ASSESSMENT OF OUTCOMES OF TOTAL LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY FOR THE TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMAS AT THAI NGUYEN A HOSPITAL

Tang Lam Uyen Nhi[1]*, Pham My Hoai[1], Dao Ngoc Tuan[2], Truong Van Vu[1]

[1]*Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen, Vietnam*

[2]*Thai Nguyen A Hospital, 400 Quang Trung Street, Quyet Thang Ward, Thai Nguyen, Vietnam*

Received 18/08/2026
Revised 19/09/2026; Accepted 18/11/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics, investigation findings, and outcomes of total laparoscopic hysterectomy for uterine leiomyomas at Thai Nguyen A Hospital.

Methods: A retrospective descriptive cross-sectional study reviewed 69 medical records from 2023–2024.

Results: The mean age was 52.45 ± 3.69 years. Lower abdominal pain was reported in 69.6% of patients, and menorrhagia or metrorrhagia in 42.0%. Uterine size corresponded to 8–12 weeks of gestation in 63.8% of patients. The mean diameter of the largest leiomyoma on ultrasonography was 52.22 ± 11.98 mm. The mean operative time was 71.81 ± 11.21 minutes. The median operative time in patients with and without a history of abdominal surgery was 75.0 and 70.0 minutes, respectively (Mann–Whitney U test, p = 0.142). The mean postoperative hospital stay was 6.52 ± 0.78 days, during which vaginal cuff abnormalities were documented in 4.3% of patients.

Conclusion: Lower abdominal pain and menorrhagia or metrorrhagia were common manifestations in the study population. No statistically significant difference in operative time was observed between patients with and without a history of abdominal surgery.

Keywords: Uterine leiomyoma, laparoscopy, total hysterectomy, operative time.

*Corresponding author
Email: tanglamuyennhi@gmail.com **Phone**: (+84) 338 883 101 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7135

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NHÂN XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Tăng Lâm Uyển Nhi[1*], Phạm Mỹ Hoài[1], Đào Ngọc Tuấn[2], Trương Văn Vũ[1]

[1]Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên - 284 đường Lương Ngọc Quyến, Phan Đình Phùng, Thái Nguyên, Việt Nam
[2]Bệnh viện A Thái Nguyên - 400 Đường Quang Trung, Quyết Thắng, Thái Nguyên, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 18/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn do nhân xơ cơ tử cung tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 69 bệnh án trong giai đoạn 2023–2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là 52,45 ± 3,69 tuổi. Đau bụng hạ vị chiếm 69,6%, rong kinh, rong huyết chiếm 42,0%. Kích thước tử cung tương đương thai 8–12 tuần chiếm 63,8%. Đường kính nhân xơ lớn nhất trên siêu âm trung bình là 52,22 ± 11,98 mm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 71,81 ± 11,21 phút. Trung vị thời gian phẫu thuật ở nhóm có và không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng lần lượt là 75,0 và 70,0 phút (Mann–Whitney U, p = 0,142). Thời gian hậu phẫu trung bình 6,52 ± 0,78 ngày và trong thời gian này 4,3% người bệnh có bất thường tại mỏm cắt.

Kết luận: Đau bụng hạ vị và rong kinh, rong huyết là những biểu hiện thường gặp. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật theo tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: Nhân xơ cơ tử cung, phẫu thuật nội soi, cắt tử cung hoàn toàn, thời gian phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân xơ cơ tử cung (NXCTC) là bệnh lý lành tính thường gặp trong các bệnh lý phụ khoa, tuy nhiên theo Von Mühlenbrock M và cộng sự (2021) tỷ lệ ác tính ẩn sau phẫu thuật với chẩn đoán NXCTC là 1/460 (0.22%)[1]. Theo các số liệu được trình bày trong nước, khoảng 30% phụ nữ trên 35 tuổi có NXCTC [2].

Với người bệnh có triệu chứng, không còn nhu cầu sinh con và không đáp ứng với điều trị bảo tồn, cắt tử cung hoàn toàn là một lựa chọn cần cân nhắc và đặc biệt phù hợp khi có bệnh lý hoặc nguy cơ tổn thương cổ tử cung. So với phẫu thuật mở bụng trước đây thì nội soi rút ngắn thời gian nằm viện, ít nhiễm trùng vết mổ, cải thiện quá trình hồi phục.

Từ năm 2010, Bệnh viện A Thái Nguyên đã đưa cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi vào điều trị cho người bệnh. Kết quả điều trị tại cơ sở cần được đánh giá theo từng giai đoạn, bởi đặc điểm người bệnh, tính chất khối nhân xơ và thực hành phẫu thuật có thể thay đổi. Việc mô tả các trường hợp đã được phẫu thuật và kết quả hậu phẫu sẽ cung cấp thêm thông tin cho đánh giá trước phẫu thuật, dự kiến khó khăn kỹ thuật và chăm sóc người bệnh. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài: *"Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị bệnh lý nhân xơ cơ tử cung tại Bệnh viện A Thái Nguyên".*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu sử dụng thông tin từ hồ sơ bệnh án của người bệnh được PTNS cắt tử cung hoàn toàn vì NXCTC tại khoa Phụ, Bệnh viện A Thái Nguyên, trong thời gian từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả những hồ sơ bệnh án của người bệnh được chẩn đoán là NXCTC và có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn bằng PTNS.
- Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là u cơ trơn lành tính.
- Hồ sơ có các thông tin cần thiết để đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật theo nội dung nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có tiêu chuẩn loại trừ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Đề tài được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả (nghiên cứu hồi cứu) cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Trong quá trình rà soát hồ sơ, không ghi nhận trường hợp nào có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính, do đó không có trường hợp nào bị loại vì lý do này. Tổng số có 69 hồ sơ đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Tiêu chuẩn xác định biến số nghiên cứu

- Đánh giá tình trạng mỏm cắt sau phẫu thuật: Thông tin được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án trong thời gian từ sau phẫu thuật đến khi người bệnh ra viện.

+ Chảy máu mỏm cắt: Có chảy máu từ vị trí khâu mỏm cắt, được xác định qua thăm khám và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

+ Tụ dịch mỏm cắt: Có ổ dịch khu trú tại hoặc ngay phía trên mỏm cắt qua hình ảnh siêu âm.

+ Nhiễm trùng mỏm cắt: Có một trong các triệu chứng dịch mủ từ mỏm cắt, áp xe khi thăm khám; xét nghiệm dịch tại mỏm cắt có nhiễm khuẩn, ngoài ra có thể kèm theo tình trạng sốt, xét nghiệm máu bạch cầu, CRP tăng.

+ Người bệnh được xác định có bất thường mỏm cắt khi ghi nhận ít nhất một trong ba tình trạng trên. Tỷ lệ bất thường mỏm cắt được tính bằng số người bệnh có bất thường chia cho tổng số người bệnh được nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ
Email: tanglamuyennhi@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 338 883 101 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7135

- Ghi nhận thời gian phẫu thuật: Tính bằng phút, bắt đầu khi phẫu thuật viên tiến hành phẫu thuật sau khi hoàn tất gây mê và kết thúc khi hoàn tất cuộc phẫu thuật.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Các thông tin của nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất. Thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập số liệu nghiên cứu

2.5. Phương pháp xử lí số liệu

- Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 25.0. Biến định tính được tổng hợp dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Đối với biến không có phân phối chuẩn, dùng kiểm định Mann–Whitney U, trình bày trung vị cùng khoảng tứ phân vị (Q1–Q3), ngưỡng ý nghĩa thống kê là p<0,05.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài đã được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên thông qua theo văn bản số 565/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 15/04/2026.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

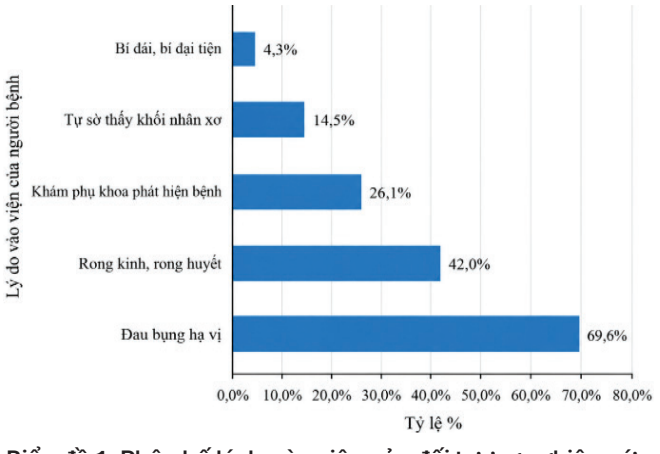
3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		SL	Tỷ lệ %
Tuổi	Tuổi trung bình	52,45 3,69	
	< 45 tuổi	1	1,45
	45 tuổi - 55 tuổi	57	82,61
	> 55 tuổi	11	15,94
Số con	1 con	4	5,8
	2 con	43	62,3
	≥ 3 con	22	31,9
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Chưa phẫu thuật	53	76,8
	Đã phẫu thuật	16	23,2
Mãn kinh	Đã mãn kinh	31	44,9
	Chưa mãn kinh	38	55,1

Mẫu nghiên cứu gồm 69 người bệnh, có tuổi trung bình 52,45 ± 3,69 tuổi. Người bệnh có hai con chiếm 62,3%, chưa mãn kinh chiếm 55,1%. Có 16 trường hợp từng phẫu thuật ổ bụng (23,2%), với tiền sử mổ lấy thai, nội soi viêm ruột thừa hoặc phẫu thuật u buồng trứng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh



Biểu đồ 1. Phân bố lý do vào viện của đối tượng nghiên cứu

Đau bụng hạ vị là lý do vào viện được ghi nhận nhiều nhất (69,6%), tiếp đến là rong kinh, rong huyết (42,0%). Do một trường hợp có thể được ghi nhận ở nhiều nhóm, tổng các tỷ lệ vượt 100%.

3.3. Đặc điểm của tử cung và đặc điểm nhân xơ qua siêu âm

Bảng 2. Phân bố đặc điểm của tử cung và nhân xơ

Đặc điểm		SL	Tỉ lệ %
Kích thước tử cung qua khám lâm sàng	Bằng tử cung có thai < 8 tuần	19	27,5
	Bằng tử cung có thai 8 - 12 tuần	44	63,8
	Bằng tử cung có thai > 12 tuần	6	8,7
Số lượng nhân xơ trên siêu âm	1 nhân xơ	48	69,6
	2 nhân xơ	14	20,3
	≥ 3 nhân xơ	7	10,1
Đường kính lớn nhất (siêu âm)	Trung bình ± độ lệch chuẩn Giá trị nhỏ nhất Giá trị lớn nhất	52,2211,98mm 32 mm 87 mm	

Qua khám lâm sàng, 44/69 người bệnh có kích thước tử cung tương đương thai 8–12 tuần (63,8%). Siêu âm ghi nhận một nhân xơ ở 69,6%, hai nhân xơ ở 20,3% và từ ba nhân xơ trở lên ở 10,1%. Đường kính nhân xơ lớn nhất của mỗi người bệnh dao động từ 32 đến 87 mm, trung bình 52,22 ± 11,98 mm.

3.4 Kết quả phẫu thuật

3.4.1. Thời gian phẫu thuật

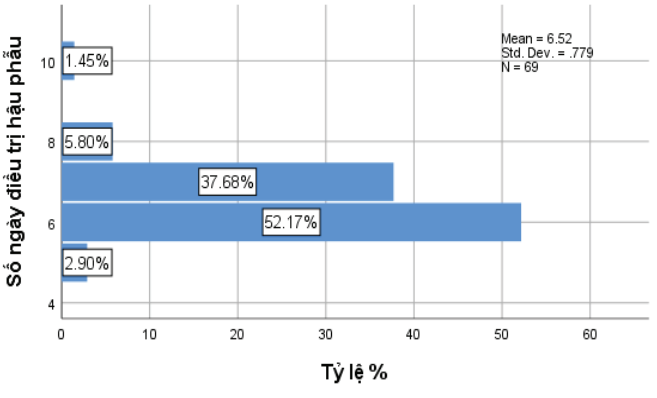
Bảng 3. Đặc điểm thời gian phẫu thuật

Đặc điểm		SL	Trung bình ± độ lệch chuẩn (Phút)	Trung vị (Q1-Q3)
Thời gian phẫu thuật		69	71,81 ± 11,21 (55 - 100)	70,0 (62,5-80,0)
Tiền sử phẫu thuật	Có	16	74,69 ± 10,56	75,0 (68,75–80,0)
	Không	53	70,94 ± 11,35	70,0 (60,0–80,0)

Thời gian phẫu thuật dao động từ 55 đến 100 phút, với trung bình 71,81 ± 11,21 phút. Khoảng thời gian 60–90 phút được ghi nhận ở 91,3% trường hợp.

Với kiểm định Mann–Whitney U; U=321,5; p=0,142. Trung vị thời gian phẫu thuật là 75,0 phút ở nhóm có tiền sử phẫu thuật ổ bụng và 70,0 phút ở nhóm không có tiền sử. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p=0,142).

3.4.2. Điều trị hậu phẫu



Biểu đồ 2. Phân bố số ngày điều trị hậu phẫu

Sau phẫu thuật, người bệnh nằm viện trung bình 6,52 ± 0,78 ngày. Trường hợp được ghi nhận nhiễm trùng mỏm cắt có thời gian nằm viện sau mổ là 10 ngày.

3.4.3. Tình trạng mỏm cắt sau PTNS cắt tử cung hoàn toàn

Bảng 4. Tình trạng mỏm cắt sau PTNS cắt tử cung hoàn toàn

Tình trạng mỏm cắt sau PTNS		SL		Tỷ lệ %
Mỏm cắt bình thường		66		95,7
Có bất thường tại mỏm cắt	Chảy máu mỏm cắt	1	3	4,3
	Tụ dịch mỏm cắt	1		
	Nhiễm trùng mỏm cắt	1		

Trong thời gian nằm viện, 66/69 người bệnh không ghi nhận bất thường mỏm cắt (95,7%). Ba trường hợp còn lại gồm một trường hợp chảy máu, một trường hợp tụ dịch và một trường hợp nhiễm trùng mỏm cắt. Tỷ lệ chung là 4,3%, mỗi loại chiếm 1,4%. Sau khi điều trị với kháng sinh phối hợp, vệ sinh mỏm cắt hàng ngày tình trạng tiến triển ổn định.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi 45–55 chiếm phần lớn mẫu nghiên cứu (82,6%), với tuổi trung bình 52,45 ± 3,69 tuổi. Tương tự nghiên cứu của Lê Đức Thọ và cộng sự (2022), Phạm Thị Kim Hoàn và cộng sự (2025) ghi nhận nhóm 45–54 tuổi chiếm lần lượt 78,8%, 66,0%[3,4]. Ngược lại, nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy và Đỗ Tuấn Đạt (2022) có tuổi trung bình thấp hơn, 48,1 ± 4,2 tuổi, dao động từ 40–62 tuổi [5].

Tất cả người bệnh trong mẫu đều đã có con. Nhóm có hai con chiếm 62,3%, còn nhóm có một con và từ ba con trở lên lần lượt chiếm 5,8% và 31,9%. Trong báo cáo của Lê Đức Thọ và cộng sự (2022), các trường hợp cũng đều đã sinh con, nhưng tỷ lệ có hai con đạt 81,8%[3].

Có 16 người bệnh từng phẫu thuật ổ bụng, tương ứng 23,2% mẫu nghiên cứu. Yazawa và cộng sự (2026) ghi nhận tiền sử này ở 31,9% nhóm được cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Hai biểu hiện nổi bật trong mẫu là đau bụng hạ vị (69,6%) và rong kinh, rong huyết (42,0%). Tống Kim Ngân và cộng sự (2022) cũng ghi nhận đau hạ vị thường gặp hơn rong kinh, rong huyết, với tỷ lệ tương ứng 80,7% và 47,0% [7]. Hùng Mai Thi và Trần Thị Trúc Vân (2023) báo cáo đau tức bụng dưới ở 50% và rối loạn kinh nguyệt ở 37,5% người bệnh [8]. Điểm chung của các báo cáo là đau vùng hạ vị và bất thường kinh nguyệt chiếm vị trí đáng kể trong bệnh cảnh của người bệnh được phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 26,1% trường hợp được phát hiện qua khám phụ khoa cho thấy vai trò của thăm khám trong nhận diện tổn thương.

4.3. Đặc điểm tử cung và nhân xơ

Kích thước tử cung tương đương thai 8–12 tuần qua khám lâm sàng chiếm 63,8%. Cùng kích thước này, Hoàng Thị Thanh Thủy và Đỗ Tuấn Đạt (2022) ghi nhận 86,7%[5]. Tuy nhiên, khác với nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn và cộng sự (2025) ghi nhận tử cung <8 tuần chiếm 57,1%, cao hơn nhóm 8–12 tuần (37,5%)[4] . Như vậy, phân bố kích thước tử cung có sự khác nhau giữa các mẫu. Đặc điểm bệnh và tiêu chuẩn lựa chọn phẫu thuật tại từng cơ sở có thể góp phần giải thích sự khác biệt này.

Trên siêu âm, đường kính nhân xơ lớn nhất trung bình là 52,22 ± 11,98 mm, từ 32 đến 87 mm. Tỷ lệ có một nhân xơ đạt 69,6%, so với 76,7% trong nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy và Đỗ Tuấn Đạt (2022) và 59,4% trong nghiên cứu của Hồ Thị Phương Mai và cộng sự (2025) [5,9].

4.4. Kết quả phẫu thuật

Phần lớn cuộc phẫu thuật hoàn thành trong 60–90 phút (91,3%), với thời gian trung bình 71,81 ± 11,21 phút. Lê Đức Thọ và cộng sự (2022) báo cáo tỷ lệ thuộc khoảng 60–90 phút là 87,9% và thời gian trung bình 80,96 ± 22,44 phút [3]. Trong khi đó, Hồ Thị Phương Mai và cộng sự (2025) ghi nhận 79,7% cuộc phẫu thuật kéo dài ít nhất 120 phút [9]. Thấy rằng thời gian phẫu thuật cũng có thể dao động đáng kể giữa các quần thể được lựa chọn.

Từ Bảng 3.3 trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật ở nhóm có tiền sử phẫu thuật ổ bụng có xu hướng dài hơn so với nhóm không có tiền sử, tuy nhiên, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p=0,142). Kết quả các nghiên cứu được công bố còn chưa thống nhất. Bahall và cộng sự (2025) cũng báo cáo thời gian trung bình cao hơn ở nhóm từng phẫu thuật bụng–chậu, lần lượt 95,2 ± 30,5 và 89,0 ± 31,1 phút, với p = 0,28 chưa có ý nghĩa thống kê [10]. Các nghiên cứu của Yazawa và cộng sự (2026) và Bölükbaşı và cộng sự (2026) chưa ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân nhóm theo tiền sử mổ lấy thai [6,11]. Trái lại, Minz và cộng sự (2023) ghi nhận thời gian phẫu thuật dài hơn rõ rệt ở nhóm có tiền sử mổ lấy thai (100,0 ± 25,5 so với 85,47 ± 27,32 phút; p=0,001)[12]. Kết quả giữa các báo cáo không đạt được sự thống nhất cần được xem xét trong bối cảnh đặc điểm can thiệp trước đó của người bệnh. Trong mẫu hiện tại, chỉ 16 người bệnh từng phẫu thuật ổ bụng. Việc gộp mổ lấy thai, phẫu thuật viêm ruột thừa và phẫu thuật u buồng trứng vào cùng một nhóm có thể làm mất thông tin về phạm vi can thiệp và tình trạng dính. Phân tích chưa tách theo số lần mổ, vị trí đường mổ hoặc mức độ dính quan sát được. Những hạn chế này làm giảm khả năng nhận diện các khác biệt đặc thù. Do đó, mặc dù phẫu thuật ở nhóm có tiền sử dài hơn về mặt thời gian, nhưng kết quả hiện tại chưa đủ bằng chứng thống kê để xác lập mối liên quan.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 6,52 ± 0,78 ngày, gần với mức 6,48 ± 2,33 ngày của Hùng Mai Thi và Trần Thị Trúc Vân (2023) [8] và thấp hơn mức 8,75 ± 2,85 ngày của Tống Kim Ngân và cộng sự (2022) [7]. Thời gian điều trị hậu phẫu không chỉ phụ thuộc vào tốc độ hồi phục của người bệnh mà còn có thể liên quan đến tiêu chí ra viện và cách tổ chức theo dõi tại từng bệnh viện. Điều kiện chăm sóc tại nhà và khả năng tái khám cũng là những yếu tố cần xem xét khi quyết định xuất viện.

Nghiên cứu ghi nhận ba bất thường mỏm cắt trong thời gian nằm viện, gồm chảy máu, tụ dịch và nhiễm trùng, mỗi loại một trường hợp. Tỷ lệ nhiễm trùng là 1,4%, thấp hơn về mặt mô tả so với tỷ lệ viêm hoặc nhiễm trùng mỏm cắt do Lê Đức Thọ và cộng sự và Hùng Mai Thi và Trần Thị Trúc Vân báo cáo, lần lượt 18,2% và 6,5% [3,8]. Chảy máu mỏm cắt chiếm 1,4%, so với 3,0% trong nghiên cứu của Lê Đức Thọ và cộng sự [3]. Tuy nhiên, cách định nghĩa biến chứng và thời gian theo dõi có thể ảnh hưởng đến số trường hợp được phát hiện, những trường hợp biến chứng xuất hiện muộn sau khi ra viện không được đánh giá.

5. KẾT LUẬN

Trong nhóm người bệnh được PTNS cắt tử cung hoàn toàn do NXCTC tại Bệnh viện A Thái Nguyên, đau bụng hạ vị và rong kinh, rong huyết là các biểu hiện lâm sàng

thường gặp. Phần lớn trường hợp có một nhân xơ trên siêu âm. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa nhóm có và không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Các bất thường mỏm cắt được ghi nhận trong thời gian nằm viện gồm chảy máu, tụ dịch và nhiễm trùng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Von Mühlenbrock M, Navarrete-Rey P, Kovoor E, Guzman-Rojas R, Troncoso F, Miranda-Mendoza I. Incidence of occult uterine sarcoma and other unexpected pathologies in patients having surgery for presumed myomas: a retrospective observational study. J Gynecol Obstet Hum Reprod.2021;50(7):101992. https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101992.

[2] Nguyễn Duy Ánh, và cộng sự. U xơ tử cung. Trong: Giáo trình sản phụ khoa: dành cho học viên sau đại học. Hà Nội: Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội; 2022. tr. 323-336.

[3] Lê Đức Thọ, Nông Hồng Lê, Nguyễn Thị Nga. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong điều trị u xơ tử cung tại khoa phụ sản - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 - 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;514(1):69-73. https://doi.org/10.51298/vmj.v514i1.2517.

[4] Phạm Thị Kim Hoàn, Hoàng Thị Phương Thủy, Nghiêm Thị Xang, Ngô Anh Quang. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung điều trị các khối u lành tính ở tử cung tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;549(2):63-67. https://doi.org/10.51298/vmj.v549i2.13757.

[5] Hoàng Thị Thanh Thủy, Đỗ Tuấn Đạt. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam.2022;516(1):118-122. https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2966.

[6] Yazawa R, Kyozuka H, Anjo K, Fukuda T, Suzuki D, Nomura Y. Comparing clinical outcomes of robot-assisted versus total laparoscopic hysterectomy for symptomatic uterine fibroids. Fukushima J Med Sci. 2026;72(3):207-214. https://doi.org/10.5387/fms.25-00018.

[7] Tống Kim Ngân, Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Văn Quang, Nguyễn Thị Ngọc Lan. Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại khoa sản Bệnh viện A Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;511(2):270-273. https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2173.

[8] Hùng Mai Thi, Trần Thị Trúc Vân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm và đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng cắt tử cung toàn phần nội soi tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;(66):8-14. https://doi.org/10.58490/ctump.2023i66.1387.

[9] Hồ Thị Phương Mai, Hồ Thị Thu Hằng, Trần Khánh Nga, Nguyễn Thị Thư, Trần Đức Tuấn, Nguyễn Quốc Thái, và cộng sự. 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;551(3):20-24. https://doi.org/10.51298/vmj.v551i3.14686.

[10] Bahall V, Singh K, De Barry L. Day case total laparoscopic hysterectomy in a low resource setting: a descriptive analysis. Womens Health (Lond). 2025;21:17455057251331766. https://doi.org/10.1177/17455057251331766.

[11] Bölükbaşı M, Bölükbaşı F, Kantarcı S, Kanmaz AG, Töz E, İnan AH. Does prior cesarean section increase the risk of periumbilical adhesions in total laparoscopic hysterectomy? Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2026;21(2):191-196. https://doi.org/10.20452/wiitm.2026.18035.

[12] Minz A, Zangmo R, Deedwania P, Roy KK, Sarkar A, Kashyap D. Total laparoscopic hysterectomy in patients with previous caesarean section: experience at a tertiary care center in India. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2023;12(4):1078-1082. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20230816.