

INDICATIONS FOR HYSTERECTOMY DURING AND AFTER CHILDBIRTH AND SOME RELATED FACTORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Do Tuan Dat^{1,2*}, Mai Trong Hung¹, 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: 06/03/2025; Accepted: 13/04/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the indications for hysterectomy during and after childbirth and some related factors at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 276 cases of postpartum hysterectomy performed at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from 2019 to 2023.

Results: Over the 5-year study period, there were 276 cases of hysterectomy during and after childbirth. The main cause for hysterectomy was postpartum hemorrhage (98.1%), the most common indications were placenta accreta (68.1%), uterine atony (13.8%), and uterine fibroids (10.1%). The main indications for elective hysterectomy were placenta accreta and uterine fibroids. Emergency hysterectomy was primarily indicated for uterine atony, placenta previa, and uterine rupture. The primary conservative measures before performing hysterectomy during and after childbirth were hemostatic uterotonics (31.2%), uterine control (15.9%), and techniques such as uterine artery ligation and pelvic compression (12.7%), hemostatic sutures at the placental site (7.6%), and B-lynch sutures (4.7%).

Conclusions: Hysterectomy during and after childbirth is a major surgery often performed to manage severe postpartum hemorrhage when conservative measures are ineffective, the most common causes are bleeding, specifically placenta accreta, uterine atony, and uterine fibroids.

Keywords: Indications, hysterectomy, normal delivery, cesarean section.

*Corresponding author

Email: drdotatpshn@gmail.com Phone: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2313>

CÁC CHỈ ĐỊNH CẮT TỬ CUNG TRONG VÀ SAU ĐẸ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt^{1,2*}, Mai Trọng Hưng¹, 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: 06/03/2025; Ngày duyệt đăng: 13/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

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

Kết quả: Trong khoảng thời gian nghiên cứu 5 năm, có 276 trường hợp cắt tử cung trong và sau đẻ. Nhóm nguyên nhân phải cắt tử cung phần lớn là chảy máu sau đẻ (98,1%), trong đó các chỉ định phổ biến nhất là rau cài răng lược (68,1%), đờ tử cung (13,8%) và u xơ tử cung (10,1%). Chỉ định mổ cắt tử cung chủ động chủ yếu là rau cài răng lược và u xơ tử cung. Chỉ định mổ cắt tử cung cấp cứu chủ yếu là đờ tử cung, rau tiền đạo và vỡ tử cung. Các biện pháp bảo tồn trước khi cắt tử cung trong và sau đẻ chủ yếu là thuốc tăng co tử cung, cầm máu (31,2%), kiểm soát tử cung (15,9%), các kỹ thuật chủ yếu thắt động mạch tử cung, hạ vị (12,7%), khâu cầm máu diện rau bám (7,6%), khâu mũi B-lynch (4,7%).

Kết luận: Cắt tử cung trong và sau đẻ là một phẫu thuật lớn thường được thực hiện để xử lý tình trạng chảy máu sau đẻ nghiêm trọng khi các biện pháp bảo tồn không đem lại hiệu quả, trong đó nguyên nhân hay gặp nhất là chảy máu, cụ thể là rau cài răng lược, đờ tử cung và u xơ tử cung.

Từ khóa: Chỉ định, cắt tử cung, đẻ thường, mổ lấy thai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

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. Chảy máu nặng phải cắt tử cung trong và sau đẻ chủ yếu do đờ tử cung và rau cài răng lược [1]. Trong những năm gần đây, Tổ chức Y tế Thế giới đang cố gắng giảm tối đa các tai biến sản khoa, đặc biệt là vấn đề chảy máu trong và sau đẻ. Cùng với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật, chuyên môn của các phẫu thuật viên được nâng cao, các phương tiện hỗ trợ và thuốc mới đã giúp cải thiện hiệu quả điều trị, tăng co hồi tử cung tốt, giảm nhiều tình trạng nhiễm khuẩn..., từ đó làm giảm tỉ lệ cắt tử cung ở một số nguyên nhân cụ thể như đờ tử cung, nhiễm khuẩn hậu sản. Tuy nhiên, do tỉ lệ đẻ mổ và rau cài răng lược ở các thai kỳ sau đẻ mổ trước đó đang tăng lên, nên tỉ lệ toàn cầu của việc cắt tử cung trong và sau đẻ có thể sẽ tăng lên. Các rủi ro và lợi ích của phẫu thuật phải được cân nhắc, nhưng sự chậm trễ quá mức trong

việc thực hiện cắt tử cung có thể góp phần làm tăng tỉ lệ mắc bệnh và tử vong [2].

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là một trong các bệnh viện tuyến cuối của sản phụ khoa, hàng năm tiếp nhận, quản lý thai nghén, điều trị, đỡ đẻ và mổ lấy thai cho hàng chục nghìn sản phụ, trong đó có các trường hợp sản phụ nhập viện trong tình trạng nặng (vỡ tử cung, rau bong non...), các thai kỳ nguy cơ cao (rau cài răng lược, rau tiền đạo...), các trường hợp tai biến ở các tuyến trước chuyển đến, dẫn đến phải cắt tử cung trong và sau đẻ để bảo đảm tính mạng của sản phụ.

Với mục đích tìm hiểu một số chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ và một số yếu tố liên quan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

*Tác giả liên hệ

Email: drdotatpsn@gmail.com Điện thoại: (+84) 988905052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2313>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu trên tất cả các trường hợp được mổ cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 1/1/2019 đến ngày 31/12/2023, đồng thời thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai.

+ Tuổi thai ở thời điểm đẻ ≥ 22 tuần.

- *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.

Thời gian sau đẻ tính từ khi thai sổ ra khỏi đường âm đạo của mẹ với đẻ thường hoặc khi thai ra khỏi buồng tử cung của mẹ với đẻ mổ đến hết 6 tuần sau đẻ.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong quá trình thu thập hồ sơ bệnh án, chúng tôi đã chọn được 276 trường hợp phù hợp với các tiêu chuẩn

như trên.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Thống kê các số liệu liên quan đến tỉ lệ đẻ thường, đẻ mổ, tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ từ năm 2019-2023 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội; các nhóm chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ (chảy máu sau đẻ, nhiễm khuẩn, tắc mạch ối...); tính chất ca mổ cắt tử cung (chủ động, cấp cứu); phương pháp điều trị bảo tồn trước đó; các yếu tố liên quan đến chỉ định (tuổi mẹ, số lần mổ lấy thai, phương pháp đẻ...).

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Thu thập toàn bộ hồ sơ bệnh án các sản phụ đã cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ năm 2019-2023 phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng ở trên và nhập liệu vào bệnh án nghiên cứu. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu được biểu diễn trong bảng và đồ thị thống kê dưới dạng tỉ lệ hoặc tần suất (%) với biến định tính, dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) 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. Tổng số ca đẻ và tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1/2019-12/2023

Năm	2019	2020	2021	2022	2023	Tổng
Đẻ thường	18.821	15.800	14.258	10.131	12.655	71.665
Đẻ mổ	24.888	21.393	19.598	16.546	21.858	104.283
Tổng số ca đẻ	43.709	37.193	33.856	26.677	34.513	175.948
Tổng số ca cắt tử cung trong và sau đẻ	88	66	42	37	43	276
Tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ	0,2%	0,18%	0,12%	0,14%	0,13%	0,16%

Nhận xét: Tổng số ca cắt tử cung trong và sau đẻ trong thời gian nghiên cứu là 276 ca. Tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ trong 5 năm là 0,16%. Tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ từ năm 2019-2023 có xu hướng giảm dần.

Bảng 2. Các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ và tính chất ca mổ (n = 276)

Nhóm chỉ định	Chỉ định cụ thể	Mổ cắt tử cung chủ động	Mổ cắt tử cung cấp cứu	Tổng
Chảy máu sau đẻ	Đờ tử cung	0	38	38 (13,8%)
	Rau tiền đạo	1	8	9 (3,3%)
	Rau cài răng lược	167	21	188 (68,1%)
	Vỡ tử cung	0	8	8 (2,9%)
	U xơ tử cung	21	7	28 (10,1%)
	Cộng	189	82	271 (98,1%)
Nhiễm khuẩn	Nhiễm trùng ối, viêm niêm mạc tử cung, hoại tử tử cung	1	2	3 (1,1%)

Nhóm chỉ định	Chỉ định cụ thể	Mô cắt tử cung chủ động	Mô cắt tử cung cấp cứu	Tổng
Chỉ định khác	Tắc mạch ối	0	2	2 (0,7%)
Tổng		190 (68,8%)	86 (31,2%)	276 (100%)

Nhận xét: Nhóm chỉ định chảy máu sau đẻ chiếm đa số (98,1%), trong đó chỉ định rau cài răng lược chiếm tỉ lệ cao nhất (68,1 %). Mô cắt tử cung chủ động là chủ yếu (190 ca), phần lớn do rau cài răng lược (167 ca), sau đó u xơ tử cung (21 ca). Mô cắt tử cung cấp cứu có 86 ca, phần lớn là do đờ tử cung (38 ca), sau đó là rau cài răng lược (21 ca).

Bảng 3. Các phương pháp bảo tồn đã áp dụng trước khi cắt tử cung (n = 276)

Các phương pháp bảo tồn	Số sản phụ	Tỉ lệ (%)
Các thuốc tăng co tử cung, cầm máu	86	31,2
Kiểm soát tử cung, bóc rau, nạo buồng tử cung	44	15,9
Khâu cầm máu diện rau bám	21	7,6
Đặt bóng chèn	9	3,3
Thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị	35	12,7
Khâu mũi B-lynch	13	4,7
Phương pháp khác	18	6,5

Nhận xét: Các phương pháp bảo tồn phổ biến là dùng các thuốc tăng co tử cung, thuốc cầm máu (31,2%), các phương pháp khác gồm khâu mũi B-lynch, đặt bóng chèn, cắt lọc vùng rau bám, khâu rách, vỡ tử cung, bóc u xơ tử cung chiếm tỉ lệ thấp hơn.

Bảng 4. Tuổi sản phụ trung bình của từng chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ ở nhóm chảy máu

Chỉ định		Tuổi sản phụ	p
Đờ tử cung	Có	36,6 ± 4,56	< 0,05
	Không	34,6 ± 4,70	
Rau tiền đạo	Có	36,9 ± 4,17	> 0,05
	Không	34,8 ± 4,67	
Rau cài răng lược	Có	34,1 ± 4,30	< 0,01
	Không	36,5 ± 5,25	
Vỡ tử cung	Có	33,5 ± 5,50	> 0,05
	Không	34,9 ± 4,71	
U xơ tử cung	Có	38,2 ± 4,92	< 0,01
	Không	34,5 ± 4,55	

Nhận xét: Có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tuổi sản phụ ở nhóm có đờ tử cung, rau cài răng lược và u xơ tử cung.

Bảng 5. Liên quan giữa số lần sinh và số lần mổ lấy thai với chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ

Chỉ định cắt tử cung					
Số lần đẻ		p	Số lần mổ lấy thai		p
< 2 lần	≥ 2 lần		< 2 lần	≥ 2 lần	
Đờ tử cung (n = 38)					
12	26	< 0,05	25	13	< 0,01
Rau tiền đạo (n = 9)					
2	7	> 0,05	4	5	> 0,05
Rau cài răng lược (n = 188)					
42	146	< 0,01	51	137	< 0,01
Vỡ tử cung (n = 8)					
2	6	> 0,05	4	4	> 0,05
U xơ tử cung (n = 28)					
12	16	< 0,05	21	7	< 0,01
Nhiễm trùng (n = 3)					
2	1	> 0,05	2	1	> 0,05
Tắc mạch ối (n = 2)					
1	1	> 0,05	1	1	> 0,05
Tổng					
73 (26,4%)	203 (73,6%)	> 0,05	108 (39,1%)	168 (60,9%)	< 0,01

Nhận xét: Tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ do đờ tử cung, rau cài răng lược hoặc u xơ tử cung ở nhóm có

tiền sử đẻ ≥ 2 lần cao hơn ở nhóm có tiền sử đẻ < 2 lần ($p < 0,01$).

Tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ ở nhóm đã sinh mổ ≥ 2 lần chiếm đa số (60,9%). Chỉ định cắt tử cung do rau cài răng lược ở nhóm đã sinh mổ ≥ 2 lần là nhiều nhất (137 ca).

Bảng 6. Liên quan giữa phương pháp đẻ với chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ

Chỉ định cắt tử cung	Phương pháp đẻ		p
	Đẻ thường	Mổ lấy thai	
Đờ tử cung (n = 38)	14	24	$< 0,01$
Rau tiền đạo (n = 9)	0	9	$< 0,05$
Rau cài răng lược (n = 188)	2	186	$< 0,01$
Vỡ tử cung (n = 8)	3	5	$< 0,05$
U xơ tử cung (n = 28)	3	25	$< 0,01$
Nhiễm trùng (n = 3)	1	2	$> 0,05$
Tắc mạch ối (n = 2)	0	2	$> 0,05$
Tổng	23 (8,3%)	253 (91,7%)	$< 0,01$

Nhận xét: Tỉ lệ cắt tử cung sau mổ lấy thai do đờ tử cung, rau cài răng lược, rau tiền đạo, rách vỡ tử cung, u xơ tử cung cao hơn tỉ lệ cắt tử cung sau đẻ thường của các chỉ định tương ứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ

Trong thời gian 5 năm từ 2019-2023, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có 276 ca cắt tử cung trong và sau đẻ trên tổng số 175.948 ca đẻ, chiếm 0,16%. Tỉ lệ cắt tử cung theo từng năm có sự giảm dần từ 0,20% năm 2019 xuống 0,18% năm 2020; 0,12% năm 2021; 0,14% năm 2022 và 0,13% năm 2023. Theo các nghiên cứu của Pettersen S và Zhang Y, tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ lần lượt là 0,044% và 0,063% [1], [3], thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do các nghiên cứu trên thực hiện ở các nước phát triển có tỉ lệ đẻ thấp; mặt khác, các nước này có sự nghiên cứu từ sớm, phát triển liên tục các kỹ thuật phẫu thuật phức tạp, các kỹ thuật giảm đau tiên tiến cùng với việc sử dụng các thuốc tăng co tử cung, cầm máu mới có tác dụng tốt hơn, nhanh hơn nên đã bảo tồn tử cung được tốt hơn. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Trâm tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, có sự khác nhau giữa 2 giai đoạn: giai đoạn 2003-2004 tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ là 0,71%; đến giai đoạn 2013-2014 tỉ lệ

này giảm xuống còn 0,32% [4], và đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sở dĩ tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Trâm là do thời gian nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Trâm cách đây 10 năm, đến giờ nhiều kỹ thuật bảo tồn tử cung và các loại thuốc tăng co tử cung được phát triển, ứng dụng nhiều trong lâm sàng.

Bên cạnh đó, trong 5 năm nghiên cứu từ 2019-2023, tỉ lệ sản phụ cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có xu hướng giảm qua các năm do số lượng sản phụ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội qua 5 năm cũng giảm từ 43.709 ca năm 2019 xuống 34.517 ca năm 2023, riêng 2 năm 2021 và 2022 có sự giảm đáng kể tổng số ca đẻ, tương ứng là 33.856 ca và 26.677 ca. Đây là 2 năm dịch bệnh COVID-19 lây lan mạnh mẽ dẫn đến các biện pháp cách ly xã hội. Ngoài ra, các kỹ thuật bảo tồn tử cung mới được áp dụng nhiều, đặc biệt phương pháp phẫu thuật bảo tồn tử cung trong bệnh lý rau cài răng lược không có dấu hiệu nghi ngờ xâm lấn được ứng dụng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có tỉ lệ thành công nhất định, dẫn đến số lượng ca mổ cắt tử cung trong và sau đẻ cũng giảm đáng kể từ 88 ca năm 2019 xuống còn 43 ca năm 2023.

4.2. Các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ

Cắt tử cung do nguyên nhân chảy máu sau đẻ có 271 trường hợp, chiếm 98,1%, trong đó có 38 ca đờ tử cung sau đẻ (13,8%), 9 ca do rau tiền đạo (3,3%), 188 ca do rau cài răng lược (68,1%), 8 ca do vỡ tử cung (2,9%) và 28 ca do u xơ tử cung (10,1%). Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào phải cắt tử cung do bệnh lý rối loạn đông máu phát hiện trước đẻ, chỉ có 6 ca biến chứng rối loạn đông máu sau đẻ là hậu quả của mất máu quá nhiều trong đờ tử cung, rau tiền đạo, rau cài răng lược khi cố dùng các biện pháp bảo tồn tử cung nhưng thất bại, dẫn đến phải mổ lại cắt tử cung, nên chúng tôi xếp 6 ca này vào các nguyên nhân gây chảy máu ban đầu.

Cắt tử cung sau đẻ do nguyên nhân nhiễm khuẩn có 3 ca (1,1%). Trường hợp thứ nhất bị nhiễm trùng hoại tử toàn bộ tử cung sau đẻ thường 21 ngày, bệnh nhân bị chảy máu sau đẻ phải thắt động mạch cổ tử cung, tử cung hai bên và khâu mũi B-lynch. Trường hợp thứ hai bị nhiễm trùng ối trên sản phụ thai lần 3, thai lưu 29 tuần, rỉ ối, có tiền sử mổ đẻ cũ 2 lần, phải mổ mở cắt tử cung cả khối. Trường hợp thứ ba bị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ thường 15 ngày, chảy máu không cầm gây sốc mất máu, phải cắt tử cung, kết quả giải phẫu bệnh là viêm nội mạc tử cung. Trong nghiên cứu của Phan Thị Ánh Tuyết tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương giai đoạn 2000-2005, tỉ lệ nhiễm khuẩn phải cắt tử cung chiếm 3,5% tổng số ca cắt tử cung [5], tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể là do ngày nay có sự chăm sóc quản lý thai nghén chặt chẽ hơn, các thai phụ có ý thức chăm sóc thai nghén tốt làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn trước và trong chuyển dạ. Đồng thời với sự phổ biến của các loại kháng sinh mới

phổ rộng hay việc dùng phối hợp các loại kháng sinh khi có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, cũng như kỹ thuật khử khuẩn, vô khuẩn cả dụng cụ phẫu thuật và phòng mổ ngày càng hiện đại hơn với các tiêu chuẩn nghiêm ngặt hơn, quy trình các bước chi tiết hơn, kèm theo chế độ chăm sóc hậu sản, hậu phẫu được chú trọng..., tất cả đều giúp giảm đáng kể nguy cơ bị nhiễm khuẩn trong và sau đẻ, giảm hẳn số ca phải cắt tử cung liên quan đến nhiễm khuẩn.

Cắt tử cung do các nguyên nhân khác chỉ có 2 ca chiếm tỉ lệ 0,7% đều do nguyên nhân tắc mạch ối. 2 trường hợp này đều có biểu hiện giống tắc mạch ối ngay sau bóc rau 1 phút, đó là tím tái, suy hô hấp, huyết áp tụt, trong thời gian hồi sức xuất hiện đông máu nội mạch lan tỏa, được tích cực truyền máu và các chế phẩm đông máu nhưng máu vẫn chảy dờ dọi, phải quyết định cắt tử cung. Trong 2 ca này có 1 ca tiền sử sản khoa nặng nề với 3 lần thai lưu dưới 12 tuần, lần này là thai IVF con so, bị tắc mạch ối. Kết quả cả 2 trường hợp đều được chuyển sang Trung tâm cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai.

Theo nghiên cứu của Wani R.V và cộng sự tại Kuwait (2014), tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ do sự bất thường liên quan đến rau thai chiếm tới 77,4%, do đờ tử cung chiếm 14,5% và do vỡ tử cung chiếm 8,1% [6]; kết quả này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Đa số các nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận rau bám bất thường, đặc biệt là rau cài răng lược là chỉ định thường gặp nhất của cắt tử cung trong và sau đẻ. Tỉ lệ rau cài răng lược của các nghiên cứu là khác nhau, do liên quan chủ yếu đến tỉ lệ sinh mổ tại các nơi đó là khác nhau, vốn là yếu tố nguy cơ chính của rau cài răng lược và một phần liên quan đến quy mô địa điểm nghiên cứu nơi tiếp nhận những trường hợp mổ khó, phức tạp. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Riêng chỉ định do bất thường rau bám gồm rau cài răng lược và rau tiền đạo đã chiếm gần 3/4 tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ do sản phụ có tiền sử ít nhất 1 lần mổ đẻ chiếm tỉ lệ cao (85,9%). Qua đó, chúng tôi thấy rằng, cần hết sức nghiêm ngặt trong chỉ định mổ lấy thai với mục đích hạn chế những nguy cơ do sẹo cũ có thể dẫn tới bị rau tiền đạo, rau cài răng lược ở những lần có thai sau.

Cắt tử cung do đờ tử cung và u xơ tử cung chiếm tỉ lệ khá cao (66/276 ca = 23,9%), cũng là các chỉ định hay gặp trong các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nguyên nhân này thường thuộc các sản phụ trên 35 tuổi và có trên 2 con chiếm tỉ lệ cao, do đó chỉ định cắt tử cung ở nhóm sản phụ này cũng rộng rãi hơn.

Cắt tử cung do vỡ tử cung có tỉ lệ thay đổi tùy theo từng nghiên cứu, phụ thuộc một số yếu tố như điều kiện kinh tế ở từng quốc gia, từng bệnh viện điều trị cụ thể, trình độ chuyên môn của cán bộ y tế, cách xử lý với từng tình huống cụ thể... Với 8 ca cắt tử cung do vỡ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 ca do vỡ phức tạp tại vị trí vết mổ cũ hoặc đoạn dưới tử cung và 3 ca vỡ góc phải tử cung đều trên tiền sử mổ bóc u xơ tử cung vị trí góc phải.

4.3. Tính chất ca mổ cắt tử cung trong và sau đẻ

Trong bảng 2, chúng tôi chia chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ thành 2 nhóm: nhóm cắt tử cung chủ động và nhóm cắt tử cung cấp cứu.

Có 190 ca mổ cắt tử cung chủ động (chiếm 68,8%) với chỉ định cắt tử cung chủ yếu là rau cài răng lược (167 ca) và u xơ tử cung to hoặc đa nhân xơ tử cung (21 ca). Các trường hợp này đều đã được chẩn đoán trong quá trình mang thai, hầu hết đủ con, được hội chẩn trước mổ lấy thai, các ca mổ đều được chuẩn bị sẵn sàng cả về tư tưởng, tâm lý cho gia đình sản phụ, cũng như sẵn sàng cả về nhân lực, vật tư, thuốc men cho ca mổ. Có 1 trường hợp thai lưu, 29 tuần, tiền sử 2 lần đẻ mổ, rỉ ối, có biểu hiện nhiễm trùng thông qua các chỉ số xét nghiệm viêm có tăng, hội chẩn mổ cắt tử cung chủ động kèm khối thai lưu.

Trong 86 ca mổ cắt tử cung cấp cứu (31,2%), gồm có 38 ca do đờ tử cung, 21 ca do rau cài răng lược, 8 ca rau tiền đạo, 8 ca do vỡ tử cung, 7 ca u xơ tử cung, 2 ca do nhiễm khuẩn và 2 ca do tắc mạch ối. Trong 29 trường hợp cắt tử cung cấp cứu vì rau cài răng lược và rau tiền đạo, có những ca quản lý thai nghén trực tiếp tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, có những ca quản lý thai nghén ở tuyến dưới hoặc không phát hiện ra rau cài răng lược, vào viện trong đêm vì chảy máu âm đạo nhiều, phải tiến hành cắt tử cung cấp cứu trong ngay để bảo đảm tính mạng sản phụ. Như vậy, việc theo dõi và quản lý sát sao thai nghén nguy cơ cao là hết sức quan trọng, và các nhận định ca khó phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ khám thai cũng như phẫu thuật viên.

Tỉ lệ cắt tử cung chủ động (68,8%) cao hơn tỉ lệ cắt tử cung cấp cứu (31,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99,99%. Trong đó, tỉ lệ cắt tử cung chủ động do rau cài răng lược, u xơ tử cung cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với cắt tử cung cấp cứu do chỉ định trên với $p < 0,01$. Riêng các ca cắt tử cung do đờ tử cung, rau tiền đạo, vỡ tử cung trong nghiên cứu này có gần 100% là mổ cấp cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi về tính chất ca mổ cắt tử cung tương đương kết quả của Ngô Minh Thắng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2017-2021, với tỉ lệ mổ cắt tử cung chủ động là 64,75%, chủ yếu do rau cài răng lược và tỉ lệ mổ cắt cấp cứu là 35,25% [7].

4.4. Các phương pháp bảo tồn tử cung đã áp dụng trước khi cắt tử cung

Do cắt tử cung là biện pháp cuối cùng có ý nghĩa sống còn trong việc bảo toàn tính mạng cho sản phụ và cũng là phẫu thuật rất lớn, có sự ảnh hưởng rất nhiều đối với chất lượng cuộc sống của sản phụ sau đó, nên trước khi cắt tử cung, các phẫu thuật viên thường đánh giá tình trạng sản phụ, tiền lượng chảy máu để cố gắng bảo tồn tử cung.

Trong số 276 ca mổ cắt tử cung trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 86 ca thuộc nhóm cắt tử cung cấp cứu được áp dụng các phương pháp bảo tồn gồm: dùng các

thuốc tăng co tử cung, thuốc cầm máu (31,2 %); kiểm soát tử cung, bóc rau, nạo buồng tử cung (15,9%); thắt động mạch tử cung, hạ vị (12,7%); khâu cầm máu diện rau bám (7,6 %), khâu mũi B-lynch (4,7%); đặt bóng chèn (3,3%); các phương pháp khác gồm cắt lọc vùng rau bám, khâu rách, vỡ tử, bóc u xơ tử cung (6,5%). Đa số các ca có phối hợp nhiều biện pháp bảo tồn để hạn chế chảy máu trong mổ.

Trong các kỹ thuật bảo tồn thì thắt động mạch tử cung, hạ vị hiện đang là kỹ thuật được sử dụng khá rộng rãi và phổ biến, được nhiều phẫu thuật viên áp dụng trong quá trình xử lý chảy máu sau đẻ thường hoặc đẻ mổ liên quan đến đờ tử cung hoặc rau tiền đạo. Các trường hợp khâu cầm máu diện rau bám chủ yếu trong rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược có bóc rau muốn bảo tồn. Đặt bóng chèn áp dụng cho các trường hợp tổn thương đoạn dưới tử cung sau kiểm soát tử cung. Khâu mũi B-lynch chủ yếu áp dụng trong các trường hợp song thai đờ tử cung, tuy nhiên có một số trường hợp đờ tử cung được đặt bóng chèn không hiệu quả; đây là kỹ thuật tương đối khó, yêu cầu tay nghề và kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong xử trí đờ tử cung chảy máu.

Kỹ thuật kiểm soát tử cung, bóc rau, nạo hút buồng tử cung sau sinh cũng phổ biến và được sử dụng khá nhiều tại khoa đẻ trong xử trí chảy máu sau đẻ, có hiệu quả cao, nhanh và kịp thời. Nhờ vậy đã giúp hạn chế rất nhiều các trường hợp băng huyết trong và sau đẻ, là yếu tố nguy cơ quan trọng của cắt tử cung.

4.5. Liên quan giữa phương pháp đẻ với chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 6), trong 276 ca cắt tử cung trong và sau đẻ, chủ yếu là các sản phụ được mổ lấy thai (253 ca, chiếm 91,3%), còn lại 23 ca đẻ thường (8,3%).

Với 23 ca phải cắt tử cung sau đẻ thường, đa số là do đờ tử cung (14 ca), có 3 ca rách tổn thương đoạn dưới tử cung, 3 ca u xơ tử cung. Đây là những tai biến có thể gặp ở các sản phụ đẻ đường âm đạo, đều được phát hiện ngay sau đẻ với dấu hiệu chảy máu không cầm, đã xử trí cầm máu tích cực nhưng thất bại nên phải chuyển mổ cắt tử cung. Đặc biệt có 2 ca rau cài răng lược, lần này đẻ thường rau không bong nên phải bóc rau nhân tạo; sau bóc rau, máu từ buồng tử cung chảy ra nhiều, dùng các biện pháp bảo tồn không hiệu quả nên phải chuyển mổ mở, quan sát thấy rau cài răng lược ở thân hoặc ở góc đáy tử cung, kết quả giải phẫu bệnh là rau cài răng lược độ 1. Cả 2 trường hợp này khi siêu âm trước đẻ đều không phát hiện bất thường, không có yếu tố nguy cơ như rau tiền đạo hay sẹo mô cũ, cho thấy việc xác định rau cài răng lược là rất khó.

Với 253 ca đẻ mổ, chỉ định cắt tử cung chủ yếu do rau cài răng lược (186 ca), rau tiền đạo (9 ca), u xơ tử cung (25 ca), rách vỡ tử cung (5 ca, gồm 3 ca vỡ trước mổ lấy thai và 2 ca phát hiện vỡ mặt sau tử cung sau mổ lấy thai). Các trường hợp này đa số đều được chẩn đoán trong quá trình mang thai, nên cũng có chuẩn bị trước

để mổ lấy thai chủ động. Ngoài ra, số ca cắt tử cung sau mổ lấy thai do đờ tử cung cũng khá cao (24 ca), trong đó có 6 ca song thai bị đờ tử cung sau lấy thai, chủ yếu bị đờ tử cung thứ phát trong thời gian theo dõi hậu phẫu, có biểu hiện tử cung co kém, âm đạo ra nhiều máu cục, có ca siêu âm phát hiện khối máu tụ lớn ở vị trí thắt động mạch tử cung trước đó, ổ bụng có nhiều dịch, đều phải mổ lại lần hai cắt tử cung. Điều này cho thấy việc tiên lượng nguy cơ chảy máu cho ca đẻ đẻ dự phòng trước hay việc theo dõi sau đẻ dù là đẻ thường hay đẻ mổ đều rất quan trọng để có thể phát hiện sớm các tai biến, bảo đảm an toàn tính mạng sản phụ.

Ngoài ra, bảng 6 cũng cho thấy tỉ lệ cắt tử cung sau đẻ mổ của các chỉ định rau cài răng lược, rau tiền đạo, đờ tử cung, u xơ tử cung vẫn cao hơn tỉ lệ cắt tử cung sau đẻ thường của các chỉ định tương ứng, với độ tin cậy > 95%.

4.6. Các yếu tố nguy cơ của nhóm cắt tử cung trong và sau đẻ

Theo y văn, cắt tử cung trong và sau đẻ thường được chỉ định nhiều nhất trong các trường hợp chảy máu nhiều hoặc có nguy cơ chảy máu không cầm sau đẻ. Một số yếu tố nguy cơ của cắt tử cung trong và sau đẻ đã được Huque S và cộng sự thống kê từ một nghiên cứu thử nghiệm đa trung tâm với 193 bệnh viện ở 21 quốc gia (2018) bao gồm: sản phụ lớn tuổi, bánh rau bám bất thường, sinh nhiều lần, và tiền sử đẻ mổ trước đó hoặc đẻ mổ trong lần mang thai này, trong đó các yếu tố được ghi nhận nhiều nhất là bệnh lý về rau (rau tiền đạo, rau cài răng lược các mức độ) và đẻ mổ hoặc tiền sử đã đẻ mổ, tiền sử đã mổ ở tử cung [2]. Bên cạnh đó cũng ghi nhận nguy cơ cao cắt tử cung sau đẻ ở nhóm sản phụ lớn tuổi.

Theo bảng 4, tuổi sản phụ trung bình của nhóm cắt tử cung do đờ tử cung là $36,6 \pm 4,56$ và tuổi sản phụ trung bình của nhóm có u xơ tử cung là $38,2 \pm 4,92$. Hai nhóm chỉ định này chiếm tỉ lệ cắt tử cung tương đối cao (23,9%) do đây là nhóm sản phụ tuổi cao, đã đẻ con nhiều lần, chất lượng cơ tử cung đã giảm, các bệnh ở sản phụ sẽ tăng, thậm chí u xơ tử cung ở lứa tuổi này nhiều lên, nguy cơ cắt tử cung cao, chỉ định cắt tử cung rộng rãi hơn nên cần tư vấn, tuyên truyền, khuyến khích phụ nữ đẻ đủ con trong độ tuổi sinh sản, dưới 35 tuổi.

Theo bảng 5, số sản phụ có tiền sử từ 2 con trở lên phải cắt tử cung trong và sau đẻ lần này là 203 ca (73,6%), còn lại là sản phụ có < 2 con. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy hơn 95%, trong đó sự khác biệt rõ nhất thuộc nhóm chỉ định cắt tử cung do đờ tử cung, u xơ tử cung và rau cài răng lược, khi số lần đẻ càng nhiều thì tỉ lệ cắt tử cung càng cao.

Cũng theo bảng 5, số sản phụ có mổ đẻ cũ ≥ 2 lần là 168 ca, chiếm 60,9% gần gấp đôi số ca có mổ đẻ cũ < 2 lần (39,1%). Sự khác biệt rõ rệt nhất thể hiện ở nhóm rau cài răng lược có tiền sử mổ đẻ cũ ≥ 2 lần là 137 ca, còn ở nhóm mổ đẻ cũ < 2 lần là 51 ca. Phân tích kỹ hơn, chúng tôi nhận thấy trong số 197 ca chỉ định vì

rau cải răng lược và rau tiền đạo, tỉ lệ cắt tử cung đối với các trường hợp chưa có đẻ mổ là 1%, có tiền sử đẻ mổ < 2 lần là 26%, đẻ mổ 2 lần là 51% và đẻ mổ 3 lần là 22%. Còn trên tổng số 276 ca trong nghiên cứu, tỉ lệ cắt tử cung ở nhóm chưa có tiền sử đẻ mổ là 14,1%, nhóm đã có tiền sử đẻ mổ 1 lần, 2 lần, 3 lần trở lên lần lượt là 24,6%, 43,8%, 17,4%. Kết quả này cho thấy các trường hợp cắt tử cung trong và sau đẻ được chỉ định chủ yếu ở đối tượng đã từng đẻ mổ. Như vậy tiền sử đẻ mổ cũng là một yếu tố nguy cơ cao đối với cắt tử cung trong và sau đẻ.

5. KẾT LUẬN

Tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, tỉ lệ cắt tử cung trong và sau đẻ trong 5 năm (2019-2023) là 0,16%, tỉ lệ này có xu hướng giảm dần từ năm 2019-2023. Nhóm nguyên nhân phải cắt tử cung trong và sau đẻ phần lớn là chảy máu sau đẻ (98,1%), phổ biến nhất là rau cải răng lược (68,1%), đỡ tử cung (13,8%) và u xơ tử cung (10,1%). Chỉ định cắt tử cung chủ động (68,8%) chiếm gấp đôi chỉ định cắt tử cung cấp cứu (31,2%) và chỉ định mổ cắt tử cung chủ động chủ yếu là rau cải răng lược và u xơ tử cung. Chỉ định mổ cắt tử cung cấp cứu chủ yếu là đỡ tử cung, rau tiền đạo và vỡ tử cung. Các biện pháp bảo tồn trước khi cắt tử cung trong và sau đẻ chủ yếu là thuốc tăng co tử cung, cầm máu (31,2%), kiểm soát tử cung (15,9%), các kỹ thuật thi chủ yếu thắt động mạch tử cung, hạ vị (12,7%), khâu cầm máu diện rau bám (7,6%), khâu mũi B-lynch (4,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Pettersen S, Falk R.S, Vangen S, Nyflot L.T, Peripartum hysterectomy due to severe postpartum hemorrhage: A hospital-based study, Acta Obstet Gynecol Scand, 2022, 101, pp. 819-826, doi: 10.1111/aogs.14358.
- [2] Huque S, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, Arulkumaran S, Shakur-Still H, Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the woman trial, BMC Pregnancy Childbirth, 2018, 18: 186, doi: 10.1186/s12884-018-1829-7.
- [3] Zhang Y, Yan J, Han Q, Yang T, Cai L, Fu Y et al, Emergency obstetric hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: a 12-year review, Medicine (Baltimore), 2017, 96: e8443, doi: 10.1097/md.00000000000008443.
- [4] 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 sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [5] Phan Thị Ánh Tuyết, Nhận xét các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 6/2000-6/2005, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2005.
- [6] Wani R.V, Abu-Hudra N.M et al, Emergency peripartum hysterectomy: a 13-year review at a tertiary center in Kuwait, J Obstet Gynaecol India, 2014, 64 (6), pp. 403-408.
- [7] Ngô Minh Thắng, Nhận xét các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung trong và sau sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.