

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG GÂY XƯƠNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. NGÔ VĂN VIỆN,
BSCKII. NGUYỄN SÓNG BIÊN - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: TS. LÊ ĐỨC TUẤN
Nguyên Chủ nhiệm Bộ môn - *Khoa Hàm mặt,
Học viện Quân y*

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiền cứu 215 bệnh nhân chấn thương hàm mặt, điều trị nội trú tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 11/2015 đến tháng 11/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 7,3, trong đó bệnh nhân từ 18-39 tuổi chiếm 60,0%. Chủ yếu chấn thương gây xương hàm mặt do tai nạn giao thông (76,75%), gãy xương hàm mặt đơn thuần (94,89%), gãy xương từ 2 đường trở lên (86,98%). 40 bệnh nhân (18,6%) có chấn thương kết hợp, trong đó hay gặp nhất là chấn thương sọ não (8,37%). 56,46% bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm, 81,82% bệnh nhân gãy xương hàm trên toàn bộ kiểu Lefort I, II, III; 64,79% bệnh nhân gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch. 1,86% bệnh nhân điều trị bảo tồn, 97,67% bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương. 210 bệnh nhân (97,68%) đạt kết quả tốt, 3 bệnh nhân (1,39%) đạt kết quả khá, 2 bệnh nhân (0,93%) đạt kết quả kém. Biến chứng sau điều trị: nhiễm trùng vết mổ, tê bì mất cảm giác, mặt không cân đối, hạn chế vận động khớp (đều có 1 bệnh nhân, chiếm 0,47%), khớp cắn lệch (2 bệnh nhân, chiếm 0,94%).

Từ khóa: Gãy xương hàm mặt, xương hàm dưới, xương hàm trên, gò má - cung tiếp.

ABSTRACT: Retrospective study, combined with prospective study on the 215 inpatients suffering from the facial and Jaw trauma, treated at the maxillofacial dental department, Military hospital 354, from November 2015 to November 2018. **Results:** The ratio of male/female patients was 7.3, of which patients aged 18-39 accounted for 60.0%. mainly fracture of the facial jaw caused by traffic accident (76.75%), simple facial jaw fracture (94.89%), fracture from 2 or more lines (86.98%). There were 40 patients (18.6%) with combined trauma, of which the most common was cranial trauma (8.37%). There were 56.46% of patients with the lower jaw fractures of the chin area, 81.82% of patients with the all upper jaw fractures (Le Fort I, II, and III fractures); 64.79% of patients with zygomatic arch fractures - eye socket deviated. 1.86% of patients with conservative treatment, 97.67% of patients with osteosynthesis surgery. There were 210 patients (97.68%) achieved good results, 3 patients (1.39%) achieved rather results, 2 patients (0.93%) achieved poor results. The complications after treatment: wound infection, loss of sensation, disproportionate face, limiting joint movement (1 patient respectively, accounted for 0.47%), dental malocclusion (2 patients, accounted for 0.94%).

Keywords: Fracture of the facial jaw, lower jaw bone, upper jaw, cheekbone - bow.

Người chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Ngô Văn Viện, Email: vienrubyblue@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 13/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy, các chấn thương vùng hàm mặt phần lớn là do va đập, với tổn thương gãy xương chiếm tỷ lệ cao [2], [3]. Kerim Ortakoglu thống kê tại Bệnh viện Diyarbakir Military (Thổ Nhĩ Kỳ) trong 5 năm (1994-1999), thấy 157 trường hợp gãy xương vùng hàm mặt, chiếm 6% các loại gãy xương [11]. Nghiên cứu của Lâm Ngọc Ân trong 17 năm (1975-1993) ở Viện Răng hàm mặt thành phố Hồ Chí Minh, thấy 2.348 trường hợp chấn thương hàm mặt. Trịnh Hồng Mỹ thống kê tại Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm (2002-2003), thấy có 262 trường hợp chấn thương hàm mặt.

Với thực trạng gia tăng các chấn thương do tai nạn giao thông nói chung, các chấn thương vùng hàm mặt theo đó cũng có xu hướng tăng cao về tỷ lệ mắc và mức độ phức tạp, đa dạng của các tổn thương. Chấn thương hàm mặt không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân (BN), mà còn tác động lớn đến tâm lý người bệnh do sự mất cân đối khuôn mặt sau chấn thương.

Góp phần nâng cao chất lượng điều trị các chấn thương vùng hàm mặt, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả xử trí chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

215 BN chấn thương hàm mặt, điều trị nội trú tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 11/2015 đến tháng 11/2018.

Lựa chọn BN có hồ sơ lưu đủ thông tin nghiên cứu; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiền cứu.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương gây xương hàm mặt, tổn thương kết hợp, đặc điểm của tổn thương gây xương hàm mặt.

+ Kết quả điều trị: phương pháp điều trị, kết quả điều trị gây xương, các biến chứng sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả điều trị theo phân loại trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Mỹ và Nguyễn Bắc Hùng theo các tiêu chí giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, cụ thể như sau:

Kết quả	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	- Xương liền tốt, không biến dạng. - Khớp cắn đúng.	- Miệng há trên 3,5 cm. - Ăn nhai bình thường. - Cử động lưỡi cầu bình thường.	- Mặt cân đối. - Sẹo mềm, nhỏ.
Khá	- Xương liền tốt, biến dạng ít. - Khớp cắn đúng.	- Miệng há 2,5-3,5 cm. - Ăn nhai được. - Cử động lưỡi cầu hạn chế.	- Mặt biến dạng ít. - Sẹo xấu, thô.
Kém	- Xương liền can xấu. - Khớp cắn không đúng.	- Miệng há dưới 2,5 cm. - Ăn nhai khó. - Dính khớp.	- Mặt biến dạng. - Sẹo phì đại, sẹo lồi.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học EPI - INFO 6.04.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Sự phân bố BN theo tuổi và giới tính.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Dưới 18	7 (3,25%)	4 (1,87%)	11 (5,12%)
Từ 18-39	114 (53,02%)	15 (6,98%)	129 (60,00%)
Từ 40-60	60 (27,91%)	7 (3,25%)	67 (31,16%)
Trên 60	8 (3,72%)	0	8 (3,72%)
Tổng	189 (87,90%)	26 (12,10%)	(100%)

Chấn thương gây xương hàm mặt gặp phần lớn ở nam giới (87,90%), tỉ lệ BN nam/nữ = 7,3. Tuổi BN từ 17-75 tuổi, trong đó hay gặp nhất độ tuổi từ 18-39 tuổi (60,00%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước về chấn thương gây xương hàm mặt. Nhóm BN trong độ tuổi lao động (từ 18-60 tuổi) chiếm đa số (91,16%). Đây là lứa tuổi tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất và giao thông [3].

- Nguyên nhân gây chấn thương (n = 215):

- + Tai nạn giao thông: 165 BN (76,75%).
- + Tai nạn sinh hoạt: 36 BN (16,74%).
- + Tai nạn lao động: 8 BN (3,72%).
- + Tai nạn thể thao: 6 BN (2,79%).

+ Không có BN nào tai nạn hỏa khí.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu gây ra chấn thương gây xương hàm mặt (76,75%). Ở nước ta hiện nay, phương tiện giao thông (nhất là phương tiện cá nhân) tăng nhanh, nhưng cơ sở hạ tầng không đáp ứng kịp; người tham gia giao thông chấp hành chưa nghiêm luật giao thông, như không làm chủ được tốc độ, uống rượu, bia khi lái xe... Đây là nguyên nhân dẫn tới tai nạn giao thông tăng nhanh [3].

- Tổn thương kết hợp (n = 215):

- + Chấn thương sọ não: 18 BN (8,37%).
- + Tổn thương mắt: 6 BN (2,79%).
- + Chấn thương ngực: 2 BN (0,93%).
- + Chấn thương bụng: 2 BN (0,93%).
- + Chấn thương tứ chi: 12 BN (5,58%).
- + Không có BN nào chấn thương cột sống.

Trong số 215 BN chấn thương hàm mặt, có 40 BN (18,6%) chấn thương kết hợp. Hay gặp nhất là chấn thương sọ não (8,37%), tiếp đến là chấn thương tứ chi (5,58%). Như vậy, tỉ lệ BN có chấn thương sọ não kết hợp trong nghiên cứu này tương đối cao và là nguyên nhân dẫn tới thời gian điều trị kéo dài. Mặt khác, vùng sọ mặt chứa nhiều cơ quan quan trọng, lại liên quan chặt chẽ với sọ não. Nên chấn thương hàm mặt dễ gây tổn thương sọ não ở các mức độ khác nhau. Vì vậy, khám và xử trí chấn thương sọ não rất cần thiết

trước khi xử trí thương tổn vùng hàm mặt, tránh bỏ sót tổn thương dẫn đến tai biến nguy hiểm tính mạng người bệnh [3], [7].

- Phân bố hình thái tổn thương xương:

Bảng 2. Hình thái tổn thương xương (n = 215).

Hình thái tổn thương xương			Tổng
Đơn thuần	Gãy XHD	60 (27,91%)	204 (94,89%)
	Gãy XHT	10 (4,65%)	
	Gãy GM-CT	134 (62,33%)	
Phối hợp	Gãy ≥ 2 xương	11 (5,11%)	11 (5,11%)

Ghi chú: XHD: xương hàm dưới; XHT: xương hàm trên; GM-CT: gò má - cung tiếp.

94,89% BN gãy xương hàm mặt đơn thuần; cao hơn so với nghiên cứu của Kerim Ortakoglu (89,81% gãy xương hàm mặt đơn thuần), nhưng tương đương nghiên cứu của Nguyễn Bắc Hùng (92,90% BN gãy xương hàm mặt đơn thuần). Trong số trường hợp gãy xương hàm mặt đơn thuần, có 62,33% BN gãy xương gò má cung tiếp, 27,91% BN gãy xương hàm dưới và 4,65% BN gãy xương hàm trên; phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Hồng Mỹ.

Bảng 3. Sự phân bố số lượng đường gãy.

Xương gãy	Số lượng đường gãy xương			Tổng
	1 đường	2 đường	3 đường	
Xương hàm dưới	22 (35,48%)	36 (58,07%)	04 (6,45%)	62 (100%)
Xương hàm trên	1 (14,29%)	1 (14,29%)	5 (71,42%)	7 (100%)
Xương GM-CT	5 (3,52%)	10 (7,04%)	127 (89,44%)	142 (100%)
Xương hàm dưới + trên	0	0	4 (100%)	4 (100%)
Tổng	28 (13,02%)	47 (21,86%)	140 (65,12%)	215 (100%)

Chủ yếu BN gãy xương từ 2 đường trở lên (86,98%). BN có xương GM-CT gãy từ 2-3 đường chiếm 96,48% trong tổng số BN gãy xương GM-CT; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bắc

Hùng (66,33%), Trịnh Hồng Mỹ (78,46%), Hoàng Nam Tiến (77%) và Vũ Thị Bắc Hải (94,6%).

- Phân bố vị trí đường gãy trong tổn thương gãy xương hàm dưới (n = 62):

+ Vùng cằm: 35 BN (56,46%).

+ Cạnh ngang: 8 BN (12,90%).

+ Góc hàm: 14 BN (22,58%).

+ Cạnh lên, lồi cầu: 4 BN (6,45%).

+ Mỏm vệt: 1 BN (1,61%).

- Phân bố vị trí đường gãy trong tổn thương gãy xương hàm trên (n = 11):

+ Gãy một phần mỏm lên, bờ dưới ổ mắt: 2 BN (18,18%).

+ Gãy toàn bộ kiểu Lefort I, II, III: 9 BN (81,82%).

- Phân bố vị trí đường gãy xương gò má - cung tiếp (n = 142):

+ Gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn: 35 BN (24,65%).

+ Gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch: 92 BN (64,79%).

+ Gãy vỡ cung tiếp và ổ mắt kiểu vỡ vụn: 15 BN (10,56%).

Kết quả cho thấy, chủ yếu BN gãy xương hàm dưới vùng cằm (56,46%), gãy xương hàm trên toàn bộ kiểu Lefort I, II, III (81,82%). Với gãy xương GM-CT hay gặp nhất là gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch (64,79%), tiếp đến là gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn (24,65%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kerim Ortakoglu (63,16% gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch và 36,84% gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn) [11], nhưng khác với nghiên cứu của Phạm Văn Liệu (gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch là 92,81% và gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn là 7,19%). Điều này càng chứng tỏ rằng tai nạn giao thông thường gây ra các lực chấn thương mạnh, nhiều nguy cơ dẫn tới những chấn thương gãy xương hàm mặt đa dạng và phức tạp hơn.

3.2. Phương pháp điều trị, kết quả, biến chứng sau điều trị:

Bảng 4. Các phương pháp điều trị.

Phương pháp điều trị		Gãy XHD	Gãy XHT	Gãy xương GM-CT	Gãy XHT + XHD	Gãy GM-CT + XHD	Tổng
Bảo tồn		1 (1,62%)	0	3 (2,22%)	0	0	04 (1,86%)
Phẫu thuật nắn chỉnh kết xương	Chỉ thép	0	1 (10,0%)	1 (0,74%)	0	0	210 (97,67%)
	Nẹp vít	54 (87,09%)	1 (10,0%)	130 (96,29%)	0	07 (100%)	
	Chỉ + nẹp vít	6 (9,67%)	8 (80,0%)	01 (0,74%)	1 (100%)	0	
Lấy bỏ mảnh vỡ		1 (1,62%)	0	0	0	0	01 (0,47%)
Tổng		62 (100%)	10 (100%)	135 (100%)	1 (100%)	7 (100%)	215 (100%)

1,86% BN điều trị bảo tồn bằng các phương pháp cố định 2 hàm, kĩ thuật đơn giản, chi phí thấp. Tuy nhiên, phải bất động hàm lâu và phải tập luyện sau tháo cố định, ăn uống, vệ sinh răng miệng khó.

97,67% BN phẫu thuật kết hợp xương, trong đó, chủ yếu BN gãy xương hàm dưới (54/210 BN) và Gãy xương GM-CT (130/210 BN). Phương pháp này bảo đảm an toàn, kết xương vững chắc, phục hồi chức năng nhanh, ăn uống, vệ sinh răng miệng dễ dàng. Nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kĩ năng, kinh nghiệm và phương tiện kết xương, chi phí điều trị cao. Kết xương bằng nẹp vít bảo đảm cố định chắc và chính xác theo không gian 3 chiều; tốt trong điều trị ổ gãy phức tạp di lệch nhiều, tránh di lệch thứ phát.

Nhiều tác giả đã đưa ra các nguyên tắc mới xử trí gãy xương vùng hàm mặt, như nắn chỉnh lại xương gãy, cố định xương gãy, ngăn ngừa các biến chứng, điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ. Tạo điều kiện cho người bệnh hòa nhập tốt cộng đồng trong mọi sinh hoạt và lao động.

Bảng 5. Kết quả điều trị.

Kết quả	Tốt	Khá	kém	Tổng
Gãy XHD	60 (96,78%)	1 (1,61%)	1 (1,61%)	62 (100%)
Gãy XHT	9 (90,0%)	1 (10,0%)	-	10 (100%)
Gãy GM-CT	134 (99,25%)	1 (0,75%)	-	135 (100%)
Gãy XHT + XHD	1 (100%)	-	-	1 (100%)
Gãy GM-CT + XHD	6 (85,71%)	-	1 (14,29%)	7 (100%)
Tổng	210 (97,68%)	3 (1,39%)	2 (0,93%)	215 (100%)

210 BN (97,68%) đạt kết quả tốt, 3 BN (1,39%) đạt kết quả khá, 2 BN (0,93%) đạt kết quả kém. Nghiên cứu cho thấy, có 2 trường hợp đạt kết quả kém do can lệch sau phẫu thuật. Trong đó có 1 ca gãy xương hàm dưới kết hợp vỡ nát xương GM-CT di lệch nhiều (trình độ, kĩ năng của phẫu thuật viên chưa đáp ứng yêu cầu của phẫu thuật), 1 ca gãy góc hàm dưới do phương pháp vô cảm không phù hợp và quy trình phẫu thuật chưa đúng. Cả 2 trường hợp này đều được phẫu thuật lại, ra viện đạt kết quả tốt. Trong phẫu thuật, phẫu thuật viên là người chịu trách nhiệm chính, do đó cần chủ động quyết định phương pháp vô cảm, làm đúng các quy trình kĩ thuật phẫu thuật trên mỗi người bệnh.

- Biến chứng sau điều trị (n = 215):
- + Nhiễm trùng vết mổ: 1 BN (0,47%).

- + Khớp cắn lệch: 2 BN (0,94%).
- + Tê bì mất cảm giác: 1 BN (0,47%).
- + Mặt không cân đối: 1 BN (0,47%).
- + Hạn chế vận động khớp: 1 BN (0,47%).

Chúng tôi gặp 6 trường hợp biến chứng sau điều trị (2,79%). Trong đó Nhiều nhất là khớp cắn lệch (2/6 trường hợp).

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 215 BN chấn thương hàm mặt, điều trị nội trú tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 11/2015 đến tháng 11/2018, kết luận:

Chủ yếu BN chấn thương gãy xương hàm mặt gặp nam giới (87,90%), tỉ lệ BN nam/nữ = 7,3/2. Trong đó, BN từ 18-39 tuổi chiếm 60,00%. Nguyên nhân chủ yếu gây ra chấn thương gãy xương hàm mặt do tai nạn giao thông (76,75%). 40 BN (18,6%) có chấn thương kết hợp, trong đó hay gặp nhất là chấn thương sọ não (8,37%), tiếp đến là chấn thương tứ chi (5,58%). 94,89% BN gãy xương hàm mặt đơn thuần. 86,98% BN gãy xương từ 2 đường trở lên. 56,46% BN gãy xương hàm dưới vùng cằm, 81,82% BN gãy xương hàm trên toàn bộ Lefort I, II, III, 64,79% BN gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch.

- 1,86% BN điều trị bảo tồn, 97,67% BN phẫu thuật kết hợp xương. 210 BN (97,68%) đạt kết quả tốt, 3 BN (1,39%) đạt kết quả khá, 2 BN (0,93%) đạt kết quả kém. Biến chứng sau điều trị: nhiễm trùng vết mổ, tê bì mất cảm giác, mặt không cân đối, hạn chế vận động khớp (đều có 1 BN, chiếm 0,47%), khớp cắn lệch (2 BN, chiếm 0,94%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Bắc Hùng (2000), *Chấn thương vùng hàm mặt*, Bài giảng Phẫu Thuật tạo hình, Bộ môn Phẫu Thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Tấn Phong (2001), *Phẫu thuật điều trị chấn thương sọ mặt*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Trần Huy Hải (1998), *Chấn thương hàm mặt do va đập*, Bài giảng tập huấn Phẫu Thuật hàm mặt-tạo hình toàn quân năm 1998, tr. 47-66.
4. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999), "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng hàm mặt Hà Nội trong 11 năm, 1988-1999", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 10, 11, tr. 71-80.
5. Trịnh Hồng Mỹ, Nguyễn Bắc Hùng (2004), "Tình hình chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông được điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh

viện Bạch Mai trong hai năm 2002-2003”, *Hội nghị Khoa học chuyên ngành Răng hàm mặt và tạo hình toàn quân, Tạp chí Y học Việt Nam số đặc biệt*, tháng 10/2004, tr. 47-55.

6. Võ Thế Quang (1973), *Phẫu thuật miệng và hàm mặt, tập 1*, bản dịch - Ginextes, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 194- 267.

7. Astrid WILK, Christophe MEYER (2005), *Traumatologie faciale*, Chirurgie Maxillo-faciale et chirurgie plastique Reconstructrice, Faculté de Médecine Strasbourg, Module 12B-Appareil Loco-Moteur, pp. 2-10.

8. Bobby R Alford (2005), *Facial fractures*, Emergencies in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Department of Otorhinolaryngology and Communicative Sciences, Baylor College of Medicine.

9. Daniel BANDONA, FOIS M (1991), “Donnes épidémiologiques des traumatismes maxillo-faciaux de l’adolescent. Traumatologie bucco - dentaire chez l’enfant et l’adolescent”, *Marseille, XXIIIèmes journées*, pp. 179-191.

10. Jose E Barrera, Stephen G Batuello (2005), “Fractures, Mandibule, Angle”, *Medicine World Medical Library*, Last Updated: May 27.

11. Kerim Ortakoglu (2004), *An analysis of maxillofacial fractures: a 5 year survey of 157 patients*, Military Medicine, Vol 169, pp. 723-727.

12. Michael L Richardson (2001), *Facial and mandibular fractures*, Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging, School of Medicine, University of Washington, pp. 252-9. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG...

(Tiếp theo trang 100)

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 39 BN u xơ tử cung, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ, tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2017, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là $46 \pm 3,1$ tuổi; tiền sử đẻ từ 1-3 lần; chủ yếu BN vào viện với lý do rối loạn kinh nguyệt (56,41%) và đau bụng vùng hạ vị (28,2%). 64,10% BN kích thước tử cung tương đương tử cung có thai 8-12 tuần.

- Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 97,44%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $117,5 \pm 24,6$ phút. Thời gian phục hồi vận động sau mổ là $38 \pm$

6 giờ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 29 ± 8 giờ. 86,84% BN sử dụng thuốc giảm đau sau mổ 24 giờ đầu; 13,16% BN sử dụng thuốc giảm đau sau mổ từ 24-48 giờ. 100% BN sử dụng kháng sinh điều trị từ dưới 5 ngày. Không BN nào có tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng sớm sau phẫu thuật là viêm mô mềm cắt âm đạo và rò bàng quang âm đạo (đều chiếm 2,63%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chu Thị Bá (1999), *Phương pháp cắt tử cung ngả âm đạo với sự hỗ trợ của phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

2. Dương Thị Cường, Nguyễn Đức Hình (1999), *U xơ tử cung: Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*, Nhà xuất bản Y học, tr. 58-67.

3. Nguyễn Văn Giáp (2006), *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Trần Thanh Hương (2012), *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà nội.

5. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2001), *Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ*, *Tạp chí Phụ sản*, số 2, tr. 29-32.

6. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Chu Thị Bá và cộng sự (2004), *Tình hình phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ từ năm 1997-2003*, *Hội nghị Việt-Pháp về sản phụ khoa vùng châu Á - Thái Bình Dương lần thứ IV*, tr. 7-20.

8. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2004), *Tổng quan và triển vọng của phẫu thuật nội soi trong phụ khoa*, Bài giảng phẫu thuật nội soi cơ bản, Bệnh viện Từ Dũ.

9. Vũ Bá Quyết (2000), *Cắt tử cung qua nội soi*, Nội soi trong phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.91-92.

10. Nguyễn Thị Kiều Trinh (2014-2015), *Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi trong bệnh lý u xơ tử cung tại Bệnh viện đa khoa Quảng Nam*.

11. Doucette R.C, Scott J.R (1996), “Comparison of Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy with abdominal and vaginal hysterectomy”, *J Reprod Med*, 41: 1-6.

12. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry K (2005), “Methods of hysterectomy”, *BMJ*, Jun 25, 330 (7506): 1478. □