

COMPARISON OF EMERGENCY AND ELECTIVE HYSTERECTOMY OUTCOMES DURING AND AFTER DELIVERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Le Van Dat^{1,2}, Hoang Thi Ngoc Anh³

¹Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital – 929 La Thanh Street, Giang Vo Ward, Hanoi City

²University of Medicine and Pharmacy – Vietnam National University, Hanoi – 144 Xuan Thuy Street, Cau Giay Ward, Hanoi City

³Thai Nguyen Central Hospital – 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen City

Received: 26/03/2026

Revised: 10/04/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate and compare maternal outcomes following emergency and elective hysterectomy performed during or after delivery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital over a five-year period (2019–2023).

Materials and method: This retrospective study comparing two surgical groups included 276 patients who underwent hysterectomy during or after delivery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital between January 1, 2019, and December 31, 2023.

Results: Subtotal hysterectomy accounted for 97.1%. Preservation of both adnexa was observed in 98.9% of cases. The mean blood loss was 1803 ± 1205 ml, and the average blood transfusion was 2216 ± 2285 ml, higher in the emergency hysterectomy group compared to the elective hysterectomy group (2215 ml vs. 1617 ml) ($p < 0.001$). The rate of intraoperative and postoperative complications was 28.6%, including bladder and ureter injuries (14.5%) and ICU admission (12.3%), mainly in cases of uterine atony and placenta accreta. The most common complications in the emergency hysterectomy group were ICU admission and bleeding requiring reoperation, while the only complication in the elective hysterectomy group was bladder and ureter injury. The surgery duration was slightly shorter in the elective hysterectomy group compared to the emergency hysterectomy group (86.1 minutes vs. 92.7 minutes) ($p = 0.33$).

Conclusion: Blood loss and transfusion requirements were significantly higher in the emergency hysterectomy group compared to the elective hysterectomy group. Common complications in elective hysterectomy included bladder and ureter injuries, while in emergency hysterectomy, common complications included reoperation due to intra-abdominal bleeding and ICU treatment. Surgery duration did not differ significantly between the two groups.

Keywords: Elective hysterectomy, emergency hysterectomy, placenta accreta, uterine atony

*Corresponding author

Email: lvdat.hmu@gmail.com Phone: (+84) 376635438 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5331



SO SÁNH KẾT QUẢ CẮT TỬ CUNG CẤP CỨU VÀ CHỦ ĐỘNG TRONG VÀ SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Văn Đạt^{1,2}, Hoàng Thị Ngọc Anh³

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội – 929 đường La Thành, Phường Giảng Võ, thành phố Hà Nội

²Đại học Y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 đường Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, thành phố Hà Nội

³Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên – 479 Lương đường Ngọc Quyển, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên

Ngày nhận bài: 26/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 10/04/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá và so sánh kết quả cắt tử cung trong và sau đẻ giữa hai hình thức phẫu thuật cấp cứu và chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 5 năm, từ 2019 đến 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang trên 276 trường hợp được phẫu thuật cắt tử cung trong và sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2023.

Kết quả: Phẫu thuật cắt tử cung bán phần chiếm tỷ lệ chủ yếu (97,1%), trong khi việc bảo tồn cả hai phần phụ được thực hiện ở 98,9% bệnh nhân. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 1803 ± 1205 ml, và thể tích máu truyền trung bình là 2216 ± 2285 ml. So với nhóm phẫu thuật chủ động, nhóm cắt tử cung cấp cứu có lượng máu mất và nhu cầu truyền máu cao hơn đáng kể (2215 ml so với 1617 ml), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ tai biến trong mổ và sau mổ ghi nhận là 28,6%, trong đó chủ yếu bao gồm tổn thương bàng quang – niệu quản (14,5%) và tình trạng phải nhập hồi sức tích cực (12,3%), thường gặp ở các trường hợp chờ tử cung và rau cài răng lược. Ở nhóm phẫu thuật cấp cứu, biến chứng thường gặp nhất là nhập ICU và chảy máu sau mổ cần can thiệp lại, trong khi nhóm chủ động chỉ ghi nhận tổn thương bàng quang – niệu quản là biến chứng duy nhất.

Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm chủ động ngắn hơn so với nhóm cấp cứu (86,1 phút so với 92,7 phút), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,33$).

Kết luận: Nhóm cắt tử cung cấp cứu có lượng máu mất và nhu cầu truyền các chế phẩm máu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chủ động. Về biến chứng, phẫu thuật chủ động chủ yếu liên quan đến tổn thương bàng quang – niệu quản, trong khi phẫu thuật cấp cứu thường gặp các biến cố nặng hơn như chảy máu cần mổ lại và phải điều trị hồi sức tích cực. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm.

Từ khóa: Cắt tử cung chủ động, cắt tử cung cấp cứu, rau cài răng lược, chờ tử cung

Từ viết tắt: Rau cài răng lược (RCRL), Hồi sức tích cực (ICU), tử cung (TC)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là một biện pháp hiệu quả nhằm kiểm soát chảy máu trong trường hợp các phương pháp bảo tồn không hiệu quả. Tuy nhiên, việc dự đoán trước những tình huống chảy máu khó kiểm soát trong phẫu thuật vẫn còn là một khó khăn đối với phẫu thuật viên. Trên thực tế, chiến lược cắt tử cung chủ động thường chỉ được đặt ra khi đã xác định được nguy cơ chảy máu cao như rau cài răng lược trước mổ.

Ngược lại, nhiều tình huống lâm sàng buộc phải tiến hành cắt tử cung cấp cứu, chẳng hạn như rau cài răng lược chỉ được phát hiện trong phẫu thuật hoặc các trường hợp chờ tử cung không đáp ứng với các biện pháp cầm máu bảo tồn. Hai cách tiếp cận này có thể ảnh hưởng lớn đến kết quả phẫu thuật và tiên lượng của người bệnh.

Do đó, việc so sánh và phân tích sự khác biệt giữa cắt tử cung cấp cứu và cắt tử cung chủ động có vai trò quan trọng, giúp nâng cao khả năng tiên lượng trước mổ, từ đó góp phần giảm thiểu biến chứng và cải thiện kết cục cho sản phụ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với đề tài: “So sánh kết quả cắt tử cung cấp cứu và chủ động 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

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, có so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu và cắt

*Tác giả liên hệ

Email: lvdat.hmu@gmail.com Điện thoại: (+84) 376635438 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5331

tử cung chủ động. Tổng cộng có 276 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, đều được thực hiện cắt tử cung trong và sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong giai đoạn 5 năm từ tháng 01/2019 đến hết tháng 12/2023. Trong số này, 86 bệnh nhân thuộc nhóm phẫu thuật cấp cứu và 190 bệnh nhân thuộc nhóm phẫu thuật chủ động.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bao gồm tất cả các trường hợp được phẫu thuật cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Hình thức sinh bao gồm cả đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai.

Tuổi thai tại thời điểm sinh ≥ 22 tuần.

Khoảng thời gian sau sinh được xác định từ thời điểm thai được sinh ra (đối với đẻ thường) hoặc được lấy ra khỏi buồng tử cung (đối với mổ lấy thai) cho đến hết 6 tuần sau sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp cắt tử cung nhưng không sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Bệnh nhân có thiếu máu trước phẫu thuật hoặc có các yếu tố khác làm gia tăng nhu cầu truyền dịch và chế phẩm máu.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Thực tế, 276 hồ sơ bệnh án phù hợp đã được lựa chọn và đưa vào phân tích.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành thu thập, phân tích và so sánh các biến số giữa hai nhóm phẫu thuật cắt tử cung trong và sau đẻ (cấp cứu và chủ động). Các biến được xem xét bao gồm phương pháp phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thể tích máu và các chế phẩm máu được truyền, tỷ lệ tai biến, phương thức xử trí tai biến cũng như thời gian điều trị.

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

- Số liệu được xử lý và thống kê theo tỷ lệ phần trăm (%)

- Kiểm định so sánh hai nhóm đối với biến định lượng được thực hiện bằng test t-Student hoặc Mann-Whitney tùy theo phân phối số liệu.

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) và so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi cần thiết.

- Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

- Ngoài ra, chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đa biến nhằm kiểm soát một số yếu tố nhiễu như chỉ định mổ, nguyên nhân chảy máu và tình trạng trước mổ khi so sánh hai nhóm

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp trên đối tượng nghiên cứu.

Tất cả thông tin thu thập được đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội phê duyệt.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Chỉ định cắt tử cung

	Chỉ định	n	Tỷ lệ (%)
Cắt tử cung chủ động	Rau cài răng lược	169	61.2%
	U xơ tử cung to, đa UXTC	21	7.6%

	Chỉ định	n	Tỷ lệ (%)
Cắt tử cung cấp cứu	Đờ tử cung	38	13.8%
	Rau cài răng lược	21	7.6%
	Rau tiền đạo	8	2.9%
	Vỡ tử cung	8	2.9%
	U xơ tử cung	7	2.5%
	Nhiễm khuẩn	2	0.7%
	Tắc mạch ối	2	0.7%

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật cắt tử cung và xử trí 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	Đế 2 bên phần phụ	85	188	273	98,9
	Đế 1 bên phần phụ	1	2	3	1,1

Nhận xét: Phương pháp cắt tử cung được sử dụng chủ yếu là cắt tử cung bán phần ở cả hai tình huống (tổng 97,1%). Tuy nhiên tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn khi mổ cấp cứu cao hơn so với cắt tử cung chủ động (3,6% so với 2,7%).

Phương pháp cắt phần phụ đa số là giữ hai bên phần phụ (273 ca, 98,9%), còn lại 3 ca là bị cắt một bên phần phụ.

Bảng 3. Lượng máu mất và truyền giữa mổ cắt TC chủ động và cấp cứu

Các chỉ số	Nhóm cắt TC cấp cứu (n = 86)	Nhóm cắt tử cung chủ động (n = 190)	p
Tổng lượng máu mất trong cuộc mổ (ml)	2215 $\pm$ 1288	1617 $\pm$ 1120	0,000
Tổng lượng máu truyền trong cuộc mổ (ml)	3281 $\pm$ 2834	1735 $\pm$ 1798	0,000
Số ca truyền hồng cầu - n	71 (82,6%)	151 (79,5%)	0,742
Lượng hồng cầu truyền trung bình (ml)	2020 $\pm$ 1659	1197 $\pm$ 1112	0,000
Số ca truyền tiểu cầu - n	23 (26,7%)	23 (12,1%)	0,000
Lượng tiểu cầu truyền trung bình (ml)	130 $\pm$ 261	26 $\pm$ 102	0,000
Số ca truyền huyết tương tươi đông lạnh (ml)	66 (76,7%)	95 (50%)	0,001
Lượng huyết tương tươi đông lạnh truyền trung bình (ml)	1016 $\pm$ 896	449 $\pm$ 586	0,000
Số ca truyền tủa VIII - n	28 (32,6%)	17 (8,9%)	0,000
Lượng tủa VIII truyền trung bình (ml)	116 $\pm$ 211	29 $\pm$ 110	0,000

Nhận xét: Cả hai tình huống cắt tử cung đều cần truyền nhiều chế phẩm máu, trong đó đa số là truyền hồng cầu khối (khoảng 80% ở cả hai nhóm). Tương tự huyết tương tươi đông lạnh cũng được truyền ở đa số các đối tượng, tỷ lệ truyền tiểu cầu và tủa VIII thấp hơn ở cả hai nhóm (khoảng 1/5 trường hợp).

Nhóm cắt tử cung chủ động có nhu cầu truyền các chế phẩm máu ít hơn nhóm cắt tử cung cấp cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. So sánh các tai biến và hướng xử trí tai biến của nhóm mổ chủ động và mổ cấp cứu

Biến số		Cắt tử cung cấp cứu	Cắt tử cung chủ động	p
Tai biến	Tổn thương bàng quang – niệu quản – n (%)	3 (3,5%)	37 (19,5%)	0,00
	Tổn thương ruột – n (%)	1 (1,2%)	0	
	Chảy máu, tụ máu sau cắt tử cung – n (%)	4 (4,7%)	0	
	Mẹ nhập ICU – n (%)	25 (29,1%)	9 (4,7%)	
Hướng xử trí tai biến	Mổ lại xử trí tai biến	4	0	< 0,01
	Chuyển viện điều trị	7	5	

Nhận xét: Các biến cố được phân loại lại bao gồm: biến chứng trong mổ (tổn thương bàng quang – niệu quản, tổn thương ruột), biến chứng sau mổ (chảy máu, tụ máu phải mổ lại), và kết cục nặng (nhập ICU, chuyển viện).

Tỷ lệ biến chứng là khác nhau ở cả hai nhóm, nhóm cắt tử cung chủ động biến chứng chủ yếu là tổn thương bàng quang - niệu quản (37 ca -19,5%), còn nhóm cắt tử cung cấp cứu biến chứng chủ yếu là mẹ nhập ICU (25 ca – 29,1%). 100% biến chứng chảy máu, tụ máu sau mổ cắt TC thuộc nhóm cắt cấp cứu (4 ca).

Hướng xử trí tai biến cũng có sự khác biệt giữa 2 nhóm, nhóm cắt tử cung cấp cứu phải mổ lại 4 ca và chuyển viện điều trị 7 ca, còn nhóm mổ chủ động không có ca nào phải mổ lại và chuyển viện điều trị có 5 ca.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật và thời gian điều trị sau phẫu thuật cắt tử cung

Biến số	Nhóm cắt TC cấp cứu	Nhóm cắt TC chủ động	Giá trị p
Thời gian phẫu thuật (phút)	92,7 ± 64,2	86,1 ± 45,6	0,33
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	88,1 ± 52,1		
Thời gian điều trị sau phẫu thuật (ngày)	6,5 ± 2,5	6,0 ± 2,3	0,08
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình (ngày)	6,2 ± 2,4		

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật và thời gian điều trị sau phẫu thuật của nhóm cắt tử cung cấp cứu cao hơn của nhóm cắt tử cung chủ động.

4. BÀN LUẬN

Trong nhóm cắt tử cung chủ động (chiếm 68,8%), phần lớn là rau cài răng lược và u xơ tử cung. Các trường hợp này phần lớn được chẩn đoán trước sinh, cho phép lập kế hoạch phẫu thuật chủ động, bao gồm hội chẩn đa chuyên khoa, chuẩn bị nhân lực, phương tiện và chế phẩm máu. Ở một số trường hợp nguy cơ cao (rau cài răng lược xâm lấn sâu), can thiệp đặt sonde JJ niệu quản trước mổ được thực hiện nhằm giảm nguy cơ tổn thương niệu quản trong phẫu thuật.

Ngược lại, nhóm cắt tử cung cấp cứu bao gồm nhiều tình huống diễn biến khác nhau như vỡ tử cung, vỡ tử cung, rau tiền đạo hoặc tắc mạch ối. Đây là các tình huống diễn biến nhanh, khó tiên lượng trước và thường kèm theo tình trạng mất máu nặng, dẫn đến nguy cơ biến chứng cao hơn.

Sự khác biệt về bản chất lâm sàng giữa hai nhóm cho thấy việc so sánh trực tiếp các kết cục (lượng máu mất, ICU, mổ lại) cần được diễn giải thận trọng và có điều chỉnh yếu tố nhiễu. Kết quả thể hiện tỷ lệ cắt tử cung chủ động chiếm ưu thế với 68,8%, cao hơn đáng kể so với tỷ lệ cắt tử cung cấp cứu (31,2%), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, mức tin cậy 99,99%. Trong nhóm chỉ định, các trường hợp cắt tử cung chủ động vì rau cài răng lược (RCRL) và u xơ tử

cung (UXTC) cũng chiếm tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cấp cứu ($p < 0,01$). Ngược lại, các trường hợp cắt tử cung liên quan đến vỡ tử cung, rau tiền đạo và vỡ tử cung gần như đều được thực hiện trong bối cảnh cấp cứu.

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Ngô Minh Thắng thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương giai đoạn 2017–2021, trong đó tỷ lệ cắt tử cung chủ động chiếm 64,75%, chủ yếu liên quan đến RCRL, trong khi tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu là 35,25%. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của tác giả Oge T và cộng sự công bố năm 2022, tỷ lệ cắt tử cung chủ động trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (68,8% so với 47%).

5. KẾT LUẬN

Cắt tử cung bán phần chiếm ưu thế trong nghiên cứu (97,1%), và hầu hết các trường hợp đều bảo tồn được hai phần phụ (98,9%). Nhóm phẫu thuật cấp cứu ghi nhận lượng máu mất và nhu cầu truyền máu cao hơn đáng kể so với nhóm chủ động ($p < 0,001$). Biến cố trong và sau mổ xảy ra ở 28,6% bệnh nhân, trong đó tổn thương bàng quang – niệu quản (14,5%) thường liên quan đến rau cài răng lược, còn nhu cầu điều trị hồi sức tích cực (12,3%) chủ yếu gặp ở các trường hợp vỡ tử cung và rau cài răng lược. Nhóm cấp cứu có xu hướng gặp các biến chứng nặng hơn như nhập ICU và chảy máu cần mổ lại, trong khi nhóm chủ động chỉ ghi nhận tổn thương hệ tiết niệu. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện đều ngắn hơn ở nhóm cắt tử cung chủ động so với nhóm cấp cứu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Pathiraja PDM, Jayawardane A, 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 Feb 17;2021:5720264. doi: 10.1155/2021/5720264. PMID: 33679986; PMCID: PMC7906802
- [2] Pettersen S, Falk RS, Vangen S, Nyfløt LT, Peripartum hysterectomy due to severe postpartum hemorrhage: A hospital-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2022;101:819–826. doi: 10.1111/aogs.14358
- [3] D'Arpe S., Franceschetti S. và cộng sự, Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital: a 14-year review. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2015;291 (4), pp. 841-847. doi: 10.1007/s00404-014-3487-y
- [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 sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015. doi: <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2313>
- [5] Karen M. Flood, Soha Said, Michael Geary, Michael Robson, Christopher Fitzpatrick, Fergal D. Malone, Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009; Volume 200, Issue 6: p632. E1 – 632. E6. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.02.001
- [6] Joana Ferreira Carvalho, Adelaide Cubal, Sílvia Torres, Fernanda Costa, Olímpia do Carmo, Emergency Peripartum Hysterectomy: A 10-Year Review. *International Scholarly Research Notices*, 2012;vol. 2012, Article ID 721918, 7 pages, <https://doi.org/10.5402/2012/721918>
- [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.
- [8] 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.