, chepter 12. Te lind, s operative, gynecology eighth edition, p 233- 243.

2. Domenighetti G, Luraschi P, Marazzi A (1985), Hysterectomy and sex of the gynecologist. N. Engl J. Med, p 313 – 1485.

3. Howard FM (1996). Acomparison of laparoscopiccally assited vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy J gynecol surg 1995, 83 – 90.

4. Kovac SR (1999). Laparoscopic – assited vaginal hysterectomy, Jgynecol surg (6), 185 - 93.

5. Rich H, Decaprio J(1998)Laparoscopic hysterectomy J gynecol surg,(5), 213 – 6.

6. White SC (1998). Comparison of abdominal and Vaginal hysterectomies: A review of 600 operations gynecol, 530 – 7.