

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGICAL FOR OVARIAN TUMORS AT HAU GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2024

Nguyen Tuyet Khuong, Huynh Thanh Phong

Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan, Can Tho City

Received 31/07/2025

Revised 26/08/2025; Accepted 24/09/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics, as well as the treatment outcomes of ovarian tumors treated with laparoscopy at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted involving the medical records of 61 patients diagnosed with ovarian tumors and treated laparoscopically between March 2021 and March 2024. The data collected included age, clinical symptoms, ultrasound features, CA-125 levels, surgical procedures, and outcomes.

Results: The mean age of the patients was 34.7 ± 11.2 years. The majority of cases were unilateral (95.1%), and most tumors measured between 6 and 10 cm in size (60.7%). A total of 83.6% of patients had CA125 levels of ≤ 35 UI/mL. The success rate of laparoscopic surgery was 95.1%, with only 3.3% of cases requiring conversion to laparotomy. The procedures performed included cyst enucleation (52.5%), adnexectomy (23%), and cystectomy (24.6%). Complications were minimal, with a 1.6% occurrence of trocar hematoma. The mean hospital stay was 7.7 ± 1.7 days. Histopathological analysis revealed dermoid cysts in 50.8% of cases, serous cystadenomas in 19.7%, and 1.6% of tumors were malignant.

Conclusion: Laparoscopic surgery for ovarian tumors is effective, with low complications and quick recovery. While ultrasound and CA-125 are essential for diagnosis, advanced methods are crucial for early detection of malignant tumors.

Keywords: ovarian tumor; laparoscopy; CA125; ovarian preservation.

*Corresponding author

Email: htphong@vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 775 128 666 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3265**

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN SẢN – NHI HẬU GIANG NĂM 2024

Nguyễn Tuyết Khương, Huỳnh Thanh Phong

Trường Đại học Võ Trường Toản-QL1A, Thạnh Xuân, Thành Phố Cần Thơ

Ngày nhận bài: 31/07/2025

Ngày chỉnh sửa: 26/08/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng bằng nội soi tại Bệnh viện Sản – Nhi Hậu Giang năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng và điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2024. Các thông tin được thu thập bao gồm tuổi, triệu chứng, kết quả siêu âm, CA125, phương pháp và kết quả phẫu thuật.

Kết quả: Tuổi trung bình $34,7 \pm 11,2$; u đơn bên chiếm 95,1%; kích thước 6–10 cm chiếm 60,7%. $CA125 \leq 35$ UI/ml ở 83,6% bệnh nhân. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 95,1%; chuyển mổ mở 3,3%. Các phương pháp: bóc u (52,5%), cắt u (24,6%), cắt phần phụ (23%). Tỷ lệ biến chứng rất thấp (1,6% tụ máu chân trocar), thời gian nằm viện trung bình $7,7 \pm 1,7$ ngày. Giải phẫu bệnh cho thấy u nang bì (50,8%), nang nước (19,7%), u ác tính (1,6%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng hiệu quả cao, ít biến chứng và hồi phục nhanh. Siêu âm và CA-125 hỗ trợ chẩn đoán, nhưng cần phối hợp cận lâm sàng nâng cao để phát hiện sớm u ác tính.

Từ khóa: u buồng trứng; nội soi; CA125; bảo tồn buồng trứng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là bệnh lý phụ khoa thường gặp, có thể gây xoắn, vỡ, hoặc tiến triển ác tính nếu không phát hiện kịp thời. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ưa chuộng nhờ tính chất ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, phục hồi nhanh và đặc biệt bảo tồn chức năng sinh sản. Nghiên cứu này nhằm khảo sát kết quả điều trị u buồng trứng bằng nội soi tại BV Sản – Nhi Hậu Giang, qua đó cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc ứng dụng kỹ thuật này rộng rãi hơn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Bệnh viện Sản – Nhi Hậu Giang từ 03/2021 đến 03/2024. Thời gian thu thập dữ liệu từ 04–06/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

61 bệnh nhân được chẩn đoán u buồng trứng, có hồ sơ đầy đủ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Tính theo công thức ước tính 1 tỷ lệ, với tỷ lệ thành công $p = 0,9611$ theo Nguyễn Văn Tuấn (2012), độ tin cậy 95% ($Z = 1,96$), sai số $d = 0,05 \rightarrow$ cỡ mẫu tối thiểu: 58. Thực tế: 61 hồ sơ.

*Tác giả liên hệ

Email: htphong@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 775 128 666 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3265>

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc: kết quả điều trị nội soi.

Biến độc lập: tuổi, triệu chứng, vị trí – kích thước u, nồng độ CA125, giải phẫu bệnh, phương pháp điều trị, thời gian nằm viện, biến chứng.

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

Chúng tôi tiến hành chọn mẫu toàn bộ tất cả hồ sơ bệnh án thoả tiêu chuẩn chọn mẫu tại bệnh viện đến khi đủ số lượng mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng SPSS 20. Dữ liệu định lượng biểu diễn bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; dữ liệu định tính bằng tần số, tỉ lệ %. Kiểm định Chi-square, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
Tuổi		
≤ 19 tuổi	3	4,9
20 - 29 tuổi	17	27,9
30 - 39 tuổi	26	42,6
40 - 49 tuổi	8	13,1
≥ 50 tuổi	7	11,5
Trung bình:	34,67 $\pm$ 11,21 (nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 74 tuổi)	

Nhận xét: Bệnh nhân mắc u buồng trứng tập trung chủ yếu ở độ tuổi 30–39 (42,6%) và 20–29 (27,9%), trong khi nhóm ≤ 19 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,9%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là khoảng 35, dao động từ 16 đến 74 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Lý do đến khám

Lý do đến khám	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
Khám phụ khoa	5	8,2
Đau bụng	44	72,1
Rối loạn kinh nguyệt	2	3,3

Lý do đến khám	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
Siêu âm	10	16
Tự sờ thấy u	0	0

Nhận xét: Đau bụng là lý do đến khám phổ biến nhất (72,1%), trong khi phát hiện tình cờ qua siêu âm chiếm 16%. Các triệu chứng khác như rối loạn kinh nguyệt và khám phụ khoa ít gặp hơn, và không có trường hợp nào tự phát hiện u qua sờ nắn.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Mật độ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Di động tốt	33	54,1
Di động hạn chế	16	26,2
Không di động	12	19,7

Nhận xét: Hơn một nửa số khối u (54,1%) có khả năng di động tốt, trong khi 26,2% hạn chế di động và 19,7% cố định, cho thấy sự khác biệt về mức độ bám dính của u buồng trứng trong từng trường hợp.

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Bên phải	41	67,2
	Bên trái	17	27,9
	Hai bên	3	4,9
Kích thước	≤ 5 cm	12	19,6
	6 – 10cm	37	60,7
	>10 cm	12	19,7
Đặc điểm và độ hồi âm	Trống âm	12	19,7
	Giảm âm	7	11,5
	Tăng âm	9	14,8
	Hỗn hợp	32	52,5
	Vách, nhú	1	1,6

Nhận xét: Khối u buồng trứng thường gặp ở bên phải (67,2%), với kích thước phổ biến từ 6–10 cm (60,7%). Hình ảnh siêu âm chủ yếu là hồi âm hỗn hợp (52,5%), cho thấy đặc điểm mô học phức tạp và nhấn mạnh nhu cầu phối hợp thêm các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác để đánh giá chính xác tính chất khối u.

Bảng 5. Nồng độ CA125 và kết quả giải phẫu bệnh

Nồng độ CA125	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 35 UI/ml	51	83,6
> 35 UI/ml	10	16,4
Giải phẫu bệnh		

Nồng độ CA125	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
U nang nước	12	19,7
U nang nhầy	5	8,2
U nang bì	31	50,8
Lạc nội mạc tử cung	7	11,5
U nang hoàng thể	3	4,9
U nang tuyến	2	3,3
U ác tính	1	1,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có nồng độ CA-125 trong giới hạn bình thường (83,6%), chỉ 16,4% vượt ngưỡng. U nang bì là loại phổ biến nhất (50,8%), tiếp theo là u nang nước (19,7%) và lạc nội mạc tử cung (11,5%). Tỷ lệ u ác tính rất thấp (1,6%), cho thấy đa phần khối u trong nghiên cứu là lành tính.

3.3. Kết quả điều trị u buồng trứng

Bảng 6. Kết quả điều trị u buồng trứng

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi	59	96,7
	Phẫu thuật mổ bụng	2	3,3
Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công	Thành công	58	95,1
	Chuyển mổ mở	2	3,3
	Biến chứng	1	1,6
Thời điểm mổ	Mổ cấp cứu	4	6,6
	Mổ chương trình	57	93,4
Phương pháp xử trí khi phẫu thuật	Bóc u	32	52,5
	Cắt phần phụ	14	23,0
	Cắt u	15	24,6
Thời gian phẫu thuật	≤ 30 phút	7	11,5
	31 – 44 phút	10	16,4
	45 – 60 phút	20	32,8
	> 60 phút	24	39,3
Biến chứng sau phẫu thuật	Không biến chứng	60	98,4
	Chảy máu	0	0
	Tụ máu chân trocar	1	1,6
	Tổn thương tạng	0	0
	Viêm phúc mạc	0	0
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	≤ 5 ngày	8	13,1
	6 - 10 ngày	50	83,0
	>10 ngày	3	4,9
	Ngày trung bình: 7,67 ± 1,66 (nhỏ nhất là 5 ngày, lớn nhất là 14 ngày)		

Nhận xét: Phẫu thuật nội soi chiếm ưu thế rõ rệt (96,7%), với tỷ lệ thành công cao (95,1%) và ít biến chứng (1,6%). Hầu hết ca mổ được thực hiện theo chương trình (93,4%), phổ biến nhất là kỹ thuật bóc u (52,5%). Thời gian phẫu thuật đa dạng, trong đó 39,3% kéo dài trên 60 phút. Biến chứng sau mổ hầu như không đáng kể và thời gian nằm viện trung bình là 7,67 ngày, chủ yếu trong khoảng 6–10 ngày (83%).

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Kết quả phân tích cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 34,7 ± 11,2 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 30–39 (chiếm 42,6%), theo sau là nhóm 20–29 tuổi (27,9%). Nhóm tuổi 30–39 chiếm tỷ lệ lớn nhất trong nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương giai đoạn 2001–2010 [2]. Nhóm tuổi sinh sản là từ 20 đến 39 tuổi, là đối tượng chiếm ưu thế trong các ca điều trị sản khoa [3].

4.2. Lý do đến khám

Triệu chứng đau bụng vẫn là lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân đến khám, chiếm tỷ lệ 72,1%, cho thấy đây là dấu hiệu lâm sàng điển hình và dễ nhận biết. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng thực hiện tại Hải Phòng năm 2020, trong đó chỉ có 53,5% bệnh nhân ghi nhận triệu chứng đau bụng khi đến khám [4]. Ngoài ra, 16,4% trường hợp được phát hiện tình cờ qua siêu âm – một con số thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Linh [5]. Tuy nhiên, cả hai nghiên cứu đều ghi nhận xu hướng chung là phát hiện muộn, do các triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu, dễ bị bỏ qua hoặc nhầm lẫn với các rối loạn tiêu hóa – tiết niệu thông thường. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của thăm khám lâm sàng kết hợp cận lâm sàng, đặc biệt là siêu âm, trong việc phát hiện sớm các bệnh lý phụ khoa. Từ đó, có thể thấy việc nâng cao nhận thức cộng đồng về các triệu chứng phụ khoa thường gặp, cùng với sàng lọc định kỳ, là giải pháp quan trọng nhằm cải thiện phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

4.3. Khám lâm sàng khối u

Kết quả ghi nhận từ khám lâm sàng cho thấy hơn một nửa số trường hợp (54,1%) có khối u di động tốt, trong khi 26,2% bị hạn chế di động và 19,7% ở trạng thái cố định. Tỷ lệ này gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2020) thực hiện tại Hải Phòng, nơi các tỷ lệ lần lượt là 67,2%, 28,2%, và 4,6% [4]. Tuy nhiên, sự khác biệt rõ rệt được ghi nhận khi so sánh với kết quả của Nguyễn Thị Hương Linh (2010),

trong đó hai nhóm di động và hạn chế di động gần như ngang bằng (48,7% và 45,5%) [2]. Sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến yếu tố chủ quan trong kỹ thuật thăm khám, do đánh giá mức độ di động của khối u thường phụ thuộc vào kinh nghiệm lâm sàng, cảm nhận tay khám và sự hợp tác của người bệnh. Dù vậy, độ di động của u vẫn đóng vai trò như một dấu hiệu gợi ý quan trọng trong phân tích mức độ dính mô và hướng tới chẩn đoán sơ bộ tính chất lành – ác của tổn thương trước khi phẫu thuật nội soi được chỉ định. Vì thế, việc duy trì kỹ năng lâm sàng chuẩn hóa và liên kết đánh giá khách quan bằng hình ảnh học có thể giúp cải thiện tính chính xác trong phân tích đặc điểm u tại thời điểm thăm khám ban đầu.

4.4. Siêu âm và chẩn đoán trước mổ

Kết quả siêu âm cho thấy phần lớn khối u phát hiện là đơn bên (95,1%), trong đó tỷ lệ u bên phải vượt trội (62,7%) so với bên trái (27,9%). Xu hướng này phù hợp với các nghiên cứu trước, như Nguyễn Thị Hồng ghi nhận 92,0% u đơn bên, với ưu thế bên phải là 50,0% [4], và Nguyễn Thanh Tùng cũng báo cáo tỷ lệ tương ứng là 52,0% (phải) so với 38,1% (trái). Việc u buồng trứng xuất hiện chủ yếu ở một bên, đặc biệt là bên phải, có thể liên quan đến đặc điểm giải phẫu và hệ thống tưới máu vùng chậu phải phong phú hơn, song đây vẫn là chủ đề cần nghiên cứu thêm để xác định rõ nguyên nhân sinh lý. Về kích thước, đa số khối u có đường kính nằm trong khoảng 6–10 cm (60,7%), gần tương ứng với kết quả của Đặng Thị Hương (80,8%) [6] và Hoàng Thị Linh (67,7%). Điều này cho thấy phần lớn khối u buồng trứng được phát hiện ở giai đoạn có kích thước trung bình, phù hợp với chỉ định phẫu thuật nội soi nếu không có dấu hiệu nghi ngờ ác tính. Thông tin này có giá trị trong cân nhắc lựa chọn phương pháp can thiệp giữa mổ mở truyền thống và phẫu thuật nội soi. Về mặt đặc điểm âm học, âm hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (52,5%), tiếp theo là trống âm (19,7%), tăng âm (14,8%), giảm âm (11,5%) và cuối cùng là vách nhú (1,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Len (2016), trong đó tỷ lệ khối u hỗn hợp âm là 40,5%, trống hoặc giảm âm chiếm 32%, tăng âm 17,5% và có vách nhú 10% [7]. Những khác biệt nhỏ về tỷ lệ có thể xuất phát từ đặc điểm dân số, tiêu chí lựa chọn bệnh nhân và trang thiết bị siêu âm. Đáng chú ý, hình ảnh âm hỗn hợp thường liên quan đến u nang bì – một loại u lành tính có cấu trúc phức hợp mô đặc – lỏng, trong khi các dạng trống âm và giảm âm thường gặp ở u dịch trong lành tính như u nang nước. Sự hiện diện của vách nhú, dù hiếm, vẫn cần được theo dõi sát vì đây là dấu hiệu siêu âm gợi ý khả

năng u ác tính. Tổng hợp lại, đặc điểm siêu âm trong nghiên cứu này cung cấp dữ liệu lâm sàng giá trị cho việc dự đoán bản chất khối u trước mổ, từ đó hỗ trợ lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp và nâng cao hiệu quả điều trị.

4.5. Giá trị của dấu ấn CA125 và kết quả giải phẫu bệnh

Phân tích chỉ số CA-125 cho thấy 83,6% bệnh nhân có giá trị ≤ 35 UI/ml, trong khi 16,4% vượt ngưỡng này. Kết quả gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng (2018) với tỷ lệ lần lượt là 91,1% và 8,9%, và phù hợp xu hướng với Nguyễn Thị Hồng (2020) (62,9%) và Đặng Thị Hương (2020) (73,8% – 13,2%) [2], [4], [8]. Những kết quả này tiếp tục khẳng định rằng CA-125 đơn lẻ không đủ độ đặc hiệu để phân biệt u lành và u ác, nhất là ở các u có kích thước vừa, biểu hiện lâm sàng không rõ ràng. Do đó, cần kết hợp thêm các chỉ dấu sinh học khác như HE4, ROMA index, hoặc chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu để tăng độ chính xác trước mổ.

Về kết quả mô bệnh học, u nang bì chiếm tỷ lệ cao nhất (50,8%), tiếp theo là u nang nước (19,7%), lạc nội mạc tử cung (11,5%), trong khi u ác tính chỉ chiếm 1,6%. Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2012) (u bì 45,56%) [1] và Lê Quang Vinh (2002) (41,7%) [9], cho thấy u nang bì vẫn là loại phổ biến nhất trong nhóm u buồng trứng lành tính. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ u nang nước và lạc nội mạc tử cung so với các báo cáo trước đó gợi ý rằng cơ cấu mô bệnh học có thể thay đổi theo đặc điểm dân số và vùng địa lý.

Đáng lưu ý, trong nghiên cứu này có một trường hợp u ác tính (bệnh nhân 58 tuổi, CA-125 = 57,8 UI/ml, siêu âm trống âm, kích thước 6–10 cm) không được phát hiện trước mổ do không được chỉ định chụp MRI. Trường hợp này là minh chứng rõ cho việc phối hợp không đầy đủ giữa cận lâm sàng và hình ảnh học có thể dẫn đến bỏ sót tổn thương ác tính, gây khó khăn khi phẫu thuật nội soi. Điều này cho thấy cần thiết phải áp dụng các công cụ chẩn đoán đa chỉ điểm và hình ảnh chuyên sâu (như MRI hoặc CT) trong các trường hợp nghi ngờ, dù là nhẹ, nhằm phát hiện sớm u ác và lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp.

4.6. Hiệu quả phẫu thuật nội soi

Trong nghiên cứu này, phẫu thuật nội soi đạt tỷ lệ thành công ấn tượng là 95,1%, với chỉ 3,3% bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở và 1,6% gặp biến chứng chảy máu. Những kết quả này cho thấy tính an toàn và hiệu quả cao của phương pháp, tương đồng với các số liệu đã được công bố trước đó. Cụ

thể, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2020) ghi nhận 98,8% ca nội soi thành công, với tỷ lệ chuyển mổ mở là 0,8% và biến chứng chỉ chiếm 0,4% [4]. Tương tự, Nguyễn Thanh Tùng (2018) cũng báo cáo kết quả khả quan với 99,2% phẫu thuật thành công, 0,4% chuyển mổ mở và 0,4% có biến chứng [8]. Trong khi đó, Hoàng Thị Linh (2020) ghi nhận 93,5% thành công, cho thấy tỷ lệ vẫn rất khả quan ngay cả trong các điều kiện khác nhau về bệnh viện và nhóm bệnh nhân [5]. Tổng hợp các dữ liệu trên cho thấy, phẫu thuật nội soi tiếp tục giữ vai trò là lựa chọn ưu tiên hàng đầu trong điều trị u buồng trứng nhờ khả năng kiểm soát tốt biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện hồi phục sau mổ. Mặc dù một tỷ lệ nhỏ cần can thiệp bằng phẫu thuật mở, nhưng đây là ngoại lệ và thường phụ thuộc vào yếu tố bất ngờ trong mổ hoặc mức độ dính mô khó xác định trước đó. Điều này nhấn mạnh rằng, với điều kiện trang thiết bị và kinh nghiệm phẫu thuật viên phù hợp, nội soi là phương pháp mang lại lợi ích tối ưu và đáng được mở rộng áp dụng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Sản – Nhi Hậu Giang đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công 95,1%, biến chứng thấp và thời gian hồi phục nhanh. U thường gặp ở phụ nữ tuổi sinh sản, chủ yếu là u đơn bên, kích thước trung bình, mô bệnh học phổ biến nhất là u nang bì. Siêu âm và CA-125 đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Cần phối hợp thêm các phương tiện cận lâm sàng nâng cao để hạn chế bỏ sót u ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Tuấn (2012), Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [2] Nguyễn Thị Hương Linh (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u buồng trứng giáp biên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2001 đến 2010, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [3] Nguyễn Thanh Hải (2016), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi khối u buồng trứng tại bệnh viện Sản - Nhi Bắc Giang, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
- [4] Nguyễn Thị Hồng (2020), Nghiên cứu điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, Luận văn Thạc Sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- [5] Hoàng Thị Linh (2020), Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Khóa luận tốt nghiệp ngành Y Đa Khoa, Đại học Quốc Gia Hà Nội.
- [6] Đặng Thị Hương (2020), Nghiên cứu kết quả phẫu thuật khối u buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Nam Định, Luận văn Thạc Sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- [7] Trần Thị Len (2016), Nhận xét chẩn đoán và kết quả phẫu thuật u buồng trứng lành tính tại bệnh viện Đại học y Thái Bình, Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
- [8] Nguyễn Thanh Tùng (2018), Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc, Luận văn Thạc Sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
- [9] Lê Quang Vinh (2002), “Nghiên cứu hình thái học các khối u buồng trứng đã được phẫu thuật tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh từ 10/2000 đến 6/2002”, Tạp chí y học Việt Nam, 1011, tr.72-74.

