

SURGICAL OUTCOMES OF CESAREAN HYSTERECTOMY DURING AND AFTER DELIVERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Do Tuan Dat^{1,2*}, Nguyen Duy Hung², Dinh Thi Thu Trang³, Phan Thi Huyen Thuong^{1,3}

¹Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ba Dinh Dist, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -
144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau Ward, Cau Giay Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/02/2025

Revised: 05/03/2025; Accepted: 15/04/2025

ABSTRACT

Objective: To analyze the results of cesarean hysterectomy during and after delivery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2019 to December 2023.

Materials and method: A retrospective descriptive cross-sectional study of 276 cases of cesarean hysterectomy during and after delivery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from 2019 to 2023.

Results: The primary method of cesarean hysterectomy was subtotal hysterectomy (97.1%), with the preservation of both adnexa in 98.9% of cases. The average blood loss was 1803 ± 120 ml. A total of 222 cases required blood transfusions, with an average of 2216 ± 2285 ml of blood transfused. The average duration of surgery was 88.1 ± 52.1 minutes. The average length of hospital stay after the hysterectomy was 6.2 ± 2.4 days.

Conclusion: Cesarean hysterectomy during and after delivery is a major surgery with high risks. Obstetric surgeons must always be prepared for a hysterectomy and make early decisions to minimize blood loss and prevent complications.

Keywords: hysterectomy, outcomes, during childbirth, after delivery.

*Corresponding author

Email: drdotatpshn@gmail.com Phone: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2312>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CÁC TRƯỜNG HỢP CẮT TỬ CUNG TRONG VÀ SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt^{1,2*}, Nguyễn Duy Hưng², Đinh Thị Thu Trang³, Phan Thị Huyền Thương^{1,3}

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 La Thành, Q. Ba Đình, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Dịch Vọng Hậu, Q. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/02/2025

Chỉnh sửa ngày: 05/03/2025; Ngày duyệt đăng: 15/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả phẫu thuật cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 276 trường hợp cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ năm 2019 đến năm 2023

Kết quả: Phương pháp cắt tử cung trong và sau đẻ chủ yếu là cắt tử cung bán phần (97,1%), bảo tồn 2 phần phụ (98,9%). Lượng máu mất trung bình là 1803 ± 120 ml. Có tổng cộng 222 ca truyền máu với lượng máu trung bình là 2216 ± 2285 ml. Thời gian các ca mổ trung bình là $88,1 \pm 52,1$ phút. Thời gian nằm viện sau ca mổ đẻ cắt tử cung trung bình là $6,2 \pm 2,4$ ngày.

Kết luận: Cắt tử cung trong và sau đẻ là một phẫu thuật lớn có nguy cơ cao. Phẫu thuật viên sản khoa cần luôn chuẩn bị sẵn sàng cho phẫu thuật cắt tử cung và đưa ra quyết định sớm nhằm giảm thiểu lượng máu mất cũng như ngăn ngừa biến chứng.

Từ khóa: Cắt tử cung, kết quả, trong đẻ, sau đẻ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu trong và sau đẻ là một tình huống cấp cứu đe dọa tính mạng mà cắt tử cung là một trong số những kỹ thuật ngăn ngừa tử vong mẹ trong những trường hợp các kỹ thuật cầm máu không hiệu quả. Cắt tử cung trong và sau đẻ là một phẫu thuật lớn bao gồm cắt tử cung cấp cứu được thực hiện sau khi đẻ đường âm đạo hoặc sau mổ lấy thai và cắt tử cung chủ động trong cuộc mổ lấy thai [1]. Có rất nhiều chỉ định cắt tử cung, trong đó bất thường diện rau bám đang ngày càng nổi trội thay vì đẻ tử cung do tình trạng đẻ mổ tăng lên đáng kể [2]. Do đó, các bác sĩ sản khoa nên nhận thức độ khó của tình huống cấp cứu này và tầm quan trọng của chẩn đoán trước sinh và lên kế hoạch quản lý thai nghén nguy cơ cao. Phẫu thuật viên luôn cần cân nhắc giữa rủi ro và lợi ích để nhanh chóng tiến hành cắt tử cung, kết quả của cuộc phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào đặc điểm từng ca bệnh và phương pháp của phẫu thuật viên. Vì vậy, để đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt tử cung trên lâm sàng nhằm đưa ra những đánh giá khách quan và khuyến nghị hữu ích cho phẫu thuật viên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Kết quả phẫu thuật các trường hợp trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang lấy mẫu hồi cứu trên tất cả các trường hợp cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2019 đến 31/12/2023, đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ dưới đây:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Tất cả các trường hợp mổ cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, bao gồm:

+ Đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai

+ Tuổi thai ở thời điểm đẻ ≥ 22 tuần

+ Thời gian sau đẻ: tính từ khi thai sổ ra khỏi đường âm đạo của mẹ với đẻ thường hoặc

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Bệnh nhân cắt tử cung nhưng không đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ

*Tác giả liên hệ

Email: drdodatpshn@gmail.com Điện thoại: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2312>

Chúng tôi đã tiến hành lấy mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Thực tế, quá trình thu thập hồ sơ bệnh án, chúng tôi đã lấy được 276 trường hợp phù hợp với các tiêu chuẩn như trên.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả và thống kê các biến số liên quan đến kết quả phẫu thuật cắt tử cung trong và sau đẻ bao gồm: phương pháp cắt tử cung – phần phụ, lượng máu mất trước – trong – sau mổ, lượng máu và chế phẩm máu cần truyền, kết quả sơ sinh (cân nặng, Apgar 1 phút, Apgar 5 phút...).

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Từ toàn bộ hồ sơ, bệnh án các sản phụ đã đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 01/01/2019 đến 31/12/2023, chúng tôi đã lọc ra tất cả các sản phụ được cắt tử cung trong và sau đẻ trong thời gian này phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng ở trên. Số liệu của hồ sơ bệnh án điện tử được nhập vào bệnh án nghiên cứu, sau đó được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được biểu diễn dưới bảng và đồ thị thống kê dưới dạng tỷ lệ hoặc tần suất (%) với biến định tính, dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$) đối với biến định lượng. Các kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phương pháp cắt tử cung và hai phần phụ

Biến số		Cắt TC cấp cứu	Cắt TC chủ động	n	Tỷ lệ (%)
Phương pháp cắt TC	Bán phần	83	185	268	97,1
	Hoàn toàn	3	5	8	2,9
Phương pháp cắt phần phụ	Đẻ 2 bên phần phụ	85	18	273	98,9
	Đẻ một bên phần phụ	1	2	3	1,1

Nhận xét: Phương pháp cắt tử cung chủ yếu là cắt tử cung bán phần (97,1%), còn lại là cắt tử cung hoàn toàn (2,9%). Phương pháp cắt phần phụ chủ yếu là giữ 2 bên phần phụ (98,9%).

Bảng 2. Lượng máu mất trước, trong và sau phẫu thuật cắt tử cung

Lượng máu mất (ml)	Đờ TC (38)	RTĐ (9)	RCRL (188)	Vỡ TC (8)	UXTC (28)	Nhiễm khuẩn (3)	Tắc mạch ối (2)	Tổng (276)
<1000	5	3	74	3	26	1	0	112
1000-2000	8	4	67	2	2	1	0	84
≥ 2000	25	2	47	3	0	1	2	80
Lượng máu mất trung bình = 1803 ± 1205 (ml)								

Nhận xét: Lượng máu mất trung bình của các ca mổ là 1803 ± 12105 ml, mất ít nhất là 300ml máu, nhiều nhất là 7500ml máu, trong đó, rau cài răng lược hay gấp nhất (68,1%). Các ca đờ tử cung chủ yếu nằm ở trường hợp mất máu ≥ 2000 ml (65,7%), các ca u xơ tử cung chủ yếu nằm ở trường hợp lượng máu mất < 1000ml (81,2%) và không có ca nào mất ≥ 2000 ml máu. Các ca tắc mạch ối tuy số lượng không nhiều nhưng đều mất ≥ 2000 ml máu (100%).

Bảng 3. Các chế phẩm máu cần truyền

Biến số		Số lượng	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Lượng máu truyền		222	2216 ± 2285	0	11650
Các chế phẩm máu cần truyền trong và sau mổ (ml)	Khối HC	222	1453 ± 1359	250	7000
	Khối TC	36	58 ± 174	240	1200
	Plasma	161	625 ± 743	200	4000
	Tủa 8	45	56 ± 154	100	1100

Nhận xét: Lượng máu truyền trung bình của các ca mổ là 2216 ± 2285 ml, truyền nhiều nhất là 11650ml. Có 222/222 ca cần truyền khối hồng cầu; 36 ca cần truyền khối tiểu cầu; 161 ca cần truyền plasma và 45 ca cần truyền tủa 8.

Bảng 4. Kết quả sơ sinh

	Cắt tử cung trong và sau để cấp cứu (n=86)	Cắt tử cung trong và sau để chủ động (n=190)	Giá trị p
Cân nặng khi sinh (g)	2830 ± 715	2691 ± 440	0,1
Cân nặng sơ sinh trung bình = 2750 ± 532 (g)			
Apga phút thứ 1	7,2 ± 1,6	7,5 ± 0,9	0,07
Apga phút thứ 5	8,2 ± 1,7	8,5 ± 0,9	
Apga phút thứ 1 = 7,4 ± 1,1			
Apga phút thứ 5 = 8,4 ± 1,2			

Nhận xét:

Cân nặng khi sinh của trẻ trung bình là $2750g \pm 532g$. Cân nặng trẻ khi sinh của nhóm mổ cắt tử cung cấp cứu lớn hơn nhóm cắt tử cung chủ động, nhưng không đạt được ý nghĩa thống kê.

Apgar phút thứ 1 trung bình là $7,4 \pm 1,1$ và Apgar phút thứ 5 trung bình là $8,4 \pm 1,2$. Apgar sơ sinh của nhóm cắt tử cung trong và sau để chủ động cao hơn nhóm cắt tử cung cấp cứu, tuy nhiên không đạt được ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp cắt tử cung và phương pháp cắt phần phụ

Nhiều tác giả cho rằng cắt tử cung bán phần giảm thời gian phẫu thuật, giảm số lượng máu cần truyền cũng như các biến chứng trong và sau phẫu thuật hơn so với cắt tử cung toàn phần. Do trong cuộc mổ yêu cầu phải kiểm soát nhanh chóng các nguồn mạch nuôi tử cung để hạn chế mất máu trong cuộc mổ và việc bóc tách gỡ dính các tạng xung quanh nếu có dính vào tử cung, nhất là bàng quang ra khỏi đoạn dưới tử cung thường khó khăn, nhiều khi mất ranh giới nên có nguy cơ cao bị tổn thương.

Kết quả Bảng 1. cho thấy, phương pháp cắt tử cung bán phần có 268 ca chiếm 97,1% trong đó có 185 ca mổ cắt tử cung chủ động, 83 ca mổ cắt cấp cứu. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị

Ngọc Trâm tại giai đoạn 2003-2004 khi tỷ lệ cắt tử cung bán phần là 96,84% nhưng lại cao hơn so với giai đoạn 2013-2014 (77,61%) [3]. Trong nghiên cứu này, có 8 trường hợp thực hiện cắt tử cung toàn phần chiếm 2,9%. Trong đó, 5 ca mổ cắt tử cung chủ động gồm trường hợp cắt cung toàn phần do RCRL mạch máu tăng sinh lan sâu xuống đoạn dưới, 3 trường hợp cắt tử cung cấp cứu do rách phức tạp dọc đoạn dưới tử cung hoặc có khối máu tụ lóc cuống tận túi cùng.

Hai phần phụ chủ yếu được để lại trong quá trình cắt tử cung (273 ca, tỷ lệ 98,9%) gồm 188 ca cắt tử cung chủ động và 8 ca cắt tử cung cấp cứu. Do các sản phụ đều đang trong độ tuổi sinh đẻ, 2 phần phụ để duy trì duy trì nội tiết. Nếu cắt 1 hoặc 2 phần phụ kèm cắt tử cung sẽ dẫn đến tình trạng thiếu hụt nội tiết, suy buồng trứng hoặc mãn kinh sớm, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Nghiên cứu này ghi nhận 3 trường hợp cắt 1 bên phần phụ: 2 ca có đều có u buồng trứng 1 bên, được cắt tử cung chủ động; 1 ca chờ tử cung sau đẻ thường mổ mở bảo tồn tử cung bằng thắt động mạch tử cung 2 bên, sau mổ có khối u tụ vị trí thắt động mạch tử cung phải, lan rộng cả dây chằng rộng, phần phụ phải.

4.2. Lượng máu truyền và các chế phẩm máu truyền cho sản phụ

Theo kết quả bảng 3, có 222 trường hợp phải truyền máu và các chế phẩm từ máu chiếm tỷ lệ 80,4%. Cụ thể có 222 ca truyền khối hồng cầu, 161 ca cần truyền huyết tương tươi đông lạnh (plasma), 36 ca cần truyền tiểu cầu, 45 ca cần bổ sung yếu tố 8 (tủa 8). Lượng máu truyền của từng loại cụ thể như sau:

Lượng máu truyền trung bình là 2216 ± 2285 (ml) với 54 ca không cần phải truyền máu sau mổ cắt tử cung gồm 39 ca mổ cắt chủ động và 15 ca mổ cắt cấp cứu. Đây đa số là các ca có lượng máu mất dưới 700ml, chủ yếu gồm các ca cắt tử cung chủ động do UXTC và RCRL có tăng sinh mạch máu đoạn dưới tử cung ít. Có 3 ca phải truyền máu trong và sau mổ > 10.000 ml chế phẩm máu, trong đó có 1 ca tắc mạch ối gây rối loạn đông máu tổng máu mất 7500ml máu; 1 ca rau cài răng lược mổ bảo tồn tử cung, hậu phẫu 2 giờ kiểm tra tử cung co kém máu chảy từ âm đạo nhiều máu loãng không đông, tiến hành mổ lại cắt tử cung; và 1 ca chờ tử cung sau đẻ thường tiến hành mổ mở lần 1 thắt động mạch tử cung, khâu mũi B-lynch, hậu phẫu 3 giờ âm đạo vẫn ra nhiều máu mổ lại lần 2 cắt tử cung. Đây đều là các ca phức tạp nặng nề, yêu cầu phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm, tiền lượng tốt tình trạng bệnh lý tử cung và kiểm soát chảy máu để đưa ra quyết định bảo tồn tử cung hay không, để đảm bảo tính mạng người mẹ.

Các chế phẩm cần truyền gồm khối hồng cầu truyền trung bình 1453 ± 1359 (ml), chủ yếu lượng khối hồng cầu truyền cho các sản phụ là 1050 ml tương đương 3 đơn vị 350 ml, ca cần truyền ít nhất là 250 ml, nhiều nhất là 7000ml. Lượng khối hồng cầu cần truyền phụ thuộc vào tình trạng chảy máu và mất máu của từng ca cụ thể.

Có 161 ca cần truyền huyết tương tươi đông lạnh, lượng truyền trung bình là 625 ± 743 (ml), chủ yếu truyền 500 ml tương đương 2 đơn vị 250ml, nhiều nhất cần truyền 4000ml, thấp nhất cần truyền 250 ml.

Có 36 ca cần truyền khối tiểu cầu, lượng truyền trung bình là 58 ± 174 (ml), thấp nhất là 200 ml, nhiều nhất là 1200 ml. Số ca cần truyền tủa giàu yếu tố VIII là 45 ca, với lượng trung bình là 56 ± 154 (ml), nhiều nhất cần truyền 1100 ml, ít nhất cần truyền 100ml. Các trường hợp cần truyền tiểu cầu và tủa VIII chủ yếu là các ca mổ có chảy máu không kiểm soát, dẫn đến rối loạn đông máu.

Theo Bảng 3., các chế phẩm máu cần truyền khác cũng có lượng truyền cao hơn ở nhóm cắt cấp cứu. Do trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp mất máu nặng (≥ 2000 ml) trong và sau ca mổ hay gặp nhất là RTĐ, RCRL và đỡ tử cung với 80 ca (chiếm tỷ lệ 29,0%) tương đương số ca cắt tử cung cấp cứu (bảng 2). Đây là các trường hợp đỡ tử cung thứ phát sau đẻ hoặc sau mổ lấy thai, rách vỡ tử cung, tắc mạch ối gây rối loạn đông máu, RTĐ chảy máu nhiều tại diện rau bám sử dụng nhiều biện pháp cầm máu không hiệu quả, RCRL phức tạp, mạch máu tăng sinh nhiều đâm xuyên cả thành tử cung sang bàng quang và các trường hợp có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật lần thứ nhất và phải mở bụng cầm máu lại... Tỷ lệ này cao cũng là do có nhiều trường hợp chỉ định cắt tử cung là khó cho phẫu thuật viên đặc biệt với những trường hợp chưa đủ con. Trong những trường hợp chảy máu do đỡ tử cung, phẫu thuật viên nỗ lực sử dụng mọi biện pháp kết hợp với mục đích cầm máu tuy nhiên không có hiệu quả dẫn đến lượng máu mất nhiều hơn làm số lượng máu cần truyền cũng tăng lên đáng kể khi đó mới quyết định cắt tử cung. Điều này làm tăng tỷ lệ có rối loạn đông máu trong và sau cắt tử cung.

Theo nghiên cứu của Briery CM (2007) đánh giá trong thời gian 5 năm ở Mỹ về cắt tử cung trong và sau đẻ nhận thấy ước tính lượng máu mất khoảng 1963,3 ml ở các trường hợp mổ cắt tử cung chủ động và gần 2600ml ở các trường hợp mổ cấp cứu. Kết quả này thấp hơn so với kết quả chúng tôi thu được [4].

4.3. Kết quả sơ sinh

Bảng 4, cho ta thấy cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 2750 ± 532 (g). Cân nặng khi sinh của nhóm mẹ cắt tử cung cấp cứu cao hơn nhóm cắt tử cung chủ động, nhưng nó không đạt được ý

nghĩa thống kê. Apgar phút thứ 1 trung bình là $7,4 \pm 1,1$ và phút thứ 5 trung bình là $8,4 \pm 1,2$, apgar sơ sinh của nhóm cắt tử cung cấp cứu thấp hơn nhóm cắt tử cung chủ động, nhưng nó không đạt được ý nghĩa thống kê. So với nghiên cứu của Oge T và cộng sự báo cáo năm 2022, thì cân nặng sơ sinh là 3041 ± 1186 g ở nhóm cắt cấp cứu và 2564 ± 491 g ở nhóm cắt chủ động [5].

5. KẾT LUẬN

Cắt tử cung trong và sau đẻ là một cuộc phẫu thuật cấp cứu với nguy cơ cao mất máu số lượng lớn. Phẫu thuật viên sản khoa cần luôn chuẩn bị sẵn sàng cho phẫu thuật cắt tử cung và đưa ra quyết định sớm nhằm giảm thiểu lượng máu mất cũng như ngăn ngừa biến chứng. Can thiệp sớm và áp dụng các kỹ thuật đúng đắn sẽ giúp cải thiện đáng kể kết quả của cuộc phẫu thuật, sản phụ phải truyền máu sau phẫu thuật với số lượng ít hơn cũng như hồi phục nhanh hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Pathiraja PDM, Jayawardane, Evaluation of peripartum hysterectomy in a tertiary care unit and its effect on patients' long-term physical and mental wellbeing: Quest is not over when you save the life. *Obstet Gynecol Int*, 2021.
- [2] Dimitrios Tsolakidis, Dimitrios Zouzoulas, George Pados, Pregnancy-Related Hysterectomy for Peripartum Hemorrhage: A literature narrative review of the diagnosis, management and techniques. *BioMed research international*, 2021.
- [3] Hoàng Thị Ngọc Trâm, Nghiên cứu các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong hai giai đoạn 2003-2004 và 2013-2014. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [4] Briery CM, Rose CH, Hudson WT và cộng sự, Planned vs emergency cesarean hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007;197(2): 154. e1- 154.e
- [5] Oge T, Tokgoz VY, Cakmak Y, Velipasaoglu M. Peripartum Hysterectomy: Is There Any Difference Between Emergency and Planned Surgeries. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2022 Jan;44(1):3-9. doi: 10.1055/s-0041-1736303. Epub 2022 Jan 29. PMID: 35092953; PMCID: PMC9948102.