SURGICAL OUTCOMES OF OVARIAN TERATOMA AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Dau Thi Hong Quyet[1], Nguyen Tuan Minh[1,2*], Le Thi Thanh Tam[3], Dang Thi Minh Nguyet[1,4]

[1]*Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - No. 38 Cam Hoi, Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Vinh Medical University - No. 161 Nguyen Phong Sac, Truong Vinh Ward, Nghe An Province, Vietnam*
[4]*National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 13/08/2026
Reviced: 29/09/2026; Accepted: 18/11/2026

SUMMARY

Objectives: To evaluate surgical outcomes of ovarian teratoma at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study of 164 patients who underwent surgery for ovarian teratoma at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2024 to December 2025.

Results: Elective and emergency surgeries accounted for 82.3% and 17.7%, respectively (ovarian torsion was the main emergency indication, 89.7%). Laparoscopic surgery predominated (97.0%), open surgery accounted for 2.4%, and conversion to laparotomy 0.6%. Tumors > 100 mm had a higher laparotomy rate than those ≤ 100 mm (p = 0.048). Ovarian-sparing cystectomy was the primary procedure (83.6%), followed by unilateral adnexectomy (13.4%), bilateral adnexectomy (1.8%), and hysterectomy with bilateral adnexectomy (1.2%). In univariate analysis, surgical approach was significantly associated with age, menopausal status, and histopathology (p < 0.05). In patients aged ≤ 50 years, premenopausal women, or those with mature teratoma, cystectomy rates were 91.9%, 90.1%, and 84.6%, respectively. Patients aged > 50 years or postmenopausal underwent radical surgery (100%). Complications were rare, with only one bowel injury (0.6%).

Conclusions: Laparoscopic cystectomy is the primary treatment for ovarian teratoma with high success and low complications. The surgical procedure is significantly associated with age, menopausal status, and histopathology in univariate analysis.

Keywords: Ovarian teratoma, laparoscopic surgery, ovarian cystectomy, surgical outcomes.

*Corresponding author
Email: tuanmin0306@gmail.com **Phone**: (+84) 363059245 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7125

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U QUÁI BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Đậu Thị Hồng Quyết[1], Nguyễn Tuấn Minh[1,2*], Lê Thị Thanh Tâm[3], Đặng Thị Minh Nguyệt[1,4]

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, TP. Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - Số 38 Cảm Hội, phường Hai Bà Trưng, TP. Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Trường Đại học Y khoa Vinh - Số 161 Nguyễn Phong Sắc, phường Trường Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam*
[4]*Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 43 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, TP. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 13/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 29/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật u quái buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 164 bệnh nhân phẫu thuật u quái buồng trứng từ 1/2024 đến 12/2025.

Kết quả: Mổ phiên chiếm 82,3%, cấp cứu chiếm 17,7% (chủ yếu do xoắn u, 89,7%). Phẫu thuật nội soi chiếm ưu thế (97,0%), mổ mở 2,4%, chuyển mổ mở 0,6%. U > 100 mm có tỉ lệ mổ mở cao hơn nhóm ≤ 100 mm (p = 0,048). Bóc u bảo tồn là can thiệp chủ đạo (83,6%), cắt phần phụ 1 bên 13,4%, 2 bên 1,8% và cắt tử cung kèm 2 phần phụ 1,2%. Phân tích đơn biến cho thấy can thiệp u liên quan có ý nghĩa với tuổi, mãn kinh và mô bệnh học (p < 0,05). Ở nhóm ≤ 50 tuổi, chưa mãn kinh hoặc u quái trưởng thành, tỉ lệ bóc u đạt lần lượt 91,9%; 90,1% và 84,6%. Nhóm > 50 tuổi hoặc đã mãn kinh đều can thiệp triệt để (100%). Chỉ ghi nhận 01 ca tổn thương ruột (0,6%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi bóc u là lựa chọn chủ yếu, an toàn. Can thiệp u có liên quan trong phân tích đơn biến với tuổi, mãn kinh và mô bệnh học.

Từ khoá: U quái buồng trứng, phẫu thuật nội soi, bóc u, kết quả phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là bệnh lý phụ khoa thường gặp, chiếm 4 - 5% các khối u đường sinh dục nữ. Trong đó, u quái buồng trứng (teratoma) là u tế bào mầm phổ biến nhất, chiếm khoảng 20% các khối u buồng trứng và 70% u tế bào mầm [1], [2]. Bệnh chủ yếu gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nhưng cũng có thể gặp ở trẻ em hoặc phụ nữ sau mãn kinh. Về điều trị, do u quái buồng trứng là khối u thực thể nên phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để duy nhất nhằm loại bỏ khối u, phòng ngừa các biến chứng cấp tính (xoắn cuống u, vỡ nang) và xác định bản chất mô bệnh học.

Ngày nay, phẫu thuật nội soi đã trở thành lựa chọn ưu tiên hàng đầu trong điều trị u quái buồng trứng lành tính nhờ những ưu thế vượt trội: ít xâm lấn, ít đau, giảm mất máu, phục hồi nhanh và đảm bảo tính thẩm mỹ [3]. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Hải Yến (2024), tỉ lệ phẫu thuật nội soi đạt 96,4% và tỉ lệ bóc u bảo tồn là 90,4% [4]. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp tiếp cận vào bụng (nội soi hay mổ mở) và phạm vi can thiệp (bóc u bảo tồn hay cắt buồng trứng/phần phụ) vẫn cần được cá thể hóa chặt chẽ theo kích thước u, lứa tuổi, tình trạng kinh nguyệt và nguy cơ ác tính.

Là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối khu vực Bắc Trung Bộ với quy mô 1.270 giường bệnh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã triển khai thường quy phẫu thuật nội soi u buồng trứng nhiều năm qua, góp phần giảm tỉ lệ chuyển tuyến và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người bệnh tại địa phương. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật u quái buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 164 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị u buồng trứng và có kết quả mô bệnh học sau mổ xác định là u quái buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có khối u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian nghiên cứu.
- Kết quả mô bệnh học sau mổ xác định u quái buồng trứng (u quái trưởng thành hoặc u quái chưa trưởng thành).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được phẫu thuật u buồng trứng từ cơ sở khác chuyển đến hoặc hồ sơ bệnh án thiếu các biến số chính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{\varepsilon^2}$$

Trong đó:

n: là số bệnh nhân nghiên cứu.

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = 1,96 (là hệ số giới hạn tin cậy, với độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2}$ = 0,05)).

p = 0,964 (là tỉ lệ u quái buồng trứng được phẫu thuật nội soi, theo tác giả Đỗ Thị Hải Yến (2024) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội) [4].

ε = 0,03 (là sai số cho phép).

Thay vào công thức trên ta có n = 149. Nghiên cứu thu thập 164 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

*Tác giả liên hệ
Email: tuanmin0306@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 363059245 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7125

2.2.3. Thu thập, xử lý số liệu:

Dữ liệu được trích xuất hồi cứu từ hồ sơ bệnh án nội trú, biên bản phẫu thuật và phiếu kết quả mô bệnh học. Các biến số chính được định nghĩa như sau:

• Kích thước khối u: Đường kính lớn nhất (mm) đo đạc trên siêu âm hoặc CT/MRI trước mổ; trường hợp u hai bên tính theo khối u có đường kính lớn hơn. Phân nhóm: < 50 mm, 50 – 100 mm và > 100 mm.

• Tình trạng mãn kinh: Phân loại thành chưa mãn kinh và đã mãn kinh.

• Thời điểm và chỉ định phẫu thuật: Mổ có kế hoạch và mổ cấp cứu.

• Phương pháp vào bụng: Phẫu thuật nội soi, mổ mở ngay từ đầu và nội soi chuyển mổ mở.

• Can thiệp u: Bóc u bảo tồn nhu mô buồng trứng lành; cắt phần phụ 1 bên; cắt phần phụ 2 bên; cắt tử cung kèm hai phần phụ.

• Mô bệnh học: U quái trưởng thành vs. u quái chưa trưởng thành (ác tính/giáp biên).

• Tai biến, biến chứng: Tai biến trong mổ (tổn thương ruột, bàng quang, niệu quản, mạch máu); biến chứng sau mổ (chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, tụ máu...).

Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact test; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không can thiệp người bệnh, bảo mật tuyệt đối dữ liệu cá nhân và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố phương pháp vào bụng theo thời điểm phẫu thuật

Bảng 1. Phân bố phương pháp vào bụng theo thời điểm phẫu thuật

Phương pháp vào bụng	Mổ có kế hoạch		Mổ cấp cứu		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Nội soi	131	97,1	28	96,6	159	97,0	0,667
Mổ mở	3	2,2	1	3,4	4	2,4	
Nội soi chuyển mổ mở	1	0,7	0	-	1	0,6	
Tổng	135	100,0	29	100,0	164	100,0	

Trong 164 bệnh nhân, mổ phiên chiếm 82,3% (135 ca), mổ cấp cứu chiếm 17,7% (29 ca). Phẫu thuật nội soi là phương pháp vào bụng chủ yếu (97,0%, 159 ca hoàn thành nội soi); mổ mở ban đầu chiếm 2,4% (4 ca) và có 0,6% (1 ca) nội soi chuyển mổ mở. Tỉ lệ nội soi cao ở cả hai nhóm mổ kế hoạch và cấp cứu (97,1% và 96,6%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,667).

3.2. Phân bố phương pháp vào bụng và phương pháp can thiệp u theo kích thước u

Kích thước u được xác định theo đường kính lớn nhất trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ (trường hợp u hai bên lấy theo khối u lớn hơn).

Bảng 2. Phân bố phương pháp vào bụng và phương pháp can thiệp theo kích thước u

Phương pháp		< 50 mm		50–100 mm		> 100 mm		Tổng		p*
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Vào bụng	Nội soi	48	98,0	101	98,0	10	83,3	159	97,0	0,048
	Mổ mở**	1	2,0	2	2,0	2	16,7	5	3,0	
Can thiệp u	Bóc u	43	87,8	85	82,5	9	75,0	137	83,6	0,453
	Cắt phần phụ 1 bên	5	10,2	15	14,6	2	16,7	22	13,4	
	Cắt phần phụ 2 bên	1	2,0	2	1,9	0	-	3	1,8	
	Cắt TC, phần phụ	0	-	1	1,0	1	8,3	2	1,2	
Tổng		49	100,0	103	100,0	12	100,0	164	100,0	

Phẫu thuật nội soi được áp dụng ở hầu hết các nhóm kích thước u: 98,0% ở nhóm < 50 mm, 98,0% ở nhóm 50 – 100 mm và 83,3% ở nhóm > 100 mm. Tỉ lệ mổ mở tăng lên ở nhóm u > 100 mm (16,7%, gồm 01 ca mổ mở ban đầu và 01 ca nội soi chuyển mổ mở), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,048). Về can thiệp u, bóc u bảo tồn là phương pháp chủ đạo ở tất cả các kích thước (87,8% nhóm < 50 mm; 82,5% nhóm 50 – 100 mm và 75,0% nhóm > 100 mm). Tỉ lệ cắt phần phụ và cắt tử cung khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,453).

3.3. Phân bố phương pháp can thiệp u theo nhóm tuổi

Bảng 3. Phân bố phương pháp can thiệp u theo nhóm tuổi

Phương pháp can thiệp u	≤ 50 tuổi		> 50 tuổi		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bóc u bảo tồn	137	91,9	0	-	137	83,6	< 0,001
Cắt phần phụ 1 bên	11	7,4	11	73,4	22	13,4	
Cắt phần phụ 2 bên	1	0,7	2	13,3	3	1,8	
Cắt tử cung kèm phần phụ	0	-	2	13,3	2	1,2	
Tổng	149	100,0	15	100,0	164	100,0	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phương pháp can thiệp giữa hai nhóm tuổi (p < 0,001). Ở nhóm ≤ 50 tuổi, bóc u bảo tồn chiếm 91,9% (137/149 ca); cắt phần phụ 1 bên chiếm 7,4%, cắt phần phụ 2 bên chiếm 0,7%, không có ca nào cắt tử cung. Ngược lại, nhóm > 50 tuổi (n = 15) đều được can thiệp triệt để (73,4% cắt phần phụ 1 bên; 13,3% cắt phần phụ 2 bên; 13,3% cắt tử cung kèm hai phần phụ).

3.4. Phân bố phương pháp can thiệp u theo tình trạng mãn kinh

Bảng 4. Phân bố phương pháp can thiệp u theo tình trạng mãn kinh

Phương pháp can thiệp u	Chưa mãn kinh		Đã mãn kinh		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bóc u bảo tồn	137	90,1	0	-	137	83,6	< 0,001
Cắt phần phụ 1 bên	14	9,2	8	66,7	22	13,4	
Cắt phần phụ 2 bên	1	0,7	2	16,7	3	1,8	
Cắt tử cung kèm phần phụ	0	-	2	16,7	2	1,2	
Tổng	152	100,0	12	100,0	164	100,0	

Ở bệnh nhân chưa mãn kinh (n = 152), bóc u bảo tồn chiếm ưu thế với 90,1% (137 ca). Ở nhóm đã mãn kinh (n = 12), 100% bệnh nhân được can thiệp triệt để: 66,7% (8/12 ca) cắt phần phụ 1 bên; 16,7% (2/12 ca) cắt phần phụ 2 bên và 16,7% (2/12 ca) cắt tử cung kèm hai phần phụ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

3.5. Phân bố phương pháp can thiệp u theo mô bệnh học

Bảng 5. Phân bố phương pháp can thiệp u theo mô bệnh học

Phương pháp can thiệp u	U quái trưởng thành		U quái chưa trưởng thành		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bóc u bảo tồn	137	84,6	0	-	137	83,6	0,004
Cắt phần phụ 1 bên	21	13,0	1	50,0	22	13,4	
Cắt phần phụ 2 bên	3	1,8	0	-	3	1,8	
Cắt tử cung kèm phần phụ	1	0,6	1	50,0	2	1,2	
Tổng	162	100,0	2	100,0	164	100,0	

Trong 162 ca u quái trưởng thành, bóc u bảo tồn là can thiệp chủ đạo (84,6%); cắt phần phụ 1 bên chiếm 13,0%, 2 bên chiếm 1,8% và cắt tử cung kèm hai phần phụ chiếm 0,6%. Trong 02 trường hợp u quái chưa trưởng thành, có 50% được cắt phần phụ 1 bên và 50% được cắt tử cung kèm hai phần phụ.

3.6. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật

Hầu hết các trường hợp phẫu thuật đều an toàn (99,4%, 163/164 ca). Chỉ 01 trường hợp tai biến tổn thương ruột trong mổ (0,6%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp vào bụng và thời điểm phẫu thuật

Nghiên cứu ghi nhận mổ nội soi chiếm ưu thế tuyệt đối với 97,0%; mổ mở ban đầu chiếm 2,4% và nội soi chuyển mổ mở chiếm 0,6%. Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Đỗ Thị Hải Yến (nội soi 96,4%, mổ mở 2,8%, chuyển mổ mở 0,8%) [4] và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà (nội soi 93,9%) [5]. Kết quả này khẳng định xu hướng ưu tiên phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị u quái buồng trứng khi đánh giá trước mổ hướng tới tổn thương lành tính, giúp người bệnh giảm đau, hồi phục nhanh và tính thẩm mỹ cao.

Đa số bệnh nhân mổ phiên (82,3%), 17,7% mổ cấp cứu (29 ca), cao hơn báo cáo của Đỗ Thị Hải Yến (4,4%) [4] và Nguyễn Thị Thủy Hà (9,6%) [5] do đặc thù bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối tiếp nhận nhiều ca cấp cứu. Nguyên nhân cấp cứu chủ yếu là xoắn u.

Tỉ lệ nội soi đều rất cao ở cả mổ phiên và mổ cấp cứu (97,1% và 96,6%, p = 0,667), chứng tỏ kỹ thuật nội soi đã được chuẩn hóa và thực hiện an toàn trong mọi tình huống.

4.2. Phương pháp vào bụng và phương pháp can thiệp u theo kích thước u

Theo số liệu ở Bảng 3.2, phẫu thuật nội soi áp dụng thành công ở hầu hết các kích thước u (98,0% ở nhóm < 50 mm, 98,0% ở nhóm 50 – 100 mm và 83,3% ở nhóm > 100 mm). Tỉ lệ mổ mở tăng lên ở nhóm u > 100 mm (16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,048). Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Thủy Hà (tỉ lệ nội soi ở nhóm < 50 mm, 50 – 100 mm và > 100 mm lần lượt là 100%, 98,4% và 74,4%) [5]. Khi u > 100 mm, không gian phẫu trường hẹp, nguy cơ vỡ bao u tăng khiến tỉ lệ mổ mở cao hơn. Tuy nhiên, chỉ định mổ mở còn phụ thuộc kinh nghiệm phẫu thuật viên và tính chất khối u.

Bảng 2 cũng cho thấy bóc u là phương pháp chủ đạo ở mọi kích thước u (87,8% nhóm < 50 mm; 82,5% nhóm 50 – 100 mm; 75,0% nhóm > 100 mm). Mặc dù tỉ lệ cắt phần phụ và cắt tử cung tăng nhẹ theo kích thước u, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,453), chứng minh kích thước u đơn thuần không phải yếu tố quyết định mức độ can thiệp triệt để hay bảo tồn.

4.3. Phương pháp can thiệp u theo nhóm tuổi

Ở nhóm ≤ 50 tuổi, bóc u bảo tồn buồng trứng là lựa chọn chủ đạo (91,9%); cắt phần phụ 1 bên và 2 bên lần lượt là 7,4% và 0,7%. Ngược lại, nhóm > 50 tuổi đều được can thiệp triệt để (73,4% cắt phần phụ 1 bên; 13,3% cắt phần phụ 2 bên; 13,3% cắt tử cung kèm hai phần phụ). Khác biệt có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến (p < 0,001). Kết quả này tương đồng với Nguyễn Thị Thủy Hà (bóc u ở nhóm < 50 tuổi đạt 98,9%) [5].

Tuy nhiên, cần nhấn mạnh đây là phân tích đơn biến; tuổi tác có mối liên quan mật thiết với tình trạng mãn kinh và mô bệnh học. Do đó, p < 0,001 chưa chứng minh tuổi là yếu tố dự báo độc lập nếu chưa kiểm soát đa biến. Về lâm sàng, ở phụ nữ trẻ, bảo tồn buồng trứng là mục tiêu quan trọng để duy trì chức năng sinh sản; trong khi ở phụ nữ trên 50 tuổi, can thiệp triệt để giúp loại trừ nguy cơ ác tính tiềm ẩn và tái phát.

4.4. Phương pháp can thiệp u theo tình trạng mãn kinh

Ở bệnh nhân chưa mãn kinh, bóc u bảo tồn buồng trứng chiếm 90,1%. Ở nhóm đã mãn kinh, 100% được can thiệp triệt để, gồm 66,7% (8/12 ca) cắt phần phụ 1 bên; 16,7% (2/12 ca) cắt phần phụ 2 bên; và 16,7% (2/12 ca) cắt tử cung kèm hai phần phụ (Bảng 3.4). Khác biệt có ý nghĩa thống kê rất rõ ràng (p < 0,001).

Điều này phù hợp với khuyến cáo: ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, bảo tồn buồng trứng được ưu tiên hàng đầu; sau mãn kinh, cắt phần phụ hoặc cắt tử cung kèm hai phần phụ giúp tránh bỏ sót tổn thương ác tính.

4.5. Phương pháp can thiệp u theo mô bệnh học

Ở 162 ca u quái trưởng thành, bóc u bảo tồn là phương pháp chủ yếu (84,6%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà (96,4%) [5]. Đối với u quái chưa trưởng thành, do cỡ mẫu rất nhỏ (n = 2), và phẫu thuật được cá thể hóa theo hướng dẫn FIGO: bệnh nhân trẻ tuổi, giai đoạn IA được cắt phần phụ một bên bảo tồn buồng trứng đối bên để duy trì sinh sản; bệnh nhân mãn kinh được phẫu thuật triệt căn cắt tử cung và hai phần phụ.

Kết quả này phù hợp với nguyên tắc điều trị hiện nay: ở phụ nữ còn chức năng sinh sản, bảo tồn buồng trứng được ưu tiên nhằm duy trì khả năng sinh sản và cân bằng nội tiết; trong khi ở phụ nữ sau mãn kinh, cắt buồng trứng hoặc phần phụ thường được cân nhắc nhằm giảm nguy cơ bỏ sót tổn thương ác tính tiềm ẩn.

4.6. Tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Nghiên cứu chỉ ghi nhận 01 ca rách thanh mạc ruột trong mổ (0,6%) ở bệnh nhân 71 tuổi u dính nhiều, đã chuyển mổ mở khâu phục hồi ruột an toàn. Tỉ lệ tai biến thấp (0,6%) tương đồng với Đỗ Thị Hải Yến (0,4%) [4] và Đinh Thị Oanh (0%) [7], khẳng định phẫu thuật nội soi u quái buồng trứng tại bệnh viện có độ an toàn rất cao.

5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có một số hạn chế: cỡ mẫu nhóm mổ mở (n = 5) và u quái chưa trưởng thành (n = 2) còn nhỏ; thiết kế hồi cứu chưa theo dõi được các kết cục dài hạn sau mổ như tái phát u, suy giảm dự trữ buồng trứng (AMH) và khả năng sinh sản.

6. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi vào bụng chiếm ưu thế tuyệt đối (97,0%), mổ mở chiếm 2,4% và chuyển mổ mở chiếm 0,6%. Nhóm u > 100 mm có tỉ lệ mổ mở cao hơn nhóm ≤ 100 mm (p = 0,048). Bóc u bảo tồn buồng trứng là can thiệp chủ đạo (83,6%). Phương pháp can thiệp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi, tình trạng mãn kinh và mô bệnh học (p < 0,05). Ở nhóm ≤ 50 tuổi, chưa mãn kinh hoặc u quái trưởng thành, bóc u bảo tồn buồng trứng là lựa chọn ưu tiên. Ở nhóm > 50 tuổi hoặc đã mãn kinh, can thiệp triệt để là chỉ định chiếm ưu thế tuyệt đối. Phẫu thuật điều trị u quái buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An có độ an toàn cao, tỉ lệ tai biến biến chứng thấp.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Prat J, Mutch DG. Pathology of cancers of the female genital tract including molecular pathology. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2018;143 Suppl 2:93-108. doi:10.1002/ijgo.12617

[2] Ahmed A, Lotfollahzadeh S. Cystic Teratoma. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564325/

[3] Zhang Z, Zhang Y, Fu H, Guo R. Laparotomy versus laparoscopy for the treatment of adnexal torsion during pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth. 2024;24(1):714. doi:10.1186/s12884-024-06898-x

[4] Đỗ Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Như Ngọc, Nguyễn Tuấn Minh, Tăng Văn Dũng. Kết quả phẫu thuật Teratoma buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(2). doi:10.51298/vmj.v539i2.9872

[5] Nguyễn Thị Thủy Hà. Phương pháp phẫu thuật u quái buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y Dược học. 2022;61:77-82.

[6] Nguyễn Thị Hà Phương. Nghiên cứu phẫu thuật nội soi u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2018 - 2019. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.

[7] Đinh Thị Oanh, Tăng Văn Dũng, Đặng Thị Minh Nguyệt. Nhận xét kết quả nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình năm 2010 và năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508(1). doi:10.51298/vmj.v508i1.1569.