

FACTORS RELATED TO THE SELECTION OF SURGICAL METHODS FOR UTERINE FIBROIDS

Vu Khanh Huyen¹, Do Tuan Dat^{2*}, Lê Thị Thanh Tâm³, Đinh Thị Vân Anh⁴, Đặng Thị Minh Nguyệt², Ngô Xuân Khoa²

¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 1 Trieu Quoc Dat, Tran Hung Dao ward, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

³Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Truong Vinh ward, Nghe An province, Vietnam

⁴Nghe An Friendship General Hospital - Km 5, Lenin avenue, Vinh Phu ward, Nghe An province, Vietnam

Received: 29/10/2025

Revised: 29/12/2025; Accepted: 23/03/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the factors associated with the selection of surgical methods for uterine fibroids.

Methods: A cross-sectional descriptive study using convenience sampling was conducted on 590 patients diagnosed with uterine fibroids who had indications for surgery at Nghe An General Friendship Hospital from January 1, 2024, to December 31, 2024.

Results: The myomectomy group had the lowest mean age (41.15 ± 6.37 years old) and predominantly consisted of patients under 45 years of age (85.4%). In the postmenopausal group, 100% of patients underwent total hysterectomy. In the premenopausal group, myomectomy and subtotal hysterectomy accounted for 15.8% and 14.6%, respectively. Patients with a single tumor were most frequently indicated for total hysterectomy (66.9%), followed by myomectomy (19.1%) and subtotal hysterectomy (14%). For tumors smaller than 5 cm, the rate of myomectomy was high (26.8%). When tumor size increased to 5-10 cm, the myomectomy rate decreased to 12.7%, and total hysterectomy became the primary choice (77.7%). Patients with tumors in locations L0-2 and L6-7 were indicated for myomectomy at higher rates (50% and 66.7%, respectively) compared to those with tumors in locations L3-5 (13.6%); the reverse trend was observed for total hysterectomy.

Conclusion: The choice of surgical method is closely dependent on age, fertility desire, menstrual status, tumor size, and the number of tumors. Myomectomy is prioritized for young women with a desire for fertility preservation, whereas total hysterectomy is indicated for older patients, postmenopausal women, or those with large tumors.

Keywords: Myomectomy, total hysterectomy, subtotal hysterectomy.

*Corresponding author

Email: drdodat@gmail.com **Phone:** (+84) 988905052 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4631**



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT U XƠ TỬ CUNG

Vũ Khánh Huyền¹, Đỗ Tuấn Đạt^{2*}, Lê Thị Thanh Tâm³, Đinh Thị Vân Anh⁴, Đặng Thị Minh Nguyệt², Ngô Xuân Khoa²

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, phường Trường Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

⁴Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km 5, Đại lộ Lenin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 29/12/2025; Ngày duyệt đăng: 23/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung.

Đối tượng và phương pháp: 590 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung và có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ ngày 1/1/2024 đến 31/12/2024. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: Nhóm được phẫu thuật bóc u xơ tử cung có tuổi trung bình thấp nhất ($41,15 \pm 6,37$ tuổi), chủ yếu gặp ở bệnh nhân dưới 45 tuổi (85,4%). Ở nhóm mãn kinh, tất cả bệnh nhân đều được cắt tử cung hoàn toàn (100%), nhóm chưa mãn kinh, các phương pháp phẫu thuật bóc u xơ và cắt tử cung bán phần lần lượt chiếm 15,8% và 14,6%. Nhóm bệnh nhân có 1 khối u chiếm tỷ lệ cao nhất, được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn (66,9%), tiếp theo là bóc u (19,1%) và cắt tử cung bán phần (14%). Với u nhỏ hơn 5 cm, bóc u chiếm tỷ lệ cao (26,8%). Khi kích thước u tăng lên 5-10 cm, tỷ lệ bóc u giảm xuống 12,7% và cắt tử cung hoàn toàn trở thành lựa chọn chủ yếu (77,7%). Bệnh nhân có u ở vị trí L0-2 và L6-7 được chỉ định bóc u với tỷ lệ cao hơn (50% và 66,7%) so với nhóm u vị trí L3-5 (13,6%) và ngược lại đối với cắt tử cung hoàn toàn.

Kết luận: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc chặt chẽ vào tuổi, nhu cầu sinh sản, tình trạng kinh nguyệt, kích thước và số lượng khối u. Bóc u xơ tử cung được ưu tiên ở phụ nữ trẻ, còn nhu cầu sinh sản; trong khi cắt tử cung hoàn toàn được chỉ định cho nhóm lớn tuổi, mãn kinh hoặc u lớn.

Từ khóa: Bóc u xơ, cắt tử cung hoàn toàn, cắt tử cung bán phần.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là khối u lành tính phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, và là chỉ định hàng đầu cho cắt bỏ tử cung [1]. Tỷ lệ mắc u xơ tử cung dao động từ 20-70% tùy vào phương pháp chẩn đoán và dân số nghiên cứu với đa số bệnh nhân được phát hiện khi đã có triệu chứng hoặc quá trình bệnh tiến triển nặng hơn [1-2]. Các nghiên cứu cho thấy, trong điều trị u xơ tử cung, nhiều kỹ thuật ít xâm lấn hiện đại như nút động mạch tử cung (UAE), siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU), hay đốt u xơ bằng vi sóng (MWA) ngày càng được áp dụng nhờ ưu điểm hồi phục nhanh, giảm đau và duy trì khả năng sinh sản [2]. Tuy vậy, phẫu thuật vẫn giữ vai trò trung tâm, đặc biệt ở bệnh nhân có khối u lớn, triệu chứng nặng hoặc điều trị bảo tồn thất bại. Hai phương pháp phẫu thuật chính gồm bóc u xơ (myomectomy) và cắt tử cung (hysterectomy) được chỉ định phụ thuộc vào tuổi, tình trạng sinh sản, đặc điểm khối u, mong muốn của bệnh nhân, cùng kinh nghiệm phẫu thuật viên và điều kiện cơ sở y tế [1-2].

Để có sự so sánh toàn diện trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài kết quả

phẫu thuật u xơ tử cung tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An với mục tiêu mô tả một số yếu tố liên quan trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật u xơ tử cung.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

590 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung và có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được phẫu thuật u xơ tử cung, bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u xơ tử cung.

- Tiêu chuẩn loại trừ: u xơ tử cung kèm có thai tại thời điểm vào viện, có bệnh lý ác tính kèm theo (ung thư buồng trứng, ung thư cổ tử cung...), bệnh nhân có hồ sơ không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

*Tác giả liên hệ

Email: drdat@gmail.com Điện thoại: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4631>

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/1/2024 đến ngày 31/12/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.4. Biến số nghiên cứu

Tuổi, đặc điểm kinh nguyệt (chưa mãn kinh, mãn kinh), số lượng u, kích thước u, vị trí u, phương pháp phẫu thuật (bóc u, cắt tử cung hoàn toàn, cắt tử cung bán phần).

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Tất cả các thông tin cần thiết được thu thập từ hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn lựa chọn, sau đó được mã hóa và nhập vào cơ sở dữ liệu trên phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội.

Số liệu được thu thập, xử lý trung thực và chính xác. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được mã hóa và đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật theo tuổi

Phương pháp xử trí	≤ 40 tuổi		41-45 tuổi		46-50 tuổi		> 50 tuổi		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bóc u xơ (n = 89)	33	37,1	43	48,3	3	3,4	10	11,2	< 0,01
41,15 ± 6,37									
Cắt tử cung bán phần (n = 82)	20	24,4	16	19,5	33	40,2	13	15,9	
45,67 ± 4,90									
Cắt tử cung hoàn toàn (n = 419)	9	2,2	76	18,1	192	45,8	142	33,9	
48,97 ± 4,51									

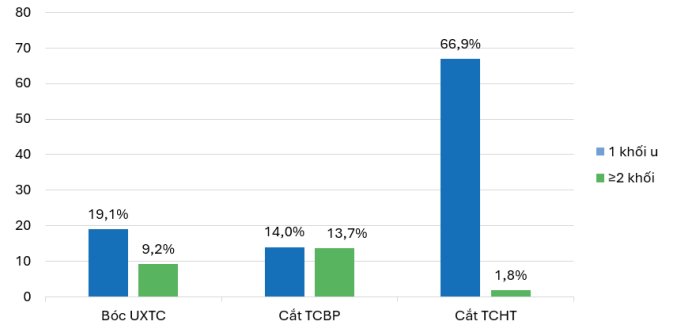
Nhóm được bóc u xơ tử cung có tuổi trung bình thấp nhất (41,15 ± 6,37 tuổi), chủ yếu gặp ở bệnh nhân dưới 45 tuổi (85,4%). Phẫu thuật cắt tử cung bán phần và cắt tử cung hoàn toàn phần lớn được chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi hơn, đặc biệt bệnh nhân từ 46-50 tuổi và trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm cắt tử cung hoàn toàn (45,8% và 33,9%). Sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật theo đặc điểm kinh nguyệt

Phương pháp phẫu thuật		Chưa mãn kinh (n = 563)		Mãn kinh (n = 27)		p
		n	%	n	%	
Xử trí u xơ tử cung	Bóc u xơ tử cung	89	15,8	0	0	< 0,05
	Cắt tử cung bán phần	82	14,6	0	0	
	Cắt tử cung hoàn toàn	392	69,6	27	100	
Xử trí phần phụ	Để lại phần phụ	497	88,3	13	48,1	< 0,01
	Cắt 1 phần phụ	63	11,2	7	25,9	
	Cắt 2 phần phụ	3	0,5	7	25,9	

Ở nhóm chưa mãn kinh, các phương pháp phẫu thuật bóc u xơ và cắt tử cung bán phần lần lượt chiếm 15,8% và 14,6%. Trong khi ở nhóm mãn kinh, tất cả bệnh nhân đều được cắt tử cung hoàn toàn (100%). Sự khác biệt về phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung giữa nhóm chưa mãn kinh và mãn kinh có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

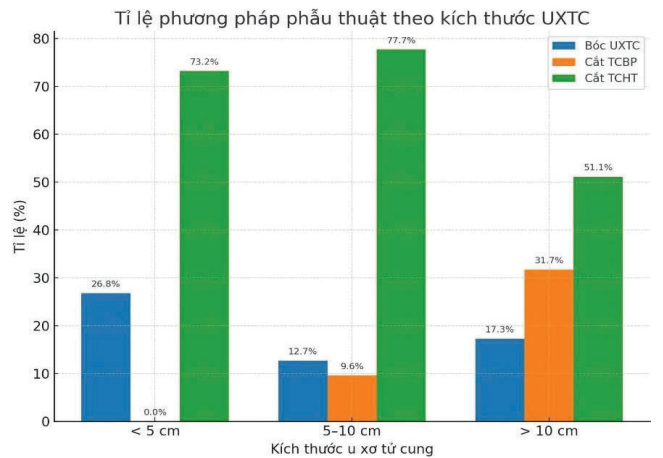
Về xử trí phần phụ, tỷ lệ bảo tồn phần phụ ở nhóm mãn kinh thấp hơn rõ rệt so với nhóm chưa mãn kinh (48,1% so với 88,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).



Biểu đồ 1. Phương pháp phẫu thuật theo số lượng u

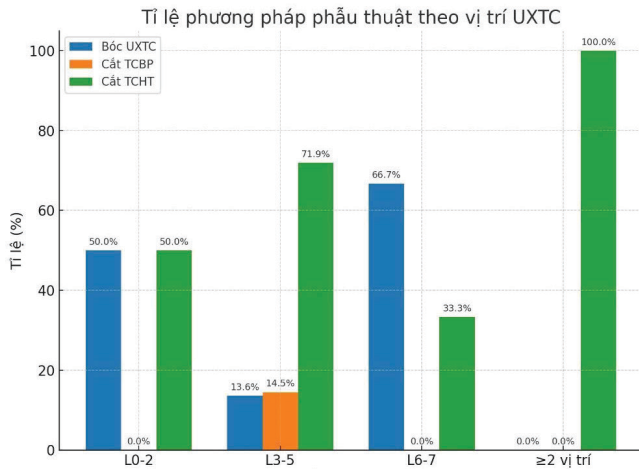
Ghi chú: UXTC: u xơ tử cung; TCBP: tử cung bán phần; TCHT: tử cung hoàn toàn.

Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có 1 khối u chiếm tỷ lệ cao nhất, được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn (66,9%), tiếp theo là bóc u (19,1%) và cắt tử cung bán phần (14%). Ở nhóm có từ 2 khối u trở lên, tỷ lệ lựa chọn cắt tử cung bán phần (13,7%) và bóc u (9,2%) cao hơn so với cắt tử cung hoàn toàn (1,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).



Biểu đồ 2. Phương pháp phẫu thuật theo kích thước khối u

Biểu đồ 2 cho thấy phương pháp phẫu thuật thay đổi rõ rệt theo kích thước u xơ. Với u nhỏ hơn 5 cm, bóc u chiếm tỷ lệ cao (26,8%). Khi kích thước u tăng lên 5-10 cm, tỷ lệ bóc u giảm xuống còn 12,7% và cắt tử cung hoàn toàn trở thành lựa chọn chủ yếu (77,7%). Ở nhóm u lớn hơn 10 cm, cắt tử cung hoàn toàn vẫn chiếm ưu thế (51,1%), nhưng tỷ lệ cắt tử cung bán phần cũng tăng đáng kể (31,7%). Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).



Biểu đồ 3. Phương pháp phẫu thuật theo vị trí u xơ tử cung

Bệnh nhân có u ở vị trí L0-2 và L6-7 được chỉ định bóc u với tỷ lệ cao hơn (50% và 66,7%) so với nhóm u ở vị trí L3-5 (13,6%). Ngược lại, u ở vị trí L3-5 hoặc từ 2 vị trí trở lên có tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn cao, lần lượt là 71,9% và 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp phẫu thuật theo tuổi

Bảng 1 cho thấy đa số bệnh nhân trong nghiên cứu còn ở độ tuổi sinh sản, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của u xơ tử cung vì khối u chịu ảnh hưởng trực tiếp của hormon sinh dục nữ. Phẫu thuật cắt tử cung bán phần và cắt tử cung hoàn toàn phần lớn được chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi hơn, đặc biệt bệnh nhân từ 46-50 tuổi và trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm cắt tử cung hoàn toàn (45,8% và 33,9%). Kết quả cho thấy lựa chọn phương pháp can thiệp phụ thuộc nhiều vào độ tuổi và nhu cầu sinh sản của bệnh nhân.

4.2. Phương pháp phẫu thuật theo đặc điểm kinh nguyệt

Ở phụ nữ còn kinh nguyệt, các phương pháp điều trị đa dạng hơn: bóc u xơ (15,8%), cắt tử cung bán phần (14,6%) và cắt tử cung hoàn toàn (69,6%), phản ánh xu hướng ưu tiên bảo tồn tử cung và buồng trứng. Trong khi đó, toàn bộ bệnh nhân sau mãn kinh đều được cắt tử cung hoàn toàn (100%), phù hợp với thực hành lâm sàng khi chức năng sinh sản không còn và nguy cơ ác tính tăng lên.

Xử trí phần phụ cũng có sự khác biệt rõ rệt: bảo tồn buồng trứng đạt 88,3% ở nhóm còn kinh nguyệt nhưng chỉ 48,1% ở nhóm mãn kinh; ngược lại, tỷ lệ cắt hai phần phụ tăng từ 0,5% lên 25,9% ($p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước của Nguyễn Đức Tú (2019) [3], Phùng Trọng Thủy và cộng sự (2021) [4]; và phù hợp với khuyến cáo quốc tế về cắt buồng trứng dự phòng sau mãn kinh [5].

4.3. Phương pháp phẫu thuật theo số lượng u

Về số lượng u xơ, chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân có ≥ 2 u xơ, tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn tăng rõ rệt (77,1%), trong khi bóc u xơ giảm chỉ còn 9,2%, so với 19,1% ở nhóm u đơn độc ($p < 0,05$). Xu hướng này tương đồng với nghiên cứu của Phùng Trọng Thủy và cộng sự (2021), trong đó bóc u xơ chủ yếu áp dụng cho các trường hợp đơn nhân, còn đa u xơ hầu hết được chỉ định cắt tử cung do nguy cơ tái phát cao [4]. Các nghiên cứu quốc tế cũng đưa ra kết quả tương tự: Pickett C.M và cộng sự (2023) nhấn mạnh đa u xơ

là yếu tố dự báo thất bại của bảo tồn, đồng thời làm tăng tỷ lệ mổ lại sau bóc u [6].

4.4. Phương pháp phẫu thuật theo kích thước u

Về kích thước khối u, nhóm bệnh nhân có u xơ tử cung kích thước 5-10 cm chiếm đa số và cũng là đối tượng được phẫu thuật nhiều nhất. Đây là giai đoạn khối u thường gây triệu chứng nặng (rong kinh, thiếu máu) nhưng vẫn trong giới hạn thuận lợi để bóc u xơ hoặc cắt tử cung qua nội soi. Ở nhóm bệnh nhân có kích thước u trên 10 cm, tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn và mổ mở tăng rõ rệt, cho thấy phẫu thuật viên có xu hướng chọn giải pháp triệt để khi u lớn, phẫu thuật khó khăn và nguy cơ chảy máu cao. Kết quả này đồng thuận với nghiên cứu của Pickett C.M và cộng sự (2023) khẳng định kích thước u là một trong những yếu tố hạn chế quan trọng đối với phẫu thuật bảo tồn [6].

4.5. Phương pháp phẫu thuật theo vị trí u

Về vị trí khối u, phần lớn u xơ trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong cơ tử cung (L3-5), đây cũng là vị trí có liên quan chặt chẽ đến các triệu chứng nặng như rong kinh, thiếu máu và đau bụng. Do đó, không ngạc nhiên khi cắt tử cung chiếm tỷ lệ áp đảo ở nhóm này. Ngược lại, u dưới niêm mạc (L0-2) và dưới thanh mạc (L6-7) ít gặp hơn, nhưng có xu hướng được xử trí bảo tồn nếu kích thước nhỏ hoặc trung bình. Kết quả này phù hợp với phân loại FIGO (2018) [7].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 590 bệnh nhân u xơ tử cung và có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong năm 2024, các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung gồm:

- Bệnh nhân dưới 45 tuổi chủ yếu được bóc u xơ (85,4%).
- Nhóm ≥ 46 tuổi có tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn cao nhất (45,8% ở nhóm 46-50 tuổi và 33,9% ở nhóm trên 50 tuổi), $p < 0,01$.
- 100% bệnh nhân mãn kinh được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn, trong khi nhóm chưa mãn kinh có 15,8% bóc u và 14,6% cắt tử cung bán phần, $p < 0,05$.
- Bệnh nhân có 1 khối u chủ yếu được cắt tử cung hoàn toàn (66,9%), trong khi bệnh nhân có ≥ 2 khối u thường được cắt tử cung bán phần hoặc bóc u ($p < 0,01$).
- Kích thước u nhỏ hơn 10 cm thuận lợi cho bóc nhân xơ, ngược lại u lớn hơn 10 cm hoặc kích thước tử cung trên 10 cm thường phải cắt tử cung.
- Vị trí khối u có ảnh hưởng rõ đến lựa chọn đường vào ổ bụng. U ở vị trí L3-5 và L0-2 có thể phẫu thuật thuận lợi bằng nội soi, trong khi ở vị trí L6-7 có tỷ lệ chuyển mổ mở cao nhất (12,5%).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Stewart E.A et al. Uterine fibroids. New England Journal of Medicine, 2024, 391 (18): 1721-1733. doi: 10.1056/NEJMc2309623
- [2] Liu Y.H, Qiu Y.H, Ru Y, Liu Y.Q, Wang D, Zhang P.A. Selection of different surgical methods for uterine fibroids. Medicine (Baltimore), 2021, 100 (51): e28378. doi: 10.1097/MD.0000000000028378

- [3] Nguyễn Đức Tú. Điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [4] Phùng Trọng Thủy, Phạm Bá Nha. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 505 (1): 199-203. doi: 10.51298/vmj.v505i1.1057
- [5] Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. Fertil Steril, 2007, 87 (4): 725-736. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.01.093
- [6] Pickett C.M, Seeratan D.D et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev, 2023, 2023 (8) CD003677. doi: 10.1002/14651858.
- [7] Munro M.G, Critchley H.O.D et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet, 2018, 143 (3): 393-408. doi: 10.1002/ijgo.12666

