

## KẾT QUẢ 130 TRƯỜNG HỢP CẮT TỬ CUNG NGẢ ÂM ĐẠO CÓ HỖ TRỢ NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

NGUYỄN VĂN HỌC

### TÓM TẮT:

Phương pháp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi là sự kết hợp giữa 2 phương pháp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo và nội soi (mức độ I trong cắt tử cung qua nội soi). Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá những ưu, nhược điểm của phương pháp phẫu thuật này. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2009 - tháng 3/2011. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, với N = 130 ca. Kết quả: Về ưu điểm kỹ thuật đơn giản hơn, không cần phải có cần đẩy tử cung, tỷ lệ tai biến hệ niệu là 1,5%, tỷ lệ nhiễm trùng là 7,6%, ngoài ra không gặp một tai biến nào khác, thời gian phẫu thuật trung bình 55 phút, thời gian vận động trở lại sau mổ < 48 giờ chiếm 97%. Nhược điểm cần nhiều dụng cụ hơn, thời gian nằm viện trung bình 6 ngày, bác sĩ phẫu thuật cũng cần phải nắm vững 2 loại hình phẫu thuật.

Từ khóa: cắt tử cung, âm đạo

### SUMMARY:

Laparoscopy assisted vaginal hysterectomy is a uterus removal method which combined of two procedures: vaginal hysterectomy (VH) and laparoscopy hysterectomy (LH) (level I of LH- round ligament cutting level). **Objectives of study:** in order to evaluate advantages and disadvantages of this combination method. We do a prospective, descriptive study in 130 LAVH cases from 01/2009 to 03/2011. **Results:** Advantages: it has an easier technique without uterine mobilizer uses. The

average operation time is only 55 minutes and 98% patient can re-exercise in first 48 hours. The urinary complication rate is 1.5%, post-op infection rate is observed at 7.6%. **Disadvantages:** it needs more instruments than VH. In this study, the average time of hospitalization is 5.6 days. The surgeon needs to have enough experience of both procedures.

Keywords: Laparoscopy, vaginal hysterectomy

### ĐẶT VẤN ĐỀ:

Cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi là một kỹ thuật khó, đòi hỏi người phẫu thuật viên phải có rất nhiều kinh nghiệm, trong đó khó nhất là cắt 2 động mạch tử cung, nguy cơ chảy máu và tai biến vào hệ niệu là khó tránh khỏi. Cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo cũng là một kỹ thuật khó và khó nhất là phẫu thuật viên khi làm không quan sát được phẫu trường do đó dễ bị chảy máu cũng như tai biến hệ niệu, hệ tiêu hoá. Việc phối hợp giữa 2 phương pháp phẫu thuật cho cắt tử cung hoàn toàn sẽ làm cho kỹ thuật cắt tử cung đơn giản hơn, hạn chế những nhược điểm của 2 phương pháp khi làm đơn lẻ.

### ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

130 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2009 - tháng 3/2011

\* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Kích thước tử cung trước sau ≤ 7cm. Bệnh nhân đã đẻ ít nhất một lần đường âm đạo. Không có chống chỉ định về gây mê cho nội soi.

- Dính vùng tiểu khung ít, lạc nội mạc tử cung mà chưa gây biến dạng giải phẫu. Trọng lượng bệnh nhân < 60kg. Tự nguyện xin mổ sau khi được tư vấn

\* Tiêu chuẩn loại đối tượng nghiên cứu:

- Bị ung thư ở bất kỳ giai đoạn nào. Kích thước tử cung trước sau > 7 cm.

- Bệnh nhân chưa từng đẻ đường âm đạo lần nào. Có chống chỉ định chung về gây mê cho mổ nội soi. Dính nhiều vùng tiểu khung, lạc nội mạc tử cung đã gây biến dạng về giải phẫu. Có vết mổ đẻ cũ ở tử cung. Trọng lượng bệnh nhân trên 60kg

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu - mô tả cắt ngang

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi chỉ định cắt tử cung

Tuổi	< 40	> 40 - ≤ 44	> 45 - ≤ 49	> 50 - ≤ 54	> 55 - ≤ 59
Số bệnh nhân	3	13	76	32	6
Tỷ lệ%	2,3%	10%	58,5%	24,6%	4,6%

Tuổi cắt tử cung chủ yếu là trên 45 tuổi, chiếm tới 87,7%, những trường hợp cắt tử cung dưới 45 tuổi thường là cổ tử cung tái tạo xấu hay kèm theo polip buồng tử cung.

Bảng 2. Chỉ định cắt tử cung và một số yếu tố kèm theo

Các yếu tố kèm theo	Khối u buồng trứng	Cổ tử cung tái tạo xấu	Polip buồng tử cung	Dính tiểu khung ít
Số bệnh nhân	12	29	16	8
Tỷ lệ%	9,2%	22,3%	12,3%	6,2%

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phút	< 45	> 45 - ≤ 60	> 60 - ≤ 75	> 75 - ≤ 90	> 90	Thời gian trung bình
Số bệnh nhân	25	59	14	26	6	55 phút
Tỷ lệ%	19,2%	45,4%	10,8%	20%	4,6%	

Thời gian phẫu thuật chủ yếu là dưới 60 phút chiếm 64,6%, thời gian nhanh nhất là 30 phút, thời gian dài nhất là 110 phút ca đầu tiên.

Bảng 4. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật tính theo giờ

Thời gian	< 24 giờ	> 24 - ≤ 36	> 36 - ≤ 48	> 48 - ≤ 60	> 60
Số bệnh nhân	22 ca	60 ca	46 ca	1	1
Tỷ lệ%	16,9%	46,3%	35,3%	0,75%	0,75%

Có 2 ca tổn thương hệ niệu vì vậy thời gian trung tiện muộn, còn chủ yếu trung tiện trước 36 giờ chiếm 63,2%.

Bảng 5. Thời gian vận động trở lại sau mổ tính theo giờ

Thời gian	< 24 giờ	> 24 - ≤ 36	> 36 - ≤ 48	> 48 - ≤ 60	> 60
Số bệnh nhân	0	95ca	30 ca	5	0
Tỷ lệ%	0	73,1%	23,1%	3,8%	0

Thời gian vận động trở lại trước 36 giờ chiếm 73,1%, số trên 48 giờ chỉ chiếm 3,8%.

Bảng 6. Tai biến trong và sau quá trình phẫu thuật

Trong phẫu thuật	Chảy máu	Tổn thương hệ niệu	Tổn thương hệ tiêu hoá	Tai biến gây mê
Số bệnh nhân	0	Nghi ngờ 2	0	0
Sau phẫu thuật	Chảy máu thứ phát	Tổn thương bàng quang	Tổn thương hệ tiêu hoá	Nhiễm trùng
Số bệnh nhân	0	2	0	10
Tỷ lệ%	0	1,5%	0	7,6%

### BÀN LUẬN

- Kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi hay đường âm đạo là một kỹ thuật khó đòi hỏi người phẫu thuật viên phải có rất nhiều kinh nghiệm, nguy cơ tai biến về chảy máu và hệ niệu, hệ tiêu hoá là khó tránh khỏi. Tại một số trung tâm sản khoa lớn như bệnh viện phụ sản trung ương, phụ sản Từ Dũ rất nhiều phẫu thuật viên thực hiện được thuận thực một trong hai loại hình phẫu thuật này hoặc cả hai, nhưng tại các địa phương thì hai loại hình phẫu thuật này cũng như số phẫu thuật viên thực hiện được thuận thực lại rất ít vì kỹ thuật khó. Qua nghiên cứu phẫu thuật cắt tử cung đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi, chúng tôi thấy về ưu điểm:

- Chỉ định cắt tử cung rộng rãi hơn khi làm không phối hợp, những trường hợp nghi ngờ dính hay dính ít, nhân xơ ở đoạn eo tử cung hay có lạc nội mạc tử cung mà khám thấy tử cung vẫn di động được thì vẫn có chỉ định cắt tử cung.

- Kỹ thuật cắt tử cung đơn giản hơn so với làm đơn lẻ về thời gian phẫu thuật trung bình là 55 phút, không cần phải có cán đẩy tử cung (dùng cặp cổ tử cung và thước đo buồng tử cung là được). Tỷ lệ tai biến là 1,5% về bàng quang, 2 tai biến này trong quá trình phẫu thuật có nghi ngờ tổn thương bàng quang do bóc tách đẩy bàng quang để mở cùng đồ trước (ở 40 ca đầu tiên), nhóm phẫu thuật đã bơm xanh methylen kiểm tra nhưng không thấy dò, bệnh nhân được đưa ra hậu phẫu 14 ngày và 20 ngày mới thấy xuất hiện dò bàng quang âm đạo, nguyên nhân do đụng dập đẩy bàng quang thì bóc tách thì mở cùng đồ trước chứ không phải do hoại tử nhiệt vì nhóm phẫu thuật không dùng dao điện để đốt cầm máu đáy bàng quang, tai biến này có thể khắc phục được nếu chúng ta che phủ đáy bàng quang bởi phúc mạc trượt trong thì đóng mỏm cắt âm đạo và đặt lưu sonde bàng quang tại chỗ 7 - 10 ngày, ngoài 2 ca tai biến trên, chúng tôi không gặp một tai biến nào khác. Tỷ lệ nhiễm trùng là 7,6%, chủ yếu là nhiễm trùng mỏm cắt âm đạo. Thời gian vận động trở lại sau mổ < 48 giờ chiếm 96,2%.

Nhược điểm:

- Đòi hỏi phải có nhiều trang thiết bị hơn  
- Thời gian nằm viện là 5,6 ngày cao hơn thời gian nằm viện của nội soi.

- Bác sĩ phẫu thuật viên vẫn cần phải nắm vững cả hai loại hình phẫu thuật để phối hợp tốt trong khi làm.

## KẾT LUẬN

- Cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo có hỗ trợ của nội soi nên được triển khai rộng rãi tại những trung tâm sản khoa vì những ưu điểm của nó là kỹ thuật đơn giản hơn, không cần phải có cần đẩy tử cung, thời gian mổ nhanh hơn, phục hồi sức khoẻ nhanh, tính thẩm mỹ cao. Tại các địa phương mà ở đó trình độ phẫu thuật viên chưa phải thuần thục lắm, chỉ cần nắm vững được 2 loại hình phẫu thuật, hoặc phối hợp giữa 2 bác sĩ phẫu thuật đường dưới và phẫu thuật viên nội soi cùng làm trên một bệnh nhân cũng tốt như khi một phẫu thuật viên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Tới (2001) Bước đầu đánh giá ưu, nhược điểm của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.  
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi(2007). Đánh giá tai biến của phẫu thuật nội soi ổ bụng trong phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ từ năm 2004 - năm 2006. Hội sản phụ khoa Việt -

Pháp, châu Á Thái Bình Dương lần thứ VII, tr 21.

3. Đoàn Bích Ngọc (2004) Tình hình cắt tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng từ tháng 1 năm 2002 - 4 năm 2003. Nội san sản phụ khoa, hội sản phụ khoa Việt Nam số đặc biệt, tr 184 - 188.

4. Nguyễn Văn Giáp (2006) Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 12 năm 2004 đến tháng 6 năm 2006, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường đại học Y Hà Nội.

5. Howard FM(1996). A comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy J gynecol surg 1995, 83 – 90.

6. Kovac SR(1999). Laparoscopic – assisted vaginal hysterectomy, J gynecol surg (6), 185 - 93.

7. Jones RA(2000). Laparoscopic hysterectomy: a series of 100 cases. Med J Aust (159), 447 – 9.

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