

Kết quả phẫu thuật u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2025

Surgical outcomes of ovarian mucinous tumors at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2025

Lại Hoàng Đạt¹, Nguyễn Tuấn Minh^{1,2*},
Nguyễn Thị Hà Trang³, Đặng Thị Minh Nguyệt^{1,3},
và Trần Thị Minh Trang⁴

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội,

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương,

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Việc đưa ra phương pháp phẫu thuật u nhầy buồng trứng tối ưu tại thời điểm chẩn đoán là vô cùng quan trọng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 181 bệnh nhân được phẫu thuật u buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2025, có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u nhầy buồng trứng. **Kết quả:** U nhầy BT được phẫu thuật theo kế hoạch chiếm 95%, phẫu thuật cấp cứu chiếm 5%. Phẫu thuật nội soi chiếm 71,8%. Trong nhóm u lành tính, mổ nội soi cao 81,1%. Trong nhóm u ác tính tỷ lệ mổ mở cao nhất là 88,2%. UBT lành tính, bóc u là 68,3% ($p < 0,05$). Với nhóm bệnh nhân u ác tính chủ yếu là cắt phần phụ + sinh thiết mạc nối lớn ($p < 0,01$). Bệnh nhân mãn kinh đa số các trường hợp là cắt phần phụ 2 bên, chưa mãn kinh bóc u 67,7% ($p < 0,01$). Tỷ lệ tai biến thấp nhưng hậu quả khá nặng nề, có 1 trường hợp chảy máu mổ lại và 3 trường hợp tổn thương ruột.

Từ khóa: U nhầy buồng trứng, phẫu thuật, lành tính, ác tính.

Summary

Objective: Determining the optimal surgical approach for ovarian mucinous tumors at the time of diagnosis is extremely important. **Subject and method:** A descriptive study on 181 patients who underwent ovarian tumor surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2025, with postoperative histopathological results confirming ovarian mucinous tumors. **Result:** Elective surgeries accounted for 95%, while emergency surgeries due to ovarian torsion accounted for 5%. Laparoscopic surgery accounted for 71.8%. In the benign tumor group, the rate of laparoscopic surgery was high at 81.1%. In the malignant tumor group, the open surgery rate was the highest at 88.2%. For benign ovarian tumors, cystectomy accounted for 68.3% ($p < 0.05$). In the malignant tumor group, the primary intervention was adnexectomy + omental biopsy ($p < 0.01$). The majority of menopausal patients underwent bilateral adnexectomy, while 67.7% ($p < 0.01$). The complication rate was very low but relatively severe included 1 case of reoperation due to bleeding and 3 cases of bowel injury.

Keywords: Ovarian mucinous tumor, surgery, benign, malignant.

Ngày nhận bài: 15/6/2026, ngày chấp nhận đăng: 01/7/2026

* Tác giả liên hệ: tuansmin0306@gmail.com - Trường Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy buồng trứng là một loại u bắt nguồn từ biểu mô bề mặt buồng trứng, với tỷ lệ khá thường gặp, chiếm khoảng 15 - 25% trong số các khối u buồng trứng¹. Về mô bệnh học, u nhầy buồng trứng được chia thành ba loại, trong đó u lành tính chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), tiếp đến là u giáp biên (16 - 17%) và còn lại là ung thư biểu mô nhầy buồng trứng (3 - 4%)^{2,3}. U nhầy thường không có biểu hiện lâm sàng, và thường được phát hiện tình cờ trong quá trình siêu âm phụ khoa. Nếu có biểu hiện lâm sàng, chúng thường có kích thước lớn⁴.

Thái độ xử trí ngay cả u nhầy lành tính thường đòi hỏi can thiệp phẫu thuật triệt để (cắt phần phụ) với bên buồng trứng có u vì khả năng tái phát cao. Tác giả Jubilee Brown and Michael Frumovitz cũng nhấn mạnh khi phẫu thuật trong ổ bụng, cần phải cẩn thận để loại bỏ u buồng trứng một cách nguyên vẹn mà không làm tràn chất nhầy bên trong, vì vỡ u nang buồng trứng giai đoạn I có thể làm tăng nguy cơ tái phát⁵. Tuy nhiên, các biện pháp phẫu thuật u nhầy buồng trứng không nhất quán và thiếu bằng chứng tại thời điểm phẫu thuật. Việc đưa ra phương pháp phẫu thuật tối ưu tại thời điểm chẩn đoán là vô cùng quan trọng, vừa đảm bảo hiệu quả điều trị, vừa bảo tồn chức năng sinh sản khi cần thiết. Những yếu tố quyết định phương pháp phẫu thuật nào là tối ưu vẫn đang còn được nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả phẫu thuật u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2025", với mục tiêu: *Mô tả kết quả phẫu thuật của các bệnh nhân u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được phẫu thuật u buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2025.

Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u nhầy buồng trứng.

Hồ sơ đầy đủ thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Ung thư buồng trứng đã điều trị hóa chất trước phẫu thuật.

Bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát hoặc có bất kỳ bệnh ung thư khác kèm theo.

Bệnh nhân bị suy thận giai đoạn cuối hoặc trải qua ghép tạng.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả.

2.3. Công thức

Áp dụng công thức sau:

$$n = Z^2 \times \frac{p \times (1 - p)}{\epsilon^2}$$

Trong đó:

n: Kích thước mẫu cần xác định.

Z: Giá trị tra bảng phân phối Z dựa vào độ tin cậy lựa chọn, bằng 1,96 ứng với độ tin cậy là 95% ($\alpha = 0,05$).

p: Tỷ lệ u nhầy buồng trứng ác tính trong số u nhầy buồng trứng, khoảng 15% theo Nguyễn Thị Nga⁶.

ϵ : Sai số cho phép = 0,05.

Dựa vào công thức ta tính ra n = 156.

Có 181 bệnh nhân được chẩn đoán là u nhầy buồng trứng được siêu âm và làm xét nghiệm các dấu ấn sinh học tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được lấy vào nghiên cứu.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Các biến số, chỉ số nghiên cứu

Tên biến	Định nghĩa, phân loại
1. Kết quả GPB	Lành tính/U giáp biên/Ác tính theo kết quả GPB
2. Thời điểm phẫu thuật	Mổ cấp cứu/ Mổ theo kế hoạch
3. Phương pháp vào ổ bụng	Mổ nội soi/Mổ mở/Mổ nội soi chuyển mổ mở theo cách thức phẫu thuật
4. Phương pháp can thiệp khối u	Phương pháp xử trí được thực hiện đối với khối u trong quá trình phẫu thuật.
5. Tình trạng kinh nguyệt	Tình trạng đã mãn kinh hay chưa của bệnh nhân
6. Tai biến và biến chứng	Các biến cố bất lợi xảy ra trong và sau phẫu thuật.

2.5. Quản lý và xử lý số liệu

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán sử dụng tần suất, tỷ lệ, số trung bình.

So sánh tỷ lệ: Test Chi square ($p < 0,05$).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương với sự đồng ý của hội đồng Y đức của bệnh viện.

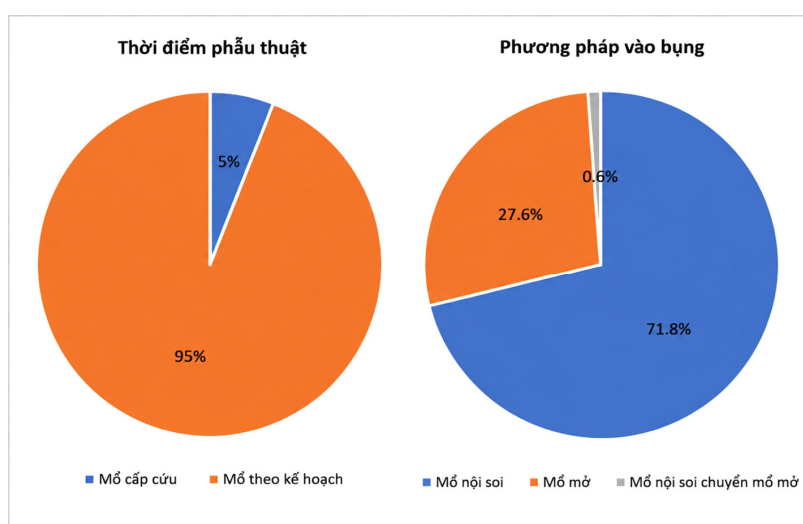
Các thông tin và kết quả nghiên cứu của người bệnh phải được giữ kín.

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh.

Kết quả của nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và phục vụ cho công tác chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thời điểm phẫu thuật và phương pháp vào bụng



Biểu đồ 1. Thời điểm phẫu thuật và phương pháp vào bụng

Mổ theo kế hoạch chiếm 95% (172/181), phẫu thuật cấp cứu do u buồng trứng xoắn chiếm 5%. Phẫu thuật nội soi chiếm 71,8%, có một trường hợp mổ nội soi thất bại chuyển mổ mở do dính chiếm 0,6%.

3.2. Phương pháp vào bụng theo giải phẫu bệnh

Bảng 1. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với giải phẫu bệnh

Phương pháp phẫu thuật	Lành tính		Giáp biên		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nội soi	120	81,1	8	50,0	2	11,8	130	71,8	< 0.01
Nội soi chuyển mổ mở	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6	
Mổ mở	27	18,2	8	50,0	15	88,2	50	27,6	
Tổng	148	100	16	100	17	100	181	100	

Trong nhóm u lành tính, mổ nội soi cao 81,1%. Trong nhóm u giáp biên, mổ nội soi bằng tỷ lệ mổ mở là 50%. Trong nhóm u ác tính tỷ lệ mổ mở cao nhất là 88,2%. Phương pháp vào ổ bụng theo giải phẫu bệnh là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.3. Phương pháp can thiệp khối u theo mô bệnh học**Bảng 2. Phương pháp can thiệp khối u theo mô bệnh học**

Thể bệnh Phương pháp PT	Lành tính		U giáp biên		Ác tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bóc u	101	68,3	4	25,0	4	23,5	109	60,3	<0,01
Cắt phần phụ	28	18,9	8	50,0	2	11,8	38	21,0	
Cắt phần phụ + Sinh thiết MNL	2	1,4	1	6,2	6	35,3	9	5,0	
Cắt 2 phần phụ	14	9,5	2	12,5	2	11,8	18	9,9	
Cắt tử cung và 2 phần phụ	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6	
Cắt TC + 2 PP + MNL	2	1,4	1	6,2	3	17,6	6	3,3	
Tổng	148	100	16	100	17	100	181	100	

U lành tính, bóc u là 68,3%, tiếp theo là cắt phần phụ 1 bên (18,9%). Có 1 bệnh nhân chỉ định cắt tử cung kèm theo do có kèm theo u xơ. Đối với nhóm bệnh nhân u giáp biên tỷ lệ cắt phần phụ 1 bên là 50,0%, cắt 2 phần phụ (12,5%). Có 4 bệnh nhân bóc u chiếm 25,0%. Với nhóm bệnh nhân u ác tính chủ yếu là cắt phần phụ + sinh thiết mạc nối lớn chiếm 35,3%. Có 3 trường hợp cắt TC + 2PP + MNL chiếm 17,6%. Phương pháp phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô bệnh học.

3.4. Can thiệp khối u theo tình trạng kinh nguyệt**Bảng 3. Phương pháp can thiệp u theo tình trạng kinh nguyệt**

Tình trạng kinh nguyệt Phương pháp PT	Còn kinh		Mãn kinh		Tổng		p
	n	%	n	%	N	%	
Bóc u	105	67,7	4	15,4	109	60,3	< 0,01
Cắt phần phụ	34	21,9	4	15,4	38	21,0	
Cắt phần phụ + Sinh thiết MNL	8	5,2	1	3,8	9	5,0	
Cắt 2 phần phụ	4	2,6	14	53,8	18	9,9	
Cắt tử cung và 2 phần phụ	1	0,6	0	0,0	1	0,6	
Cắt TC + 2 PP + MNL	3	1,9	3	11,5	6	3,3	
Tổng	155	100	26	100	181	100	

Bệnh nhân mãn kinh đa số các trường hợp là cắt phần phụ 2 bên chỉ có 4 trường hợp bóc u (15,4%). Nhóm bóc u cũng chủ yếu ở độ tuổi chưa mãn kinh chiếm 105/155 bệnh nhân (67,7%). Tỷ lệ các phương pháp can thiệp u của tình trạng mãn kinh là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.5. Tai biến và biến chứng**Bảng 4. Tai biến sau phẫu thuật**

Tai biến	Tần số	Tỷ lệ %
Không tai biến	176	97,2
Chảy máu sau mổ	1	0,6
Nhiễm trùng sau mổ	1	0,6
Tổn thương hệ tiêu hóa	3	1,6
Tổng	181	100,0

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu không gặp phải tai biến sau phẫu thuật chiếm 97,2% (176/181). Có 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ phải phẫu thuật cầm máu. Có 3 bệnh nhân có tổn thương hệ tiêu hóa trong mổ chiếm 1,6% và 1 bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ chiếm 0,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chỉ có 9 (5,0%) bệnh nhân mổ cấp cứu vì u buồng trứng xoắn, tất cả đều được phẫu thuật nội soi, kết quả giải phẫu bệnh là u nhầy lành tính. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga tỷ lệ mổ cấp cứu của u nang nhầy buồng trứng là 2,9%⁶.

Sự phát triển mạnh mẽ của y học hiện đại, đặc biệt trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi, đã góp phần đáng kể làm gia tăng tỷ lệ áp dụng phương pháp nội soi trong xử trí cấp cứu các u nhầy buồng trứng. Tuy nhiên khi mổ cấp cứu một số lớn trường hợp chưa có kết quả chất chỉ điểm khối u và siêu âm chuyên sâu về u buồng trứng làm hạn chế trong việc dự báo độ lành tính hay ác tính của khối u. Việc có đầy đủ kết quả chất chỉ điểm khối u và siêu âm chuyên sâu đánh giá u buồng trứng trước khi mổ theo kế hoạch giúp đánh giá chính xác hơn độ lành tính hay ác tính của khối u, từ đó đưa ra phương pháp phẫu thuật phù hợp. Đặc biệt việc phát hiện sớm khối u còn tránh được những trường hợp phải cắt u buồng trứng khi khối u xoắn và hoại tử.

Theo nghiên cứu này phương pháp vào ổ bụng chủ yếu là phương pháp nội soi chiếm 71,82% (130/181), tỷ lệ bệnh nhân mổ nội soi chuyển mổ mở chỉ có 1 ca chiếm 0,5%. Về u nhầy buồng trứng, theo Nguyễn Thị Nga, tỷ lệ phẫu thuật nội soi là 58,3%, có 11/240 bệnh nhân phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở chiếm 4,6%⁶.

Trong nghiên cứu này có 1 trường hợp PTNS không thành công (PTNS thành công của chúng tôi là can thiệp hoàn toàn bằng PTNS và không có tai biến trong mổ cũng như sau mổ) phải chuyển mổ mở, nguyên nhân là do dính nhiều. Điều này cho thấy tỷ lệ phẫu thuật nội soi tăng rõ rệt so với trước đây. Việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp và chuẩn hóa quy trình tiến phẫu cũng góp phần nâng cao hiệu quả nội soi. Kết quả cho thấy phẫu thuật nội soi

ngày càng trở thành phương pháp ưu tiên với tính an toàn và hiệu quả cao.

Nghiên cứu này cũng cho thấy trong nhóm u lành tính, PTNS là phương pháp vào bụng chủ yếu chiếm 81,1% trong khi đó trong nhóm u ác tính phương pháp mổ mở là chủ yếu chiếm 88,2%. Các phương pháp vào ổ bụng là khác biệt có ý nghĩa thống kê theo kết quả giải phẫu bệnh với $p < 0,01$. Qua đó cho thấy khối u lành tính hay ác tính là yếu tố quan trọng nhất quyết định phương pháp vào bụng. Đối với những khối u có tính chất đơn giản, mang đặc điểm của một u lành tính hoặc giáp biên PTNS vẫn được ưu tiên hơn mổ mở⁷. Việc định hướng độ ác tính của u buồng trứng dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến hướng điều trị khối u đặc biệt là phương pháp vào ổ bụng do phẫu thuật mở bụng đường giữa vẫn là phẫu thuật tiêu chuẩn trong ung thư buồng trứng⁸.

Trong nghiên cứu này phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bóc khối u chiếm 60,3%, 21,0% bệnh nhân bị cắt phần phụ 1 bên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bóc u cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga⁶ năm 2021 với tỷ lệ bóc chiếm 33,3%, cắt buồng trứng là 55,0%. Tuy nhiên kết quả này gần tương đương so với u biểu mô buồng trứng nói chung như nghiên cứu của Trần Minh Hiếu với tỷ lệ bóc khối u chiếm 54,7% và 18,8% cắt phần phụ⁹.

Với những trường hợp u lành tính, kích thước nhỏ, bệnh nhân còn trẻ thì việc bảo tồn buồng trứng, tử cung và phần phụ là giải pháp hợp lý. Đồng thời việc bảo tồn buồng trứng còn có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo nội tiết sinh dục đặc biệt là u buồng trứng hai bên giúp họ đảm bảo chất lượng cuộc sống và hạnh phúc gia đình.

Phần lớn u buồng trứng lành tính được phẫu thuật bóc u (68,3%), còn lại sẽ là cắt phần phụ 1 bên (15,5%) tùy theo tuổi. Một số ít được chỉ định cắt 2 phần phụ (9,5%) hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ (0,7%) do có các bệnh lý như u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung hay tổn thương cổ tử cung kèm theo hoặc bị đánh giá là ác tính trước mổ. Trong nghiên cứu của Yuanyuan Zhang tại Trung Quốc thì tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản (bao gồm bóc u và cắt phần phụ 1 bên) là 92,4%, trong số

những bệnh nhân này có 67% bệnh nhân được bóc u buồng trứng¹⁰.

Đối với nhóm u nhầy buồng trứng giáp biên, có 25% trường hợp (4 trường hợp) phẫu thuật bóc u bảo tồn buồng trứng vì bệnh nhân trẻ tuổi chưa đủ 2 con, còn lại được phẫu thuật triệt để là cắt phần phụ 1 bên (50,0%), cắt 2 phần phụ (12,5%) và cắt tử cung, 2 phần phụ kèm mạc nối lớn (6,2%) với những bệnh nhân đã có đủ con. Điều đáng lo ngại nhất của u nhầy buồng trứng giáp biên là khả năng tái phát và chuyển dạng ác tính của nó. Theo Nicholas Anson trên 74 bệnh nhân u nhầy buồng trứng giáp biên có 36,5% (27/74) được phẫu thuật cắt buồng trứng 2 bên có hoặc không cắt tử cung và 63,5% (47/74) được phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản¹¹. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trong 40 bệnh nhân cắt phần phụ 1 bên tỷ lệ tái phát là 0,0%, trong khi trong 19 bệnh nhân bóc u có đến 15,8% tái phát u¹¹. Một phân tích tổng hợp khác của Taniskidi A cũng chỉ ra rằng cắt phần phụ 1 bên có lợi ích đáng kể so với chỉ bóc u hoặc cắt u khi cho thấy tỷ lệ tái phát sau bóc u buồng trứng nhầy giáp biên là 26% so với cắt phần phụ 1 bên là 8%¹².

Đối với ung thư buồng trứng dạng nhầy, theo nghiên cứu của chúng tôi đa số sẽ chỉ định cắt phần phụ và sinh thiết mạc nối lớn (35,3%), 3 trường hợp mổ cắt tử cung và 2 phần phụ và mạc nối lớn (17,6%). Có 4 trường hợp được chỉ định bóc u do không có biểu hiện nghi ngờ ác tính trước phẫu thuật. Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến nhầy, 1 bệnh nhân đã được phẫu thuật mở bụng lần 2 để cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ và mạc nối lớn. Và 3 trường hợp còn lại được điều trị hóa chất theo phác đồ. Đây là 4 trường hợp thất bại trong chẩn đoán thể giải phẫu bệnh trước và trong phẫu thuật.

U nhầy buồng trứng có mối liên quan chặt chẽ với đường tiêu hóa, đặc biệt là ruột và ruột thừa. Mặc dù trước đây phẫu thuật cắt ruột thừa được thực hiện đối với bất kỳ khối u buồng trứng nào có mô học nhầy, bao gồm cả các tổn thương lành tính, nhưng dữ liệu hiện tại ủng hộ việc không thực hiện phẫu thuật cắt ruột thừa trong trường hợp ruột thừa bình thường và không có bằng chứng về bệnh giả u

nhầy phúc mạc¹³. Tuy nhiên, việc kiểm tra kỹ lưỡng đường tiêu hóa trên và dưới luôn phải được thực hiện trong trường hợp nghi ngờ mắc u nhầy buồng trứng nguyên phát⁵.

Hầu hết bệnh nhân trong nhóm tuổi chưa mãn kinh chủ yếu sử dụng phương pháp phẫu thuật bóc u, chiếm 67,7%. Đặc biệt trong nhóm bệnh nhân < 25 tuổi tất cả đều được phẫu thuật bảo tồn khả năng sinh sản bao gồm bóc u, cắt phần phụ 1 bên. Trong nhóm này có 2 bệnh nhân cho kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô nhầy buồng trứng. Tuy nhiên đối với giai đoạn sớm như giai đoạn Ia việc phẫu thuật cắt phần phụ 1 bên và bảo tồn tử cung là hợp lý. Ngược lại, với nhóm tuổi mãn kinh chủ yếu là cắt 2 phần phụ chiếm 53,8%. Trong nghiên cứu này có 4 bệnh nhân hiện không hành kinh được bóc u buồng trứng nguyên nhân là do bệnh nhân trong lứa tuổi từ 40 đến 48 tuổi đã được cắt tử cung trước đây nên việc bóc u là hợp lý. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Trần Minh Hiếu năm 2023 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương tỷ lệ bóc u 60,9% ở nhóm bệnh nhân chưa mãn kinh, tỷ lệ cắt buồng trứng là 63,6% ở nhóm tuổi mãn kinh⁹.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu không gặp phải tai biến sau phẫu thuật chiếm 97,2% (176/181). Có 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ phải phẫu thuật lại để cầm máu. Có 3 bệnh nhân có tổn thương hệ tiêu hóa trong mổ chiếm 1,6% và 1 bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ chiếm 0,6%.

Như vậy, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng mổ nội soi u nang buồng trứng không cao nhưng vẫn gặp và đôi khi lại là những tai biến để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh. Để hạn chế những tai biến và biến chứng không đáng có, phẫu thuật viên cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân trước mổ, tiền lượng được những khó khăn trong từng ca bệnh, để có những cách xử trí thận trọng, an toàn, thuận lợi cho ca mổ thành công.

V. KẾT LUẬN

U nhầy buồng trứng không có biến chứng được mổ có kế hoạch. Phẫu thuật nội soi bóc u chiếm ưu thế. Phương pháp vào ổ bụng theo giải phẫu bệnh

là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. UBT lành tính, bóc u là 68,3% ($p < 0,05$). Với nhóm bệnh nhân u ác tính chủ yếu là cắt phần phụ + sinh thiết mạc nối ($p < 0,01$). Có 3 trường hợp cắt TC + 2PP + MNL chiếm 17,6%. Bệnh nhân mãn kinh đa số các trường hợp là cắt phần phụ 2 bên, có 4 trường hợp bóc u (15,4%), chưa mãn kinh bóc u cao 67,7%. Tỷ lệ các phương pháp can thiệp u theo tình trạng mãn kinh là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tại biến có 1 trường hợp chảy máu mổ lại và 3 trường hợp tổn thương ruột và 1 trường hợp nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roger P, Smith MD (2023) *Netter's Obstetrics and Gynecology (Netter Clinical Science)* (2023, Elsevier).
2. Marko J, Marko KI, Pachigolla SL, Crothers BA, Mattu R, Wolfman DJ (2019) *Mucinous Neoplasms of the Ovary: Radiologic-Pathologic Correlation*. Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc 39(4): 982-997. doi:10.1148/rg.2019180221
3. Shaaban AM, Menias CO, Tubay MS, Rezvani M, El Sayed RF, Woodward PJ (2015) *Diagnostic Imaging: Gynecology*. Second edition. Amirsys Elsevier.
4. Saba L, Acharya UR, Guerriero S, Suri JS et al (2013) *Ovarian Neoplasm Imaging*. Springer US. doi:10.1007/978-1-4614-8633-6
5. Brown J, Frumovitz M (2014) *Mucinous Tumors of the Ovary: Current thoughts on diagnosis and management*. Curr Oncol Rep. 2014;16(6):389. doi:10.1007/s11912-014-0389-x
6. Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Quốc Tuấn, Lê Thị Hương Lan (2022) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Tạp chí Nghiên cứu Học. 2022.
7. Canlorbe G, Lecointre L, Chauvet P, Azaïs H, Fauvet R, Uzan C (2020) *Tumeurs frontières de l'ovaire. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Prise en charge thérapeutique des stades précoces*. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 48(3): 287-303. doi:10.1016/j.gofs.2020.01.016
8. González-Martín A, Harter P, Leary A et al (2023) *Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up*. Ann Oncol 34(10): 833-848. doi:10.1016/j.annonc.2023.07.011
9. Trần Minh Hiếu, Nguyễn Tuấn Minh, Đặng Thị Minh Nguyệt (2023) *Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Tạp chí Y học Việt Nam. Đại học Y Hà Nội.
10. Zhang Y, Li C, Luo S et al (2020) *Retrospective Study of the Epidemiology, Pathology, and Therapeutic Management in Patients With Mucinous Ovarian Tumors*. Technol Cancer Res Treat. 19: 1533033820946423. doi:10.1177/1533033820946423
11. Anson N, Cox P, Kasaven LS et al (2025) *The oncological follow-up of fertility sparing surgery for mucinous borderline ovarian tumours: A retrospective cohort study*. Cancers 17(23): 3825. doi:10.3390/cancers17233825
12. Taniskidi A, Giannas E, Lekka S et al (2026) *Recurrence and malignant transformation after borderline ovarian tumors: A systematic review and meta-analysis*. Anticancer Res 46(5): 2831-2849. doi:10.21873/anticancer.18163
13. Lin JE, Seo S, Kushner DM, Rose SL (2013) *The role of appendectomy for mucinous ovarian neoplasms*. Am J Obstet Gynecol 208(1): 46.e1-46.e4. doi:10.1016/j.ajog.2012.10.863