

SURGICAL OUTCOMES OF UTERINE FIBROID ENUCLEATION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vu Van Du^{1,2}, Nguyen Ba Thiet¹, Le Thi Ngoc Huong¹, Le Thanh Tung^{1,2*}

¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Ha Noi, Vietnam

²VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 11/12/2025

Revised: 12/02/2026; Accepted: 22/04/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics and surgical outcomes of uterine fibroid myomectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Materials and methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 244 patients diagnosed with uterine fibroids, indicated for and undergoing myomectomy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from June 2025 to November 2025.

Results: The mean age was 37.9 ± 5.8 years. Surgical approaches included open surgery (61.1%), laparoscopic surgery (29.9%), and hysteroscopic surgery (6.6%). Most patients had single fibroids (79.5%) with a mean largest diameter of 67.3 ± 24.1 mm; intramural and subserosal types accounted for 36.5% and 17.2%. Uterine size and tumor diameter ≥ 80 mm were risk factors for choosing open surgery (OR = 3.06; $p < 0.05$), while subserosal fibroids significantly reduced this likelihood (OR = 0.21; $p < 0.001$). The rates of uterine cavity entry (9.4%) and postoperative fever (8.6%) were higher in the open surgery group ($p < 0.05$). Blood transfusion rates were low (4.5% in total) and not significantly different between groups. The mean hospital stay was 4.1 ± 0.6 days.

Conclusion: Fibroid location and size are the main factors influencing surgical approach selection. All surgical methods were safe with low complication rates.

Keywords: Uterine fibroid; myomectomy, clinical, subclinical characteristics.

*Corresponding author

Email: letung7893@gmail.com Phone: (+84) 84397198839 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4885

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC U XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2025

Vũ Văn Du^{1,2}, Nguyễn Bá Thiết¹, Lê Thị Ngọc Hương¹, Lê Thanh Tùng^{1,2*}

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương – 43 Trang Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội – 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 12/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 244 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ cơ tử cung, có chỉ định và được phẫu thuật bóc u tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 06 năm 2025 đến tháng 11 năm 2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $37,9 \pm 5,8$. Tỷ lệ mổ mở chiếm 61,1%, nội soi ổ bụng 29,9%, soi buồng tử cung 6,6%. Có 79,5% bệnh nhân u đơn nhân, kích thước trung bình $67,3 \pm 24,1$ mm; u trong cơ 36,5%, dưới thanh mạc 17,2%. Khối u ≥ 80 mm làm tăng nguy cơ mổ mở (OR = 3,06; $p < 0,05$), trong khi u dưới thanh mạc làm giảm nguy cơ này (OR = 0,21; $p < 0,001$). Tỷ lệ chạm buồng tử cung và sót sau mổ cao hơn ở nhóm mổ mở ($p < 0,05$). Tỷ lệ truyền máu thấp (4,5% tổng số bệnh nhân) và không khác biệt giữa các nhóm kỹ thuật mổ. Thời gian nằm viện trung bình $4,1 \pm 0,6$ ngày.

Kết luận: Vị trí và kích thước khối u là yếu tố chính ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp mổ. Các phương pháp phẫu thuật đều an toàn, ít biến chứng.

Từ khóa: U xơ cơ tử cung, phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung và được coi là loại u sinh dục thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tỷ lệ mắc dao động từ 10% đến 20% trong số các bệnh nhân đến khám phụ khoa [1], [2].

Biểu hiện lâm sàng của u xơ tử cung rất đa dạng và phần lớn trường hợp ở giai đoạn đầu thường không có triệu chứng rõ ràng. Khi có triệu chứng, u xơ tử cung thường gây đau bụng và rối loạn kinh nguyệt như cường kinh, rong kinh, rong huyết hoặc băng kinh, tình trạng này nếu kéo dài có thể dẫn đến thiếu máu và ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe tổng thể của người bệnh [1]. Ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, u xơ tử cung có thể gây vô sinh, sảy thai, sinh non và các biến chứng trong hoặc sau sinh [2], [3].

Hiện nay, điều trị u xơ tử cung bao gồm nhiều phương pháp khác nhau, từ nội khoa đến can thiệp ngoại khoa. Điều trị nội khoa chủ yếu sử dụng các thuốc như progesteron, đồng vận GnRH, hoặc các biện pháp xâm lấn tối thiểu như thuyên tắc mạch. Trong khi đó, điều trị ngoại khoa có thể bao gồm phẫu thuật bóc u xơ tử cung, phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần, tùy theo đặc điểm của khối u và nguyện vọng sinh sản của người bệnh [4], [5]. Lựa chọn phương pháp điều trị cần cân nhắc đến mong muốn

bảo tồn khả năng sinh sản, vị trí, kích thước, số lượng khối u, tuổi và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân [2]. Để có giải pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân, việc hiểu rõ các đặc điểm bệnh lý u xơ cơ tử cung là rất quan trọng. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, trong những năm gần đây chưa có nghiên cứu cập nhật về kết quả phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung, đặc biệt trong bối cảnh có nhiều thay đổi về cơ cấu bệnh tật và sự phát triển của các chương trình tầm soát u xơ. Chính vì vậy, nghiên cứu với chủ đề “**Kết quả phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2025**” được thực hiện nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung trong 6 tháng của năm 2025 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm 244 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ cơ tử cung, có chỉ định và đã được phẫu thuật bóc u tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 06/2025 đến tháng 11/2025 với kết quả giải phẫu bệnh là u xơ cơ tử cung.

*Tác giả liên hệ

Email: letung7893@gmail.com Điện thoại: (+84) 84397198839 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4885

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u xơ cơ tử cung, có chỉ định và đã được phẫu thuật bóc u xơ (bao gồm cả mổ mở, nội soi và/hoặc soi buồng tử cung).

Có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận là u xơ cơ tử cung.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân bị u xơ cơ tử cung đồng thời có các bệnh lý thực thể khác như lạc nội mạc tử cung, u nang buồng trứng hoặc các bệnh lý ác tính tại tử cung.

Trường hợp trong quá trình phẫu thuật phải cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: từ 06/2025 đến hết 11/2025.

Cỡ mẫu: cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần có.

: là hệ số giới hạn tin cậy, với $\alpha = 0,05$ tương đương khoảng tin cậy 95% thì $= 1,96$.

P: tỉ lệ phẫu thuật không gặp tai biến = 0,955 (theo Đào Thị Hồng Nhung và Trần Quang Tuấn (2024) [6].

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 0,03$.

Theo công thức trên, tính được số đối tượng nghiên cứu tối thiểu là $n = 184$ đối tượng.

Kỹ thuật chọn mẫu: Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện, tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tính đến tháng 11 của năm 2025 chúng tôi chọn được 244 trường hợp.

Thu thập thông tin: hồ sơ bệnh án.

Các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: gồm tuổi (năm, trung bình \pm SD), tiền sử sản – phụ khoa (số lần sinh, mổ lấy thai, phẫu thuật vùng chậu).

Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện (rong kinh, đau bụng, tự sờ thấy khối, phát hiện tình cờ), khả năng di động của tử cung (tốt/hạn chế), kích thước tử cung ước tính theo tuổi thai khi thăm khám.

Đặc điểm cận lâm sàng: tình trạng thiếu máu (dựa vào nồng độ Hb), số lượng nhân xơ (đơn nhân hoặc đa nhân), kích thước lớn nhất (mm, phân nhóm <80 và ≥ 80 mm) và phân loại FIGO 2018.

Kết quả phẫu thuật: phương pháp mổ (mổ mở, nội soi ổ bụng, nội soi buồng tử cung), lượng máu mất (ml), thời gian mổ (phút), thời gian nằm viện (ngày), và biến chứng trong – sau mổ (có/không).

Quy trình lựa chọn và kỹ thuật chính

Nội soi ổ bụng được chỉ định khi $u < 10$ cm, $\leq 3-4$ nhân, không dính nặng; mổ mở khi $u \geq 10$ cm, nhiều nhân, vị trí khó hoặc chống chỉ định nội soi. Chuyển mổ mở khi chảy máu không kiểm soát được, tổn thương tạng lân cận hoặc thời gian mổ kéo dài. Cầm máu bằng vasopressin pha loãng tiêm trong cơ tử cung và/hoặc garô cổ tử cung, kết hợp oxytocin sau bóc u.

Định nghĩa biến chứng

- **Sốt sau mổ:** nhiệt độ $\geq 38^\circ\text{C}$, xuất hiện ≥ 24 giờ sau phẫu thuật, đo ít nhất 2 lần cách nhau 4 giờ, loại trừ sốt do truyền máu hoặc phản ứng thuốc.

- **Chảy máu trong ổ bụng:** máu tươi trong ổ bụng xác nhận qua siêu âm, kèm rối loạn huyết động hoặc cần phẫu thuật lại.

- **Chạm buồng tử cung:** mổ vào khoang buồng TC trong khi bóc u, xác nhận qua quan sát trực tiếp hoặc nội soi buồng TC kiểm tra. Xử trí: khâu niêm mạc riêng, kháng sinh dự phòng, tránh thai $\geq 12-18$ tháng.

- **Tổn thương khác:** Gồm các tổn thương tạng lân cận do động tác phẫu thuật, được xác nhận qua quan sát trực tiếp trong mổ.

Các bước tiến hành:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn, được chẩn đoán u xơ cơ tử cung và chỉ định phẫu thuật bóc u.

Bước 2: Thu thập thông tin lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ (tuổi, triệu chứng, siêu âm, phân loại FIGO).

Bước 3: Ghi nhận đặc điểm trong mổ (phương pháp mổ, vị trí nhân xơ, kích thước, lượng máu mất).

Bước 4: Theo dõi và ghi nhận kết quả sau phẫu thuật (thời gian nằm viện, biến chứng, hồi phục).

Các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh không phù hợp (không phải u xơ cơ tử cung) bị loại khỏi phân tích.

Phân tích và xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 25.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi cần; so sánh trung bình dùng kiểm định t-Student hoặc ANOVA. Mối liên quan giữa các yếu tố và kết cục được đánh giá bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Mức độ phù hợp của mô hình được kiểm tra bằng kiểm định Hosmer-Lemeshow, cho thấy mô hình phù hợp khi phân tích các biến tuổi, kích thước tử cung, kích thước và số lượng u xơ, cùng vị trí u xơ theo FIGO (kết quả kiểm định cho $p = 0,209$), đồng thời không có hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến với hệ số VIF tối đa là 1.214.

Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.3 Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo Giấy chứng nhận chấp thuận đề cương nghiên cứu số 1152/CN-PSTW phê duyệt ngày 02 tháng 06 năm 2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=244)

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi)	37,93 ± 5,77	
Tiền sử sản khoa.		
Chưa có con	51	20,9
Có 1 con	40	16,4
Có ≥ 2 con	153	62,7
Pháp sinh trước đó		
Chưa sinh con	51	20,9
Sinh thường	120	49,2
Mổ lấy thai	73	29,9
Tiền sử phẫu thuật vùng chậu		
Không có	155	63,5
Mổ 1 lần	45	18,4
Mổ ≥ 2 lần	44	18,1

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,93 ± 5,77 tuổi, chủ yếu trong độ tuổi sinh sản. Phần lớn bệnh nhân đã có con (≥ 2 con: 62,7%) và sinh thường (49,2%). Đa số chưa từng phẫu thuật vùng chậu (63,5%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (n=244)

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng vào viện		
Rong kinh / rong huyết	104	42,6
Đau bụng/ chèn ép	42	17,2
Tự sờ thấy khối	11	4,5
Khám phụ khoa định kỳ	87	35,7
Tình trạng di động tử cung		
Di động tốt	169	69,3
Hạn chế / không di động	75	30,7
Kích thước tử cung trung bình (tương đương tử cung khi mang thai theo tuần)	10,39 ± 3,02 tuần	
Tình trạng thiếu máu trước mổ		
Không thiếu máu	153	62,7
Thiếu máu nhẹ/vừa	74	30,3
Thiếu máu nặng/rất nặng	17	7,0
Số lượng nhân xơ		
Đơn nhân	194	79,5
Đa nhân	50	20,5
Đường kính lớn nhất trên siêu âm (mm)	67,25 ± 24,15	
Phân loại FIGO		
Trong cơ (FIGO 3-5)	89	36,5
Dưới thanh mạc (FIGO 6-7)	42	17,2

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Dưới niêm mạc (FIGO 0-2)	29	11,9
Khác (FIGO 8)	2	0,8
Vị trí U xơ thuộc ≥ 2 nhóm	82	33,6

Về lâm sàng, rong kinh/rong huyết là triệu chứng thường gặp nhất (42,6%), tiếp theo là đau bụng hoặc triệu chứng chèn ép (17,2%) và tự sờ thấy khối (4,5%); 35,7% được phát hiện qua khám định kỳ. Trước mổ, 62,7% bệnh nhân không thiếu máu, trong khi 37,3% vẫn có thiếu máu ở các mức độ khác nhau. Kích thước tử cung trung bình tương đương thai 10 tuần, đa số tử cung di động tốt (69,3%). Phần lớn bệnh nhân có u xơ đơn nhân (79,5%) với đường kính trung bình khoảng 67 mm. Về phân loại FIGO, u xơ trong cơ (36,5%) và u xơ thuộc từ hai nhóm vị trí trở lên (33,6%) chiếm tỷ lệ cao nhất, phản ánh xu hướng tổn thương đa ổ hoặc lan rộng nhiều lớp cơ tử cung.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật (n=244)

Kết quả phẫu thuật	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ mở	149	61,1
Nội soi ổ bụng	73	29,9
Soi buồng tử cung	16	6,6
Nội soi chuyển mổ mở	6	2,5
Tai biến trong phẫu thuật		
Không có	241	98,8
Chảy máu	2	0,8
Tổn thương khác	1	0,4
Truyền máu trong mổ		
Không truyền	233	95,5
Có truyền máu	11	4,5
Các tai biến sau phẫu thuật		
Không có	225	92,2
Chảy máu trong	2	0,8
Sốt sau mổ	16	6,6
Tu máu thành bụng	1	0,4
Tình trạng thiếu máu sau phẫu thuật		
Không thiếu máu (Hb > 12 g/dL)	87	35,7
Thiếu máu nhẹ (10 < Hb < 12)	90	36,9
Thiếu máu vừa (8 < Hb < 10)	61	25,0
Thiếu máu nặng (6 < Hb < 8)	6	2,5
Truyền máu sau phẫu thuật		
Không truyền	225	92,2
1 đơn vị	9	3,7
2 đơn vị	6	2,5
≥ 3 đơn vị	3	1,6
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật		
3-5 ngày	241	98,8

Kết quả phẫu thuật	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
6-8 ngày	3	1,2
> 8 ngày	0	0,0
Trung bình	4,1 ± 0,6	

Mỡ mỡ chiếm tỷ lệ cao nhất (61,1%), tiếp theo là nội soi ổ bụng (29,9%). Hầu hết ca mỡ không có tai biến (98,8%); sau mổ, sốt gặp ở 6,6%, chảy máu và tụ máu thành bụng hiếm gặp. Tỷ lệ truyền máu trong mổ 4,5%, sau mổ 7,8%. Thời gian nằm viện trung bình 4,1 ± 0,6 ngày.

Bảng 4. So sánh đặc điểm bệnh nhân và kết quả điều trị giữa phẫu thuật nội soi ổ bụng bóc u xơ và mỡ mỡ bóc u xơ

	Mỡ mỡ (n=149)		Nội soi ổ bụng (n=79)		P
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Tuổi, năm – trung bình ± SD	37,5 ± 6,3		37,2 ± 5,0		0,147
Đã sinh con ≥1	109	73,1	68	86,1	0,039
Tiền sử mổ bụng (có)	49	32,9	18	22,8	0,149
Tiền sử mổ lấy thai (có)	57	38,2	24	30,4	0,299
Kích thước tử cung (tuần thai), TB ± SD	11,2 ± 3,1		9,0 ± 2,4		<0,001
Đường kính lớn nhất trên siêu âm (mm)					
< 80	92	61,7	70	88,6	<0,001
≥ 80 mm	57	38,3	9	11,4	
Số nhân xơ khi chẩn đoán					
1 nhân	77	51,7	61	77,2	0,004
≥ 2 nhân	72	48,3	18	22,8	
Vị trí nhân xơ (FIGO)					
Dưới niêm mạc (0–2)	9	6,0	1	1,3	0,004
Trong cơ (3–5)	64	43,0	25	31,6	0,081
Dưới thanh mạc (6–7)	19	12,8	22	27,8	0,014
Khác (8)	2	1,3	0	0,0	-
≥2 nhóm	55	36,9	31	39,2	0,067
Thời gian phẫu thuật (phút), TB ± SD	78,3 ± 21,6		65,5 ± 16,8		0,184
Số nhân bóc được					
1 nhân	64	43,0	66	83,5	0,002
≥ 2 nhân	85	57,0	13	16,5	
Chạm buồng tử cung	14	9,4	2	2,7	0,048

	Mỡ mỡ (n=149)		Nội soi ổ bụng (n=79)		P
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Có truyền máu trong và sau mổ (có)	24	16,1	7	8,9	0,238
Sốt sau mổ	13	8,6	3	5,4	0,022
Ngày đánh hơi (ngày), TB ± SD	2,8 ± 0,9		2,2 ± 0,7		0,082

Tuổi trung bình giữa hai nhóm tương đương nhau (37,5 ± 6,3 so với 37,2 ± 5,0; p = 0,147). Tỷ lệ đã sinh con ≥ 1 cao ở cả hai nhóm nhưng cao hơn ở nhóm mỡ mỡ nội soi (86,1% so với 73,1%; p = 0,039). Kích thước tử cung trung bình và đường kính khối u lớn nhất ở nhóm mỡ mỡ đều cao hơn rõ rệt so với nhóm nội soi (11,2 ± 3,1 so với 9,0 ± 2,4 tuần thai; p < 0,001). Tỷ lệ khối u ≥ 80 mm chiếm 38,3% ở nhóm mỡ mỡ so với 11,4% ở nhóm nội soi (p < 0,001). Số lượng nhân xơ cũng khác biệt rõ: nhóm mỡ mỡ có ≥ 2 nhân chiếm 57%, trong khi nội soi chỉ 16,5% (p = 0,004). Vị trí u xơ dưới niêm mạc gặp ít hơn trong nhóm nội soi (1,3% so với 6%; p = 0,004), trong khi u xơ trong cơ chiếm ưu thế ở nhóm mỡ mỡ (43,0%). Thời gian mổ trung bình dài hơn ở nhóm mỡ mỡ (78,3 ± 21,6 phút so với 65,5 ± 16,8 phút), tuy không khác biệt có ý nghĩa (p = 0,184). Sốt sau mổ gặp nhiều hơn ở nhóm mỡ mỡ (8,6% so với 5,4%; p = 0,022). Chạm buồng tử cung cũng gặp nhiều hơn ở nhóm mỡ mỡ (9,4% so với 2,7%; p = 0,048).

Bảng 5. Hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp phẫu thuật mỡ mỡ và nội soi ổ bụng bóc u xơ cơ tử cung

Yếu tố liên quan	Phương pháp mổ		Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến		
	Nội soi	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p		
Mỡ mỡ bóc u xơ và nội soi ổ bụng bóc u xơ cơ tử cung							
Tuổi	≥ 40	62	35	0,96	0,155	0,97	0,345
	<40	87	44	(0,92–1,01)			
Kích thước tử cung (tuần)	≥ 10	121	39	1,56	<0,001	1,63	<0,001
	<10	28	40	(1,35–1,81)			
Kích thước u (mm)	≥ 80	53	9	4,82	<0,001	3,06	0,021
	<80	96	70	(2,23–10,39)			
Số nhân xơ	Đơn nhân	107	71	1,48	0,147	-	-
	Đa nhân	42	8	(0,88–2,49)			
U dưới thanh mạc	Có	18	23	0,33	0,002	0,21	<0,001
	Không	131	56	(0,17–0,67)			

Kết quả hồi quy cho thấy kích thước tử cung và kích thước lớn nhất khối u ≥ 80 mm là hai yếu tố độc lập làm tăng khả

năng lựa chọn mổ mở so với nội soi (OR = 1,63; $p < 0,001$ và OR = 3,06; $p = 0,021$). Ngược lại, vị trí u dưới thanh mạc làm giảm đáng kể khả năng mổ mở (OR = 0,21; $p < 0,001$). Tuổi ≥ 40 và số lượng nhân xơ không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến.

4. BÀN LUẬN

Trong 244 bệnh nhân phẫu thuật bóc u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tuổi trung bình là $37,93 \pm 5,77$, tương đồng với các nghiên cứu quốc tế cho thấy u xơ thường gặp nhất ở phụ nữ 35–45 tuổi [1]. Tỷ lệ bệnh nhân chưa có con chiếm 20,90%, cho thấy nhu cầu bảo tồn khả năng sinh sản là một yếu tố quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị.

Về lâm sàng, rối loạn kinh nguyệt và ra máu bất thường là triệu chứng thường gặp nhất (42,6%), phù hợp với các báo cáo trước đây [7]. Đáng lưu ý, 35,7% bệnh nhân không có triệu chứng, phản ánh xu hướng phát hiện sớm qua siêu âm định kỳ. Khoảng 30,3% có thiếu máu, chủ yếu mức độ nhẹ, trong khi thiếu máu nặng hoặc rất nặng chỉ chiếm 7%, cho thấy bệnh được phát hiện và can thiệp sớm hơn [8].

Đặc điểm siêu âm cho thấy đa số u xơ là nhân đơn độc (79,5%) với đường kính lớn nhất trung bình $67,25 \pm 24,15$ mm, phù hợp chỉ định bóc u bảo tồn. Theo FIGO 2018, u trong cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (36,5%), trong khi u dưới niêm (FIGO 0–2) ít gặp (11,9%), phù hợp xu hướng phẫu thuật bảo tồn tử cung. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu gần đây, trong đó u dưới thanh mạc và u trong cơ thường chiếm ưu thế ở nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật [9].

Trong nghiên cứu này, mổ mở chiếm tỷ lệ cao nhất (61,1%), tiếp theo là nội soi ổ bụng (29,9%) và soi buồng tử cung (6,6%). Tỷ lệ mổ nội soi chuyển mổ mở là 2,5%, thấp hơn so với nghiên cứu Dương Đức Thắng cũng tại bệnh viện Phụ sản Trung ương (2021). Hầu hết các ca phẫu thuật không ghi nhận tai biến (98,8%), chỉ có 2 trường hợp chảy máu (0,8%) và 1 trường hợp tổn thương tạng (0,4%). Sau mổ, biến chứng gặp chủ yếu là sốt (6,6%), trong khi chảy máu trong và tụ máu thành bụng chỉ chiếm lần lượt 0,8% và 0,4%. Tỷ lệ truyền máu trong mổ là 4,5% và sau mổ 7,8%, cho thấy phẫu thuật an toàn, ít mất máu. Đa số bệnh nhân không thiếu máu hoặc thiếu nhẹ sau mổ (72,6%), thời gian nằm viện trung bình $4,1 \pm 0,6$ ngày, tương đương với các báo cáo gần đây trong nước [10]. Tỷ lệ biến chứng sau mổ như sốt và chàm buồng tử cung gặp nhiều hơn ở nhóm mổ mở so với nội soi ổ bụng bóc u ($P < 0,05$), tương tự với các nghiên cứu quốc tế [11].

Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và phương pháp phẫu thuật cho thấy đặc điểm khối u đóng vai trò quyết định hơn so với yếu tố nhân khẩu học. Tuổi trung bình và tiền sử sinh sản không khác biệt giữa các nhóm mổ ($p > 0,05$), phù hợp với nhận định của Tinelli và cs., rằng lựa chọn đường mổ chủ yếu phụ thuộc vào kích thước và vị trí khối u hơn là tuổi hay tiền sử sản khoa [11].

Kích thước tử cung và kích thước lớn nhất của khối u có liên quan chặt chẽ đến lựa chọn đường mổ. Nhóm mổ mở có kích thước tử cung lớn hơn rõ rệt ($11,2 \pm 3,1$ tuần thai so với $9,0 \pm 2,4$ ở nội soi; $p < 0,001$). Khối u ≥ 80 mm chiếm 38,3% ở nhóm mổ mở, trong khi nhóm nội soi chỉ 11,4%. Hồi quy đa biến cho thấy đây là yếu tố tiên lượng độc lập: kích thước tử cung lớn làm tăng khả năng mổ mở (OR =

1,63; $p < 0,001$), và $u \geq 80$ mm tăng nguy cơ mổ mở gấp 3 lần (OR = 3,06; $p = 0,021$). Các nghiên cứu quốc tế cũng và trong nước cho thấy $u \geq 8-10$ cm và/ hoặc số lượng u trên 4 làm tăng nguy cơ chuyển đổi từ nội soi sang mổ mở, đồng thời kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ biến chứng mất máu [12].

Số lượng nhân xơ cũng ảnh hưởng rõ rệt: 57% bệnh nhân mổ mở có ≥ 2 nhân, so với 16,5% ở nội soi, tuy không còn ý nghĩa trong mô hình đa biến. Điều này phù hợp thực tế lâm sàng, khi đa nhân thường làm biến dạng tử cung, khó bóc tách triệt để qua nội soi. Các nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận xu hướng ngày càng tăng trong việc áp dụng nội soi cho các trường hợp đa nhân khi kỹ thuật và trang thiết bị được cải thiện [12], [13].

Về vị trí khối u theo FIGO 2018, u dưới niêm (FIGO 0–2) gần như tuyệt đối được bóc qua soi buồng tử cung (93,8%), u trong cơ (FIGO 3–5) chủ yếu mổ mở (43,0%), còn u dưới thanh mạc (FIGO 6–7) được xử lý nhiều hơn bằng nội soi ổ bụng (27,8%). Hồi quy đa biến xác nhận u dưới thanh mạc làm giảm đáng kể khả năng mổ mở (OR = 0,21; $p < 0,001$), tăng khả năng mổ nội soi, chứng minh tính ứng dụng thực tiễn của phân loại FIGO [14].

Các yếu tố khác như tuổi ≥ 40 hay tiền sử mổ bụng không có ý nghĩa thống kê, tương tự kết quả của Bulut Varlı và cs [15]. Từ kết quả trên có thể rút ra: u nhỏ, dưới niêm (≤ 40 mm, FIGO 0–1) nên bóc qua soi buồng tử cung; u trong cơ hoặc dưới thanh mạc trung bình (40–80 mm) có thể nội soi ổ bụng; còn u lớn (≥ 80 mm) hoặc nhiều nhân (≥ 3) nên ưu tiên mổ mở.

Nhìn chung, lựa chọn phương pháp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương phản ánh xu hướng ít xâm lấn, bảo tồn tối đa, với tỷ lệ soi buồng tử cung đạt 92,4% cho u dưới niêm và 26% nội soi ổ bụng cho u FIGO 2–5. Các phương pháp đều an toàn, biến chứng thấp, khẳng định hiệu quả và tính cấp nhật của thực hành phẫu thuật hiện nay.

5. KẾT LUẬN

U xơ tử cung chủ yếu gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, thường biểu hiện bằng rong kinh, rong huyết hoặc được phát hiện tình cờ. Đặc điểm khối u là yếu tố chính quyết định lựa chọn đường mổ: khối u ≥ 80 mm hoặc tử cung ≥ 10 tuần làm tăng khả năng mổ mở, trong khi các u nhỏ, dưới thanh mạc hay dưới niêm thuận lợi hơn cho phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thực hiện phẫu thuật nội soi và soi buồng tử cung chiếm tỷ lệ đáng kể và đạt hiệu quả an toàn cao trong quá trình điều trị, phản ánh xu hướng mở rộng chỉ định và ứng dụng phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16043. doi:10.1038/nrdp.2016.43.
- [2] Sundermann AC, Aldridge TD, Hartmann KE, Jones SH, Torstenson ES, Edwards DRV. Uterine fibroids and risk of preterm birth by clinical subtypes: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):560. doi:10.1186/s12884-021-03968-2.
- [3] Dolmans MM, Donnez J, Fella L. Uterine fibroid management: Today and tomorrow. J Obstet Gynaecol Res. 2019;45(7):1222-1229. doi:10.1111/jog.14002.

- [4] Hồ Thị Phương Mai, Hồ Thị Thu Hằng , Trần Khánh Nga , et al.Đánh giá kết quả điều trị u xơ cơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025/07/10 2025;551(3)doi:10.51298/vmj.v551i3.14686.
- [5] Nguyễn Thanh Xuân , Đinh Thị Minh Phương , Nguyễn Văn Tuấn Anh ,et al. Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y Dược Huế. 2025/4/24 2025;15(1):144-151. doi:10.34071/jmp.2025.1.20.
- [6] Đào Thị Hồng Nhung , Trần Quang Tuấn. Kết quả điều trị bệnh lý u xơ cơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 07/14 2024;540(2)doi:10.51298/vmj.v540i2.10340.
- [7] Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Hum Reprod Update. Nov 2016;22(6):665-686. doi:10.1093/humupd/dmw023.
- [8] Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol. Jan 2003;188(1):100-7. doi:10.1067/mob.2003.99.
- [9] Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. 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. Dec 2018;143(3):393-408. doi:10.1002/ijgo.12666.
- [10] Dương Đức Thắng , Nguyễn Tuấn Minh , Đặng Thị Minh Nguyệt . Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;522(1):18-22.
- [11] Tinelli A, Pecorella G, Panese G, et al. Biologically-Based Notions About Uterine Bleeding During Myomectomy: Reasoning on Tradition and New Concepts. Med Sci (Basel). Jun 1 2025;13(2) doi:10.3390/medsci13020068.
- [12] Hadisaputra W, Pratama AA. How to manage multiple fibroids in reproductive laparoscopic surgery. Gynecology and Minimally Invasive Therapy. 2013/11/01/ 2013;2(4):110-113. doi:https://doi.org/10.1016/j.gmit.2013.07.004.
- [13] Hupet R, Balestra A, Gillet E, et al. Old- versus New-School: Laparoscopy versus Laparotomy in Complex and Multiple Myomectomies. 2025. doi: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6314972/v1.
- [14] Saridogan E, Antoun L, Bouwsma EVA, et al. European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) Good Practice Recommendations on surgical techniques for removal of fibroids: part 1 abdominal (laparoscopic and open) myomectomy. Facts Views Vis Obgyn. Sep 2024;16(3):263-280. doi:10.52054/fvvo.16.3.041.
- [15] Varlı B, Baydemir ŞK, Şükür YE, Berker B. Laparoscopic myomectomy is safe in patients with previous abdominal surgery. Journal of Health Sciences and Medicine. October 2023;6(6):1411-1415. doi:10.32322/jhsm.1363658..