

NHẬN XÉT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP U NGUYÊN BÀO NUÔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2013-2014

Vũ Bá Quyết⁽¹⁾, Nguyễn Văn Thắng⁽¹⁾, Nguyễn Thái Giang⁽²⁾
(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u nguyên bào nuôi được mổ nội soi cắt tử cung tại BVPSTU trong năm 2013 -2014 và đánh giá hiệu quả của phương pháp nội soi cắt tử cung trong bệnh u nguyên bào nuôi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** đối tượng gồm 42 BN có chẩn đoán và chỉ định PTCTCNS tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU) từ 09/2013 đến 03/2014, có đầy đủ chẩn đoán lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, XQ, nồng độ β hCG và GPBL sau phẫu thuật). Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 1. Số BN trong độ tuổi sinh đẻ chiếm 90%. Có 83,3% có tử cung lớn hơn bình thường, tương đương tử cung có thai 1 tháng, 2 tháng. Có 83.3% BN không có nhân di căn hoặc nhân di căn ở tử cung thường có kích thước 1-3 cm. Số BN có trọng lượng tử cung từ 100-200g là nhiều nhất (71,4%). Kết quả GPBL sau mổ: 43.9% chữa trứng xâm nhập; 50% ung thư nguyên bào nuôi và 7% u vùng rau cấm. 2. Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 45 ± 17 phút, số BN lưu thông ruột < 48 giờ chiếm 97,6%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,5 \pm 0,7$ ngày. Tại biến trong và sau mổ chỉ có 1 trường hợp tràn khí dưới da và 2 trường hợp viêm mô mềm cắt âm đạo. Kết quả nghiên cứu đã được so sánh và bàn luận. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, u nguyên bào nuôi, cắt tử cung nội soi.

Abstract

ASSESSMENT OF LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY IN SOME CASES OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC TUMORS IN THE NATIONAL HOSPITAL OF OB/GYN IN 2013-2014

Objective: Description of the clinical and subclinical characteristics of gestational trophoblastic disease patients underwent laparoscopic hysterectomy surgery at NHOG from 2013 to 2014 and evaluation the effectiveness of the method. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study, 42 eligible patients were included from 09 / 2013 to 03 / 2014. **Results:** (1): The patients are in the reproductive age account for 90%, 83,3% the patients with uterine size is greater than the normal uterus. There are 83,3% of patients who did not have metastases beyond the uterus or metastases in uterus are smaller 1-3 cm in size. Number of patients with uterine weight from 100 - 200g is highest, account for 71,4 %. The results of histopathology: 43,9% invasive mole; 50% choriocarcinoma and 7% placental site trophoblastic tumor. (2): all case of surgery are successful. Mean of surgery time was 45 ± 17 minutes, 97,6% patients have flatus during 48h after surgery. Average time of hospitalization is $4,5 \pm 0,7$ days. Operated complications: 1 case of subcutaneous emphysema and 2 cases infection of vaginal cuff. The research results have been compared and discussed.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm gần đây, khuynh hướng phẫu thuật nội soi (PTNS) và phẫu thuật ít xâm lấn đang phát triển mạnh. PTNS đã thay thế một phần các phẫu thuật mổ mở và đem lại nhiều kết quả tốt cho người bệnh [1][2]. Sự phát triển của nội soi đã làm thay đổi đáng kể bộ mặt của các chuyên ngành có liên quan đến ngoại khoa trong đó có phụ khoa. U nguyên bào nuôi (UNBN) là u có nguồn gốc thai sản, có tính chất đặc biệt về mặt sinh học, bệnh cảnh rất đa dạng, bệnh liên quan tới mọi hình thức có thai. Phẫu thuật cắt tử cung là một phương pháp được sử

dụng trong điều trị và dự phòng các bệnh nguyên bào nuôi. Phẫu thuật cắt tử cung nội soi (PTCTCNS) được áp dụng tại BVPSTU từ năm 2004, cho đến nay đã tiến hành trên hàng ngàn bệnh nhân với hiệu quả ngày càng cao. Với kỹ thuật ngày càng hoàn thiện, chúng tôi đã mạnh dạn áp dụng PTNS cho các bệnh lý ung thư phụ khoa trong đó có nhóm bệnh UNBN. Để đánh giá hiệu quả của phương pháp này, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu sau:

- Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u nguyên bào nuôi được mổ nội soi cắt tử cung tại BVPSTU trong năm 2013 -2014.

- Đánh giá hiệu quả của phương pháp nội soi cắt tử cung trong bệnh u nguyên bào nuôi.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 42 BN được chẩn đoán UNBN có chỉ định và được PTCTCNS từ 09/2013 đến ngày 03/2014.

- Tiêu chuẩn chọn BN: BN được chẩn đoán UNBN, có chỉ định và được PTCTCNS tại BVPSTU, được theo dõi sau phẫu thuật trong thời gian từ 09/2013 đến 03/2014.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có nguy cơ chảy máu cao do nhân tại tử cung quá to hoặc ở dây chằng rộng, bị chảy máu do vỡ nhân u nguyên bào nuôi phải mổ cấp cứu, BN không đủ điều kiện phẫu thuật nội soi, BN phải chuyển mổ mở đường bụng do biến chứng trong mổ, kết quả GPB sau mổ không phù hợp là CTXL, UTNBN, UNBNVRB.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích, không cần công thức tính cỡ mẫu.

- Các bước tiến hành

+ Dụng cụ phẫu thuật nội soi cắt tử cung: Hệ thống thiết bị và dụng cụ nội soi bao gồm 3 phần chính là: Hệ thống đưa khí vào, hệ thống quang học, các dụng cụ phẫu thuật khác.

+ Cách thức phẫu thuật nội soi cắt tử cung gồm các bước

* Đặt các trocars thành bụng: thường là 4 trocars

* Kiểm tra toàn bộ ổ bụng và tiểu khung, cắt dây chằng tròn và dây chằng tử cung-buồng trứng, động mạch tử cung 2 bên.

* Bóc tách phúc mạc đoạn bàng quang- tử cung và đẩy bàng quang xuống, mở cùng đồ trước và cắt vòm âm đạo trên dụng cụ đẩy vòm âm đạo. Khâu lại mỏm cắt âm đạo: qua nội soi hoặc qua đường âm đạo. Kiểm tra cầm máu, rửa sạch ổ bụng, kiểm tra niệu quản. Rút các trocars.

+ Thu thập các thông tin về: Tuổi; kích thước, trọng lượng tử cung, kích thước nhân u tại tử cung (nếu có)/ Số nhân di căn/ Di căn âm đạo. Siêu âm để tìm nhân di căn tại tử cung và vùng tiểu khung, tại các tạng trong tiểu khung, gan, thận, nang hoàng tuyến/XQ tim phổi thẳng và kết quả GPBL sau phẫu thuật.

+ Đánh giá theo dõi sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện/thời gian trung tiện/Các biến chứng liên quan đến PTCTCNS. BN được khám lại sau mổ 1 tuần, trước khi điều trị hóa chất.

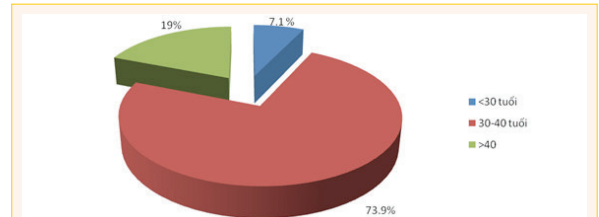
2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào phần mềm SPSS 18.0. Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học thông

thường, sử dụng T test để so sánh sự khác nhau của giá trị trung bình; $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

- Phân bố BN theo nhóm tuổi: Trong nghiên cứu này, BN trẻ nhất là 24 (do kháng hóa chất), số BN trong độ tuổi sinh đẻ chiếm 90%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bố số bệnh nhân theo kích thước tử cung

Kích thước tử cung	Bình thường	Tương đương thai 1 tháng	Tương đương thai ≥ 2 tháng
Số lượng	7	20	15
Tỷ lệ	16,7	47,6	35,7

Trong nghiên cứu có 16,7 % BN có thể tích tử cung bình thường (đã điều trị hóa chất do có di căn phổi, dây chằng rộng); 83,3% có tử cung lớn hơn bình thường, có thể tương đương tử cung có thai 1 tháng, 2 tháng.

Bảng 2. Số nhân di căn và trọng lượng tử cung sau mổ

Vị trí di căn	Nhân di căn		Trọng lượng tử cung sau mổ		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Trọng lượng	Số lượng	Tỷ lệ %
Phổi	5	11,9	<100g	11	26,2
Âm đạo	2	4,8	100-200g	30	71,4
Nhân ở TC	35	83,3	>200g	1	2,4
Tổng	42	100,0	Tổng	42	100,0

Có 83.3% BN không có nhân di căn hoặc nhân di căn ở tử cung thường có kích thước 1-3 cm. Số BN có trọng lượng tử cung từ 100-200g là nhiều nhất (71,4%).

Bảng 3. Kết quả GPBL sau mổ

	Chứa trứng XN	UTNBN	UNBN vùng rau cấm	Tổng
Số lượng	18	21	3	42
Tỷ lệ %	43,9	50,0	7,1	100,0

Kết quả GPBL sau mổ cho thấy: 43.9% chứa trứng xâm nhập; 50% ung thư nguyên bào nuôi và 7% u vùng rau cấm.

- Tỷ lệ cắt TC nội soi thành công: 100%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 45 ± 17 phút, nhanh nhất là 20 phút, lâu nhất là 90 phút.

Bảng 4. Thời gian trung tiện sau mổ

	<24g	24-48 g	>48 g	Tổng
Số lượng	15	26	1	42
Tỷ lệ %	35,7	61,9	2,4	100,0

Có 35.7% bệnh nhân phục hồi lưu thông ruột trước 24 giờ, số trường hợp phục hồi lưu thông ruột từ 24-48 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 61.9%, chỉ có 1 trường hợp lưu thông ruột sau 48 giờ.

Bảng 5. Thời gian nằm viện sau mổ

	≤ 3 ngày	3-5 ngày	>5 ngày	Tổng
Số lượng	0	37	5	42
Tỷ lệ %	0,0	88,1	11,9	100,0

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,5 \pm 0,7$ ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 6 ngày.

Bảng 6. Tai biến trong và sau mổ

	Tràn khí dưới da	Nhiễm khuẩn mòm cắt âm đạo	Tổng
Số lượng	1	2	3
Tỷ lệ %	2,4	4,8	7,2

Trong số 42 trường hợp mổ nội soi cắt tử cung ở bệnh nhân UNBN có 1 trường hợp tràn khí dưới da đã phát hiện trong mổ được xử trí kịp thời. Có 2 trường hợp viêm mòm cắt âm đạo, 1 trường hợp có đọng dịch mòm cắt đã được tách mòm cắt làm thoát dịch.

4. Bàn luận

- **Về nhóm tuổi:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 34 tuổi (từ 24 đến 45 tuổi). Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy UNBN là bệnh gặp trong độ tuổi sinh đẻ. Một bệnh nhân rất trẻ, 24 tuổi phải cắt tử cung do UNBN sau đẻ kháng hóa chất. So với tuổi trung bình 32 của bệnh nhân UNBN trong nghiên cứu của Phan Chí Thành [3], chúng tôi thấy là cao hơn do nhóm bệnh nhân của chúng tôi là những bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung nội soi, thường là những bệnh nhân lớn tuổi đủ con hoặc kháng hóa chất.

- **Về thể tích và trọng lượng tử cung:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 16.7 % bệnh nhân có thể tích tử cung bình thường, 83.3 % có tử cung lớn hơn bình thường, có thể tương đương tử cung có thai 1 tháng, 2 tháng. Có 7 trường hợp tử cung thể tích bình thường là những trường hợp đã sau điều trị hóa chất do có di căn phổi, dây chằng rộng. Phần lớn các trường hợp tử cung lớn hơn bình thường nhưng không có trường hợp nào có thể tích tử cung quá to, điều này phù hợp với tiêu chí chọn bệnh nhân để mổ nội soi cắt tử cung trong các trường hợp UNBN. Khi hội chẩn để đưa ra cách thức phẫu thuật phù hợp, chúng tôi chủ ý không chọn những bệnh nhân UNBN có kích thước tử cung quá to, nhân di căn lớn hơn 4 cm hay những bệnh nhân có nhân di căn ở những vị trí có nguy cơ chảy máu cao như tại dây chằng rộng hay ở eo tử cung.

Ở nghiên cứu này có 87% bệnh nhân có trọng lượng tử cung < 100g, chỉ có 13% bệnh nhân có trọng lượng

tử cung >100g, không có bệnh nhân nào trọng lượng tử cung >200g. Phần lớn bệnh nhân có trọng lượng tử cung thấp do bệnh nhân thường không có nhân di căn tại tử cung hoặc nhân di căn nhỏ. Trọng lượng tử cung ảnh hưởng đến cách lấy bệnh phẩm của chúng tôi nhất là trong những trường hợp tử cung to. 100% bệnh nhân được lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo. Trong nghiên cứu này, chỉ có duy nhất 1 trường hợp chúng tôi phải xẻ nhỏ tử cung để lấy từng phần qua đường âm đạo do trường hợp này là u nguyên bào nuôi kết hợp với u xơ tử cung 5 cm.

- **Về nhân di căn:** Trong nghiên cứu này có 83.3% bệnh nhân không có nhân di căn hoặc nhân di căn ở tử cung thường có kích thước 1-3 cm. Đối tượng của phẫu thuật nội soi cắt TC ở bệnh nhân UNBN là những bệnh nhân có nhân di căn không quá to >3 cm, nhân di căn không ở những vị trí dễ chảy máu và khó kiểm soát như trong dây chằng rộng hay tại eo tử cung. Nhân di căn ở phổi phát hiện bằng chụp X quang phổi hoặc CT scanner [4]. Nhân di căn âm đạo phát hiện được bằng khám lâm sàng. Có 35 trường hợp khác không phát hiện được rõ nhân hoặc nhân ở tử cung, những trường hợp này tử cung vẫn di động được.

- **Về tỷ lệ cắt nội soi tử cung thành công trong nghiên cứu này là 100%. Tỷ lệ này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kinh nghiệm khám hội chẩn, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và phương tiện dụng cụ nội soi cần thiết. Tại khoa phụ ung thư, việc hội chẩn nhiều bác sĩ, mọi ý kiến đóng góp đều được khuyến khích. Cùng với đó, trình độ kỹ thuật phẫu thuật nội soi ngày càng được nâng cao và mở rộng dẫn đến các phẫu thuật khó hơn trong ung thư như phẫu thuật cắt tử cung và vét hạch trong ung thư niêm mạc tử cung hay ung thư cổ tử cung [5][6]. Chúng tôi thấy phẫu thuật nội soi cắt tử cung trong một số trường hợp u nguyên bào nuôi đem lại một số lợi điểm như sau khi so với cắt tử cung đường bụng và đường âm đạo:**

- Không có trường hợp nào phải truyền máu.
- Bệnh nhân tránh được mở bụng theo đường ngang trên vệ dẫn đến đau ít hơn, thời gian phục hồi nhanh hơn, vận động trở lại sớm hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn.
- Tránh được sự phát tán của các tế bào ung thư do di chuyển tử cung ít hơn và cắt động mạch tử cung nhanh hơn. Khi phẫu thuật nội soi, sau khi cắt 2 phần phụ rất nhanh chóng, chúng tôi cắt ngang 2 bó mạch động mạch tử cung. Động tác này giúp làm giảm sự phát tán của các tế bào ung thư, việc này cũng hiệu quả trong trường hợp phải xẻ nhỏ tử cung (morcellation).

- **Về thời gian phẫu thuật** trung bình là 45 ± 17 phút, nhanh nhất là 20 phút, lâu nhất là 90 phút. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, nhưng điều quan trọng là không trường hợp nào phải

chuyển mổ mở. So với một số nghiên cứu cắt tử cung nội soi khác chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật đã được cải thiện nhiều. Theo nghiên cứu của Nguyễn Bá Phê (2013), thời gian phẫu thuật nhanh nhất: 30 phút, lâu nhất: 120 phút, có 54,4% trường hợp thời gian phẫu thuật trên 60-90 phút [7] trong khi tỷ lệ này của Trương Quang Vinh là 19,6%, còn phẫu thuật dưới 60 phút là 43,1%. Tuy nhiên, so với báo cáo của Bộ môn Phụ Sản, đại học Y Dược Huế thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi vẫn nhanh hơn. Thời gian phẫu thuật còn phụ thuộc vào sự thành thạo của phẫu thuật viên và các chỉ định phẫu thuật [7][8].

- **Về kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh lý sau mổ:** Số bệnh nhân ung thư nguyên bào nuôi là lớn nhất. Khi đối chiếu với nồng độ β hCG trước mổ, chúng tôi thấy những bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UVRC thường có β hCG thấp (513, 723 và 1146 mg/dl), điều này phù hợp với những mô tả của Bagshawe về đặc điểm của bệnh nhân UVRC. Trong những trường hợp này bệnh nhân thường không đáp ứng với hóa chất và cắt tử cung là biện pháp điều trị hiệu quả và phù hợp với bệnh nhân UVRC.

- **Về tình trạng vết mổ thành bụng và móm cắt âm đạo, các tai biến:** Khi khám lại bệnh nhân chúng tôi thấy 100% bệnh có các lỗ chọc trocar thành bụng khô, không có biến chứng tụ máu, nhiễm khuẩn. Có 40 % bác sỹ đóng móm cắt âm đạo bằng khâu qua nội soi. 60 % đóng móm cắt âm đạo bằng khâu vết đường dưới. Trong phần lớn trường hợp móm cắt âm đạo không bị tụ máu, nhiễm trùng hay chảy dịch. Trong 1 trường hợp có hiện tượng đọng dịch móm cắt (là trường hợp bị sốt vào ngày thứ 3 sau mổ) đã được tiến hành tách móm cắt âm đạo cho thoát hết dịch và khỏi sốt. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn có 61,4% bệnh nhân khâu móm cắt đường âm đạo, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và đường khâu móm cắt. Tuy nhiên theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên khi khâu móm cắt đường nội soi mép móm cắt sẽ lộn vào trong ổ bụng, điều này giúp cho phẫu thuật viên cầm máu và kiểm tra móm cắt sẽ tốt hơn đồng thời trong thời gian hậu phẫu ít ra dịch âm đạo hơn do đó giảm được các nguy cơ nhiễm trùng móm cắt [9].

Trong số 42 trường hợp mổ nội soi cắt tử cung ở bệnh nhân UNBN có 1 trường hợp tràn khí dưới da đã phát hiện trong mổ được xử trí kịp thời. Có 2 trường hợp viêm móm cắt âm đạo, 1 trường hợp có đọng dịch móm cắt đã được tách móm cắt làm thoát dịch. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp tai biến chảy máu sau mổ, tổn thương niệu quản, bàng quang và tổn thương hệ tiêu hóa nào. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với những nghiên cứu về hiệu quả của cắt tử cung nội soi gần đây [7][8][10]. Những kết quả khả quan và tiến bộ hơn về thời gian phẫu thuật, tỷ lệ tai biến và các chỉ định của phẫu thuật nội soi UNBN nói riêng và phẫu thuật nội soi trong các bệnh lý phụ khoa lành tính và ác tính cho thấy tính hiệu quả của phẫu thuật nội soi ít xâm lấn với kỹ thuật ngày càng hoàn thiện hơn. Tính an toàn, những ưu điểm và tỷ lệ biến chứng ngày càng thấp của phẫu thuật nội soi là nguồn cảm hứng để những nhà phụ khoa vươn đến những đỉnh cao mới trong tương lai.

5. Kết luận:

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật và tỷ lệ tai biến của 42 trường hợp UNBN được chẩn đoán, điều trị cắt tử cung bằng nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 09/2013 đến 03/2014, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Số BN trong độ tuổi sinh đẻ chiếm 90%. Có 83,3% có tử cung lớn hơn bình thường, tương đương tử cung có thai 1 tháng, 2 tháng. Có 83.3% BN không có nhân di căn hoặc nhân di căn ở tử cung thường có kích thước 1-3 cm. Số BN có trọng lượng tử cung từ 100-200g là nhiều nhất (71,4%). Kết quả GPBL sau mổ: 43.9% chứa trứng xâm nhập; 50% ung thư nguyên bào nuôi và 7% u vùng rau cắm.

- Về hiệu quả của phương pháp nội soi cắt tử cung trong bệnh u nguyên bào nuôi: Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 45 ± 17 phút, số BN lưu thông ruột <48 giờ chiếm 97,6%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,5 \pm 0,7$ ngày. Tai biến trong và sau mổ chỉ có 1 trường hợp tràn khí dưới da và 2 trường hợp viêm móm cắt âm đạo.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Bá Quyết, Nguyễn Quốc Tuấn. Đánh giá phẫu thuật nội soi trong phẫu thuật ung thư niêm mạc tử cung tại BVPS TW. Kỷ yếu Hội nghị Sản phụ Khoa Việt Pháp 2009. 2009. Tr:78-80.
2. Kiyomi Suzuka, Hideo Matsui. Adjuvant Hysterectomy in Low-Risk Gestational Trophoblastic Disease. Obstetrics & Gynecology, March 2001; Vol. 97, No. 3.
3. Phan Chí Thành. Nghiên cứu tỉ lệ kháng thuốc và yếu tố liên quan trong điều trị u nguyên bào nuôi bằng Methotrexate và Acid folic tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn BSNT. 2012; tr 71-75.
4. Pisal NV, North C, Tidy JA, Hancock BW. Role of hysterectomy in management of gestational trophoblastic disease. Xith World Congress on Gestational Trophoblastic Disease, Bildiri Kitab. 27-31 Ekim 2001, Santa Fe, A.B.D. 2001.
5. Lê Anh Phương. Phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Khoa Sản Bệnh viện Nhân

dân Gia Định 2009. Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh. 2009; tập 13 (6), tr:248 - 252.

6. Vũ Bá Quyết. Phẫu thuật ung thư niêm mạc tử cung tại Bệnh viện Phụ sản trung ương trong 4 năm (2008-2011), Tạp chí Phụ sản. 2012; Tập 10, Số 2, Tháng 4/2012.

7. Nguyễn Bá Phê. Nghiên cứu cắt tử cung đường nội soi tại khoa phụ ngoại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp Chí phụ Sản. 2013; 11(2), 89—92.

8. Nguyễn Thị Minh Yên. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng. 2011; 108, tập 6, Số đặc biệt, 03/2011 tr. 431-6.

9. Nguyễn Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Phương Tú. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại BVPS TW năm 2010. Tạp chí Phụ Sản. 2010; Tập 09. Số 03/2011 tr. 51-7.