

NHIỄM TRÙNG TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI KÈM BÓC U XƠ - CƠ TỬ CUNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH VÀ TỔNG QUAN CÁC QUAN ĐIỂM BÓC U XƠ - CƠ TỬ CUNG TRONG MỔ LẤY THAI

DƯ PHƯƠNG ANH¹,
NGUYỄN HỒNG HOA², LÊ QUANG THANH¹

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U xơ-cơ tử cung (UXCTC) là một bệnh lành tính của cơ tử cung. Có khoảng 0,1-10,7% phụ nữ mang thai kèm với u xơ-cơ tử cung làm gia tăng nguy cơ kết cục xấu cho mẹ và thai nhi. Chẩn đoán u xơ-cơ tử cung thường được thực hiện trong 3 tháng đầu thai kỳ nhưng chưa có sự thống nhất trong quan điểm điều trị, đặc biệt quan điểm bóc hay không bóc u xơ cơ tử cung trong thai kỳ vẫn luôn được bàn cãi.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng của một trường hợp bóc u xơ-cơ tử cung trong lúc mổ lấy thai (MLT).

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo một ca mổ lấy thai kèm bóc u xơ - cơ tử cung tại Bệnh viện Từ Dũ.

Kết quả: Một phụ nữ 29 tuổi, con so, được mổ bóc u xơ-cơ tử cung trong lúc mổ lấy thai với nhiều u trong cơ và một khối u xơ to nhất kích thước khoảng 70x70 mm nằm ngay đường rạch cơ tử cung. Bệnh nhân không mất máu nhiều trong lúc mổ nhưng vào ngày hậu phẫu thứ 7, bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung và được thực hiện cắt tử cung toàn phần chưa 2 buồng trứng.

Kết luận: Bóc u xơ-cơ tử cung trong mổ lấy thai được xem là cần thiết trong trường hợp khối u nằm tại vị trí đường mổ vào tử cung để lấy thai nhi, tuy nhiên hậu quả có thể là một nhiễm trùng tử cung ngoài nguy cơ chảy máu trong cuộc mổ.

Từ khóa: Nhiễm trùng, mổ lấy thai.

SUMMARY

SURGICAL SITE INFECTIONS AFTER MYOMECTOMY DURING CESAREAN DELIVERY: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW OF MYOMECTOMY DURING CESAREAN DELIVERY

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận: 28/12/2020

Ngày phản biện: 24/01/2021

Ngày duyệt bài: 04/02/2021

Background: The prevalence of the leiomyomas during pregnancy varies from 0.1-10.7%. One of the most controversial issues of obstetrics and gynecology is the presence of known or incidental leiomyomas during pregnancy and how to manage patients with myomas together with pregnancy.

Methods: We reported the outcome of one case performing myomectomy during cesarean section at TU Du hospital after that review new points to support cesarean myomectomy.

Case report: A 29 years old primigravida patient presented with a large lower segment myoma (7 cm) and many smaller myoma at another sites of uterus wall who underwent myomectomy during cesarean section at the term pregnancy. She didn't have intra-operative hemorrhage but she has serious surgical site infection in post-partum complications. Then, she had hysterectomy because of excessive uterus infection.

Conclusions: Seems that there is no absolute contra-indication for myomectomy during cesarean section specially if the surgeon has enough experience and the myoma is large, located at the lower segments.

Keywords: Infections, myomectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ-cơ tử cung là khối u sinh dục thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản với xuất độ 20-40% [1]. Xuất độ của u xơ-cơ tử cung tăng theo tuổi và cao nhất ở khoảng 40 tuổi. Tỷ lệ phụ nữ mang thai có u xơ-cơ tử cung chiếm khoảng 0,1-10,7% thường được phát hiện trong ba tháng đầu thai kỳ [2]. Tùy vào vị trí, số lượng và kích thước mà một số u xơ gây ra những biến chứng ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ như sẩy thai, sinh non, ngôi bất thường, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non [3].

Xử trí khối u xơ-cơ tử cung trong thai kỳ vẫn còn là một vấn đề cần cân nhắc. Những u xơ-cơ

tử cung nằm ở thành trước đoạn dưới tử cung có tiên lượng mổ lấy thai khó hơn u xơ nằm ở các vị trí khác. U xơ-cơ tử cung nằm thấp đoạn dưới có khả năng gây bế sản dịch sau mổ dẫn đến biến chứng viêm nội mạc tử cung nếu không được xử trí kịp thời, do đó có thể cần nhắc bóc u xơ khi mổ lấy thai [2]. Bóc u xơ-cơ tử cung ở vị trí thành trước đoạn dưới tử cung, u xơ-cơ tử cung có cuống, dưới thanh mạc (L5-6-7) trong cuộc mổ lấy thai không liên quan đến các yếu tố bất lợi quanh phẫu thuật và được xem là an toàn [2]. Tuy nhiên, một số bất lợi của việc mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung bao gồm kéo dài thời gian phẫu thuật, tăng tổn thương cơ tử cung, tăng nguy cơ dính cũng được báo cáo [2].

BÁO CÁO CA BỆNH

Một phụ nữ 29 tuổi, PARA 0000, được chỉ định mổ lấy thai vì ngôi mông, ối vỡ, thai 37 tuần 5 ngày/ Mẹ: đa nhân xơ-cơ tử cung.

Tường trình mổ lấy thai: Rạch da bụng theo đường ngang trên vệ, rạch ngang đoạn dưới tử cung bắt bằng chân một bé gái, Apgar 1 phút = 7 và 5 phút = 8, tử cung có rất nhiều u xơ-cơ tử cung và khối u xơ to nhất kích thước khoảng 70x70 mm nằm ngay đường rạch cơ tử cung. Tiến hành bóc u xơ-cơ tử cung ngay đường mổ và khâu cơ tử cung một lớp. Sử dụng Oxytocin và Duratocin để duy trì co cơ tử cung, đề phòng băng huyết. Tổng lượng máu mất sau mổ khoảng 200ml. Hậu phẫu 5 ngày thì bệnh nhân được xuất viện.

Sau xuất viện 2 ngày, bệnh nhân nhập viện trở lại vì có biểu hiện sốt ngày càng tăng. Khám chẩn đoán xác định tình trạng nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung/ hậu phẫu mổ lấy thai ngày 7. Bệnh nhân được chỉ định mổ thám sát tùy tình trạng xử trí. Tường trình phẫu thuật ghi nhận tại vết mổ thành bụng có khoảng 50 ml dịch đục, hôi. Mở phúc mạc vào ổ bụng quan sát thấy tử cung to khoảng thai 18 tuần, có rất nhiều u xơ-cơ tử cung nhỏ, mạc nối lớn viêm dính thành một khối lớn dính chặt vào đáy tử cung, vết mổ cơ tử cung bung hoàn toàn, đầy giả mạc và có khoảng 150 ml dịch mũ đục, rất hôi chảy ra từ vết mổ hở này. Tiến hành gỡ dính, cắt cột cầm máu khối mạc nối viêm dính và cắt tử cung toàn phần chừa 2 buồng trứng. Tổng lượng máu mất khoảng 400ml. Bệnh nhân tiếp tục điều trị kháng sinh phổ rộng, hậu phẫu ổn và được xuất viện sau mổ 7 ngày.

BÀN LUẬN - TỔNG QUAN CÁC QUAN ĐIỂM BÓC UXCTC TRONG LÚC MỔ LẤY THAI

Trong ca bệnh báo cáo trên, thủ thuật bóc

khối u đã không gặp khó khăn và không có chảy máu trong và sau phẫu thuật. Chọn lựa khối u có kích thước lớn nhất (7cm) và ngay vết mổ để thực hiện bóc khối u và không can thiệp các khối u ở vị trí khác trong cơ với kích thước nhỏ hơn. Tình trạng nhiễm trùng tử cung có thể do tình trạng nhiễm trùng kết hợp với vỡ ối non trước mổ lấy thai nhưng có thể do bóc khối u trên nền nhiễm trùng nên cơ tử cung đã không lành tốt dẫn tới nhiễm trùng, bung vết mổ cơ tử cung.

Tỉ lệ mổ lấy thai ở sản phụ có u xơ-cơ tử cung (UXCTC) tăng khoảng 3,5 lần so với sản phụ không có u xơ [4]. Có nhiều quan điểm tranh luận về việc thực hiện mổ lấy thai kèm bóc UXCTC trên sản phụ có UXCTC trong thai kỳ. Hầu hết quan điểm bàn luận đến những nguy cơ tiềm tàng của việc chảy máu nhiều và gia tăng những biến chứng khi thực hiện bóc UXCTC trong khi đang mổ lấy thai [5]. Một quan điểm được đa số mọi người đồng thuận đó là việc bóc UXCTC trong thai kỳ hoặc khi mổ lấy thai trên sản phụ có u không phải là thường quy cho dù kỹ thuật an toàn, khả thi và chỉ thực hiện bóc UXCTC khi cần thiết [6].

Theo nghiên cứu của Rong Zhao và các cộng sự năm 2019 [7] về mổ lấy thai kèm bóc hoặc không bóc u xơ-cơ tử cung đã đưa ra những so sánh về các tính chất của u xơ-cơ tử cung bao gồm kích thước, vị trí, loại, số lượng trên 2 nhóm nghiên cứu. Nhóm 1 là thực hiện mổ lấy thai kèm bóc UXCTC và nhóm 2 là mổ lấy thai không bóc u. Kết quả nghiên cứu (bảng 1 và bảng 2) như sau:

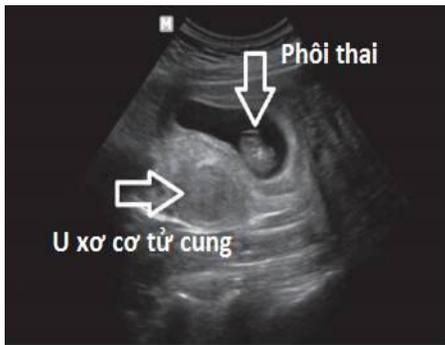
Bảng 1. Các tính chất của UXCTC trên sản phụ MLT

Tính chất	Nhóm MLT kèm bóc UXCTC (n = 2344)	Nhóm MLT không bóc UXCTC (n = 221)	P*
Kích thước			
0 - 2 cm	1021 (43,6%)	95 (43%)	0,870
2 - 5 cm	1009 (43%)	101 (45,7%)	0,446
> 5 cm	314 (13,4%)	25 (11,3%)	0,382
Vị trí			
Thân tử cung	2210 (94,3%)	204 (92,3%)	0,233
Đoạn dưới	110 (4,7%)	9 (4,1%)	0,675
Cổ tử cung	24 (1%)	103 (46,6%)	0,001
Loại			
Thanh mạc	1537 (65,6%)	109 (49,3%)	0,0001
Niêm mạc	48 (2%)	9 (4,1%)	0,051
Trong cơ	759 (32,4%)	103 (46,6%)	0,0001
Số lượng			
Đơn	1682 (71,8%)	169 (76,5%)	
Đa	662 (28,2%)	52 (23,5%)	

Về kích thước, trong nhóm 1, UXCTC có kích thước < 2cm chiếm đa số (43,6%), tiếp đó là 2-

5cm (43%) và cuối cùng là > 5cm (13,4%). Trong khi đó ở nhóm 2, kích thước u 2-5 cm chiếm nhiều nhất khoảng 45,7%, kể đến < 2 cm (43%) và > 5 cm (11,3%).

Về vị trí, ở cả 2 nhóm UXCTC ở vị trí thân tử cung có tỉ lệ cao nhất (94,3% và 92,3%) so với 2 vị trí ở đoạn dưới tử cung (4,7% và 4,1%) và cổ tử cung (1% và 3,6%).



Hình 1. Hình ảnh siêu âm thai sớm trên sản phụ có UXCTC

Bảng 2. Kết cục thai kỳ của UXCTC trên sản phụ MLT

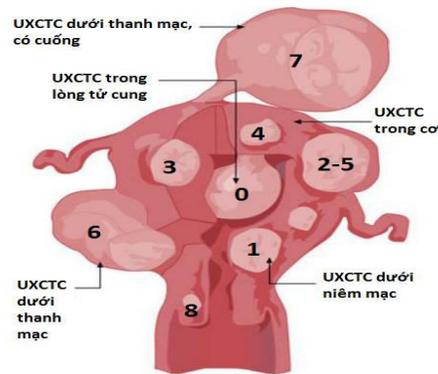
Kết cục	Nhóm MLT kèm bóc UXCTC (n = 2344)	Nhóm MLT không bóc UXCTC (n = 221)	P*
Lượng máu mất trung bình (ml)	835 ± 42,3	758 ± 52,3	0,477
Số ca truyền máu	20 (0,9%)	4 (2,1%)	0,127
Số ca thai suy	150 (6,4%)	16 (7,2%)	0,627
Apgar < 7 ở 1 phút	46 (1,9%)	4 (1,8%)	0,859
Apgar < 7 ở 5 phút	13 (0,6%)	3 (1,4%)	0,156
Apgar < 7 ở 10 phút	9 (0,4%)	1 (0,5%)	0,954
Cân nặng trẻ sơ sinh (g)	3238 ± 593,9	3241 ± 578,1	0,133

So sánh về lượng máu mất sau mổ lấy thai trên sản phụ có UXCTC, ở nhóm có bóc u xơ là 835±42,3ml, trong khi lượng máu mất ở nhóm chỉ mổ lấy thai là 758±52,3ml.

Về lượng máu cần truyền trong cả 2 nhóm thì nghiên cứu thấy không có khác biệt.

Khi so sánh về tình trạng thai và kết cục trẻ sơ sinh ở cả 2 nhóm thì nhóm nghiên cứu của Zhao cho thấy không có sự khác biệt quá đáng kể bao gồm tình trạng thai suy, tình trạng sức khỏe trẻ sơ sinh và cân nặng trẻ sơ sinh. Một vấn đề được đặt ra là mổ lấy thai kèm bóc UXCTC có an toàn hay không? Câu hỏi này rất được nhiều bác sĩ, sản phụ và gia đình quan tâm. Quan điểm trước đây là không xử trí gì trên UXCTC trong mổ lấy thai vì những nguy cơ và

Về số lượng UXCTC thì không có sự khác biệt đáng kể khi so sánh giữa 2 nhóm trên. Về loại UXCTC, tỉ lệ u ở thanh mạc cao hơn đáng kể trong nhóm mổ lấy thai kèm bóc u so với nhóm chỉ mổ lấy thai (65,6% so với 49,3%). Tuy vậy, tỉ lệ u trong cơ ở nhóm mổ lấy thai kèm bóc u xơ lại thấp hơn so với nhóm chỉ mổ lấy thai (32,4% so với 46,6%).



Hình 2. Phân bố UXCTC tùy vào vị trí xuất hiện

biến chứng phẫu thuật. Ngày nay, có rất nhiều nghiên cứu và báo cáo về độ an toàn và tính khả thi khi thực hiện phương pháp mổ lấy thai kèm bóc UXCTC.

Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện tại thành phố Dhaka, Bangladesh, từ năm 2006 đến năm 2015 bởi Hosne Ara Baby và cộng sự về tính an toàn và khả thi của mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung [8]. Tổng cộng có 45 trường hợp mổ lấy thai kèm bóc u xơ. Câu hỏi nghiên cứu bao gồm: khó khăn của việc mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung, thời gian phẫu thuật, biến chứng trong và sau phẫu thuật, lượng máu cần truyền và thời gian nằm viện (kết quả trình bày trong bảng 3). Trong nghiên cứu này, 29 sản phụ (64,4%) ở độ tuổi 26-35, 30 sản phụ (66,7%) mang thai lần đầu, 37 sản phụ (82%) mang thai đủ tháng. Có 25 sản phụ (55,6%) có đa UXCTC. Vị trí UXCTC đa số xuất hiện ở thân tử cung (82,2%) và trong cơ tử cung (75,6%). Và 30 sản phụ (66,7%) còn lại có UXCTC < 5cm. Trong 42 trường hợp (93,3%) bóc UXCTC được thực hiện sau khi mổ lấy thai. Các UXCTC đều được bóc trong lúc mổ lấy thai, không có trường hợp nào để lại u. 36 trường hợp (80%) mổ lấy thai kèm bóc u hoàn thành trong vòng 1 giờ. 37 ca (82,2%) không cần truyền máu và 38 ca (84,4%) không biến chứng hậu phẫu. 41 ca (90,1%) được xuất viện trong vòng 72 giờ sau mổ. Kết luận của nghiên cứu của Hosne Ara Baby và cộng sự cho thấy rằng mổ lấy thai kèm

bóc UXCTC là phương pháp mổ an toàn và khả thi ở hầu hết các trường hợp. Tuy nhiên, cần phải thực hiện một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trước khi đưa ra kết luận việc mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung để thay đổi quan niệm trước đây là không nên xử trí gì trên u xơ-cơ tử cung trong khi mổ lấy thai [8].

Bảng 3. Kết cục mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung

Kết cục	n	%
Khả năng bóc được UXCTC		
+ Thành công	45	100
+ Không thành công	0	0
Thời gian phẫu thuật (phút)		
+ < 45	10	22,2
+ 45- <60	26	57,8
+ 60-90	9	20
Lượng máu cần truyền: + Có	8	17,8
+ Không	37	82,2
Biến chứng hậu phẫu		
+ Sốt	6	13,33
+ Nhiễm trùng vết mổ	1	2,2
+ Không biến chứng	38	84,4
Thời gian hậu phẫu nằm viện (giờ)		
+ 48-72	41	91,11
+ >72	4	8,9

Một nghiên cứu khác vào năm 2014 của Dam Hye Kwon và cộng sự cũng đánh giá độ an toàn trong phẫu thuật mổ lấy thai kèm bóc UXCTC đối với những u to có kích thước > 5cm [9]. Tổng cộng có 161 ca mổ lấy thai trên sản phụ có u xơ-cơ tử cung được thu thập số liệu và được chia thành 2 nhóm nghiên cứu bao gồm 65 ca mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung và 96 ca chỉ mổ lấy thai. Kết quả cho thấy không có khác biệt nào đáng kể về những đặc tính sản phụ, cân nặng trẻ sơ sinh, loại u xơ-cơ tử cung và những biến chứng hậu phẫu thuật giữa 2 nhóm này (bảng 4).

Bảng 4. So sánh biến chứng hậu phẫu giữa MLT kèm bóc UXCTC và MLT không bóc UXCTC

Kết cục	MLT kèm bóc UXCTC (n = 65)	MLT không bóc UXCTC (n = 96)	P
Thời gian phẫu thuật (p)	91,9 ± 21,5	60,0 ± 18,8	0,02*
Nồng độ Hb trước phẫu thuật (g/dl)	11,6 ± 1,3	12,1 ± 1,2	0,032
Nồng độ Hb sau phẫu thuật (g/dl)	10,3 ± 1,7	10,6 ± 1,5	0,65
Sốt hậu phẫu (> 38°C)	14 (21,5)	18 (18,7)	0,66
Số ca cần truyền máu	13 (20)	12 (12,5)	0,19
Thời gian nằm viện (ngày)	5,1 ± 1,4	5,0 ± 1,7	0,13

Hơn nữa, nghiên cứu của Dam Hye Kwon và cs trên 2 nhóm nhỏ: mổ lấy thai kèm bóc UXCTC có kích thước ≤ 5cm và mổ lấy thai kèm bóc UXCTC có kích thước >5cm kết quả cũng chỉ ra rằng không có khác biệt nào đáng kể ở nồng độ hemoglobin (1,2 mg/dl so với 1,3mg/dl), thời gian phẫu thuật (90,5 phút so với 93,1 phút) và thời gian nằm viện (4,7 ngày so với 5,2 ngày) [9] (bảng 5).

Bảng 5. So sánh biến chứng hậu phẫu MLT kèm bóc UXCTC có kích thước ≤ 5cm hoặc > 5cm

Kết cục	MLT kèm bóc UXCTC ≤ 5 cm (n = 30)	MLT kèm bóc UXCTC > 5cm (n = 35)	P
Thời gian PT (p)	90,5 ± 22,5	93,1 ± 21,2	0,46
Nồng độ Hb trước PT (g/dl)	11,6 ± 1,5	11,6 ± 1,1	0,14
Nồng độ Hb sau PT (g/dl)	10,4 ± 1,8	10,2 ± 1,6	0,49
Sốt hậu phẫu (>38°C)	8 (26,6)	6 (17,1)	0,35
Số ca cần truyền máu	6 (20)	7 (20)	1,0
Thời gian nằm viện (ngày)	5,0 ± 0,5	5,2 ± 1,9	0,15

Một nghiên cứu của Alper Baflbug và cộng sự từ năm 2015 đến 2018, đánh giá liên quan những biến chứng trong và sau phẫu thuật mổ lấy thai trên 280 sản phụ có UXCTC thai kỳ, trong đó 45 trường hợp mổ lấy thai kèm bóc UXCTC và 235 trường hợp chỉ thực hiện mổ lấy thai [10]. Ở nhóm mổ lấy thai kèm bóc u xơ thì thời gian phẫu thuật dài hơn so với nhóm mổ lấy thai không bóc u (49,5 phút so với 44,3 phút). So sánh về chỉ số hồng cầu sau mổ, biến chứng trong và sau phẫu thuật thì không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (bảng 6). Nghiên cứu này cũng đề cập đến những lợi ích của việc bóc UXCTC trong lúc mổ lấy thai như sau: khi mổ lấy thai kèm bóc u thì đường rạch trên cơ tử cung để bóc u xơ sẽ nhỏ hơn đường rạch trên cơ tử cung khi bóc u xơ ở phụ nữ không mang thai, do dễ xác định mặt phẳng cắt khi bóc u xơ. Hơn nữa, do sự tăng tính co hồi ở tử cung khi mang thai, việc khâu cơ tử cung sẽ dễ dàng hơn và ít tổn thương những mô xung quanh, cùng lúc đó sự co hồi tử cung sau sinh sẽ góp phần làm giảm tỉ lệ băng huyết sau sinh. Mổ lấy thai kèm bóc UXCTC là hai phương pháp phẫu thuật khác nhau đều thực hiện cùng một cuộc mổ, điều này giảm nguy cơ phải mổ lần sau đồng thời làm giảm chi phí phẫu thuật. Nghiên cứu chỉ ra rằng 40% những ca mổ lấy

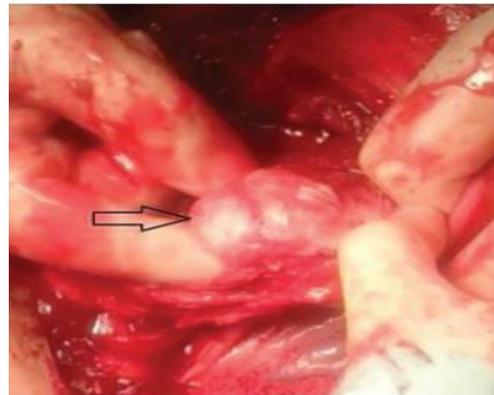
thai không bóc UXCTC sẽ phải mổ sau đó trong vòng từ 6 đến 38 tháng để bóc u.

Bảng 6. Kết cục các trường hợp MLT kèm bóc và không bóc UXCTC trong và sau phẫu thuật

Kết cục	MLT kèm bóc UXCTC (n = 45)	MLT không bóc UXCTC (n = 235)	P
Thời gian phẫu thuật (phút)	49,53 ±13,63	44,31 ±9,72	0,002*
Nồng độ Hb trước PT (g/dl)	11,22 ±1,64	11,72 ±1,07	0,056
Nồng độ Hb sau PT (g/dl)	10,05 ±1,17	10,17 ±1,35	0,548
Đờ tử cung	3 (6,7%)	7 (3,0%)	0,222
Mổ lại	0	0	
Tổn thương cơ quan khác trong ổ bụng	0	0	
Biến chứng mạch máu lớn	0	0	
Thời gian nằm viện (giờ)	37,54 ± 10,02	36,26 ± 10,96	0,439

kèm bóc UXCTC cũng được kể đến như tăng thời gian phẫu thuật, tăng tổn thương cơ tử cung, tăng nguy cơ dính. Vì vậy, kỹ thuật bóc UXCTC qua lớp niêm mạc tử cung thường được áp dụng để làm giảm những bất lợi này so với kỹ thuật bóc u xơ-cơ tử cung truyền thống. Chảy máu trong phẫu thuật là biến chứng thường gặp nhất trong mổ lấy thai kèm bóc UXCTC. Do đó, một số cách thường áp dụng để giảm lượng máu mất như thuốc co mạch, thuốc co hồi tử cung, thắt động mạch tử cung hai bên, các biện pháp cơ học để giúp tử cung co hồi tốt. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ 6,7% ca mổ lấy thai kèm bóc u xơ phải truyền máu khi phẫu thuật. Kết luận của nghiên cứu chỉ ra rằng, trong mổ lấy thai kèm bóc UXCTC thì không liên quan đến tỉ lệ tăng truyền máu, băng huyết sau sanh hoặc những biến chứng trong và sau phẫu thuật. Chỉ có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật so với nhóm mổ lấy thai không bóc u. Phương pháp mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm sẽ là một phương pháp mổ an toàn.

Tuy nhiên, một số bất lợi của việc mổ lấy thai



Hình 3: Bóc u xơ tử cung sau rạch qua lớp niêm mạc - cơ tử cung

Một nghiên cứu Obasuyi B. and Johnson U đã so sánh về lượng máu mất trong mổ lấy thai kèm bóc UXCTC và mổ lấy thai không bóc u [11]. Nghiên cứu này hồi cứu trên 24 trường hợp mổ lấy thai trên sản phụ có u xơ - cơ tử cung từ năm 2011 đến năm 2012 tại Nigeria. Nhóm đối chứng là mổ lấy thai không bóc UXCTC và nhóm nghiên cứu là mổ lấy thai kèm bóc u. Dữ liệu thu thập bao gồm lượng máu mất trong phẫu thuật, lượng máu truyền trong phẫu thuật và thay đổi thể tích hồng cầu đặc (packed cell volume hoặc hematocrit) (bảng 7).

Bảng 7. Số liệu trong phẫu thuật giữa 2 có và không bóc UXCTC trong MLT

	Nhóm nghiên cứu (n = 24)	Nhóm đối chứng (n = 24)	P	95% CI
Tuổi (năm)	31,3±3,9	30,9±3,4	0,72	-1,77 - 2,52
Thời gian phẫu thuật (phút)	57,2 ± 23,5	33,7 ± 13,9	0,0001	12,16 - 34,58
Lượng máu mất (ml)	670,8 ± 227,9	575,0 ± 226,5	0,15	-36,18 - 227,85
Số ca cần truyền máu	0 (0,0%)	2 (8,3%)	0,14	-0,24-0,07
Số ca cắt tử cung	0	0		

Nhóm nghiên cứu: Mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung,

Nhóm đối chứng: Mổ lấy thai không bóc u xơ-cơ tử cung. (CI: Confidence interval)

Kết quả cho thấy không có sự khác biệt thống kê ở ước lượng máu mất trong phẫu thuật giữa nhóm nghiên cứu (670,8 ± 227,9 ml) so với nhóm đối chứng (575,0 ± 226,5 ml). Tuy nhiên lại có sự thay đổi đáng kể mang ý nghĩa thống kê trong thay đổi thể tích hồng cầu đặc, nhóm nghiên cứu là (7,5% ± 3,4%) so nhóm đối chứng là (5,2% ± 2,9%) cùng tỉ lệ cao hơn của thiếu máu hậu phẫu được báo cáo với nhóm nghiên cứu (bảng 8) [11].

Bảng 8. Số liệu hậu phẫu về bóc u xơ cơ tử cung trong MLT

	Nhóm nghiên cứu (n = 24) (%)	Nhóm đối chứng (n = 24) (%)	P	95% CI
Thay đổi V hồng cầu đặc (PCV)(%)	7,5 ± 3,4	5,2 ± 2,9	0,023	0,31-4,02
Tỉ lệ thiếu máu hậu phẫu	19/24 (79,2)	12/24 (50,0)	0,035	0,01-0,59
Thời gian nằm viện HP (ngày)	4,7 ± 2,5	4,0 ± 1,9	0,31	0,66-1,99
Số ca nhiễm trùng vết mổ	1	0		
Số ca tử vong	0	0		

Kết luận mổ lấy thai kèm bóc UXCTC sẽ liên quan đến việc tăng đáng kể lượng máu mất trong phẫu thuật, điều mà thường bị đánh giá không đúng mức dẫn đến truyền máu không đủ và thiếu máu cùng với các biến chứng của nó. Tuy nhiên, không gia tăng đáng kể lượng máu cần truyền trong mổ lấy thai kèm bóc u xơ-cơ tử cung so với không bóc u.

KẾT LUẬN

Bóc u xơ-cơ tử cung trong lúc mổ lấy thai được thực hiện khi thật sự cần thiết vì ngoài kiểm soát nguy cơ chảy máu, thời gian mổ kéo dài, chúng ta cần phải kiểm soát nguy cơ nhiễm trùng tử cung sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2006). Myomas and reproductive function. *Fertility and sterility*. 86(5 Suppl 1): S194.
2. Laughlin S.K., Donna B. (2009). Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound screening study. *Obstetrics and gynecology*. 113(3): 630.
3. Sampat K, Alleemudder D.I (2008). Fibroids in pregnancy: management and outcomes. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 20(3): 187-195.
4. Klatsky P.C, Nam D Tran (2008). Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *American*

journal of obstetrics and gynecology. 198(4): p. 357-366.

5. Park B.J, Kim Y.W (2009). Safety of cesarean myomectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 35(5): 906-911.

6. Vitale S.G, Padula F, and Gulino F.A (2015). Management of uterine fibroids in pregnancy: recent trends. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 27(6): 432-437.

7. Zhao R., Xin W (2019). Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. *BioMed research international*. Volume 2019.

8. Baby H.A, Mariya E (2015). Myomectomy during caesarean section: safety and feasibility of the procedure. *Bangladesh Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 30(1): 10-14.

9. Kwon D H, Ji E S (2014). The safety of cesarean myomectomy in women with large myomas. *Obstetrics & gynecology science*. 57(5): 367-372.

10. Alper Basbug, Esma Yildirim, Ali Yavuzcan et al (2018). Myomectomy during cesarean section: is it a safe procedure? *Perinatal Journal*. 26(3): 112-116.

11. Obasuyi B. and Johnson U (2018). A comparative study of blood loss during caesarean myomectomy and caesarean section. *Port Harcourt Medical Journal*. 12: 1-33.

ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH CÂY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN

NGUYỄN KIM NGÂN¹, PHẠM THỊ HỒNG THỊ²
Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Kim Ngân
Email: kimnganq3a@gmail.com
Ngày nhận: 19/01/2021
Ngày phản biện: 04/02/2021
Ngày duyệt bài: 25/02/2021

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tạo nhịp tim là sử dụng một thiết bị tạo nhịp phát xung điện 1 chiều có chu kỳ, thông qua dây điện cực kích thích trực tiếp cơ tim, làm cho cơ tim co bóp theo chu kỳ đó.