KHẢO SÁT TÍNH AN TOÀN VÀ KHẢ THI CỦA BÓC U XƠ TỬ CUNG TO TRONG KHI MỔ LẤY THAI

Lê Thị Thu Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: *U xơ tử cung (UXTC) trong thai kỳ kèm tăng nguy cơ mổ lấy thai (MLT). Bóc u xơ tử cung to trong khi mổ lấy thai là nguồn gốc của nhiều tranh luận và là chống chỉ định tương đôi trong nhiều năm. Tuy nhiên, gần đây một số tác giả đã khuyên nên thực hiện thường qui bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai. Mục đích nghiên cứu là xác định phẫu thuật bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai có làm tăng tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ hay không.*

Phương pháp nghiên cứu: *Bệnh chứng. 44 phụ nữ có u xơ tử cung to trong thai kỳ được bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2015 được so sánh với 88 thai phụ không có u xơ tử cung được mổ lấy thai trong cùng khoảng thời gian. Bóc u xơ tử cung được thực hiện trong khi mổ lấy thai. Kiểm soát chảy máu bằng cách ga rô đáy dây chằng rộng, thắt động mạch tử cung hai bên và truyền oxytocin. Phân tích các dữ liệu: tuổi mẹ, số lần sinh, tuổi thai, nồng độ hemoglobin trước mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, lượng máu truyền, kích thước và trọng lượng u xơ tử cung được bóc, thời gian nằm viện sau mổ, những biến chứng như: cắt tử cung, tổn thương đường niệu, suy đa cơ quan, rối loạn đông máu, nhiễm trùng.*

Kết quả: *Lượng máu mất trung bình ở nhóm MLT và bóc UXTC là 653ml (biến thiên từ 300 – 1000ml) so với 350ml (biến thiên từ 200- 750ml)ở nhóm chứng (OR 1,4; 95% CI 1,16- 1,9). Thời gian mổ trung bình ở nhóm MLT có bóc UXTC là 68 phút, so với 41 phút ở nhóm chứng (OR 1,5; 95% CI 1,3 – 2,1). Không có sự khác biệt giữa lượng máu truyền và thời gian nằm viện sau mổ giữa 2 nhóm. Không có bất cứ biến chứng nào ở trong cả 2 nhóm.*

Kết luận: *Nghiên cứu cho thấy bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai là an toàn và khả thi, tuy nhiên cần chọn lọc bệnh nhân thích hợp, thực hiện kỹ thuật cầm máu tốt và tư vấn trước mổ.*

Từ khóa: *U xơ tử cung, Bóc U xơ tử cung, Mổ lấy thai, Xuất huyết.*

ABSTRACT

MYOMECTOMY DURING CESAREAN SECTION: A SAFE AND FEASIBILITYPROCEDURE?

Le Thi Thu Ha* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 334 - 339

Objective(s): *Large uterine fibroids in pregnancy are associated with a significantly higher risk for cesarean section (CS). Cesarean myomectomy (CM), i.e. myomectomy during cesarean section, has been the source of much debate and was considered relatively contraindicated for many years. However, some authors advise to perform routine myomectomy during CS. The aim of the study is to determine whether myomectomy at the time of caesarean section leads to increase incidence of intrapartum and postpartum complications.*

Methods: *Case – control study. Forty-four women, with large uterine fibroids in pregnancy who were treated by caesarean myomectomy between January 2013 and September 2015, were compared with eighty - eight women, without uterine fibroids who had caesarean section during the same period. Myomectomy for all types of myoma was performed at caesarean section after the delivery of the baby. Hemorrhage was controlled with the application of tourniquet at the base of the broad ligament, bilateral ascending uterine artery ligation and oxytocin infusion. The cases and control were analyzed for age of the patient, parity, gestational age, preoperative*

* Bệnh viện Từ Dũ

Tác giả liên lạc: TS. Lê Thị Thu Hà *ĐT*: 0903718441 *Email*: tmv_thuha@yahoo.com

hemoglobin levels, duration of operation, blood loss, blood transfusions, size and weight of fibroids are removed, length of hospital stay, complications as hysterectomy, urinary tract injury, multiple organ failure, coagulopathy, infection.

Results: *Caesarean myomectomy resulted in the mean blood loss of 653 ml (range 300-1000 ml) compared with 350 ml (range 200 - 750 ml) in the control group (OR 1.4; 95% CI 1.16- 1.9). The mean duration of operation was longer in the cases of caesarean myomectomy (68 mins) than those of the controls (41 mins) (OR 1.5; 95% CI 1.3 – 2.1). There were no significant differences between the two groups in the incidence of the need for blood transfusion and length of hospital stay. There were no complications in the two groups.*

Conclusions: *This study shows that myomectomy during caesarean section is a safe and feasible procedure, but requires appropriate patient selection, effective hemostatic techniques and preoperative consultation.*

Keywords: *Uterine fibroids; Myomectomy; Caesarean section, Hemorrhage.*

MỞ ĐẦU

Tần suất u xơ tử cung trong thai kỳ từ 1,6 đến 2,7% và ngày càng gia tăng do phụ nữ lập gia đình muộn. Tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng cao và phẫu thuật viên đối diện với khối u xơ tử cung ngày càng nhiều. Quan điểm trước đây cho rằng không nên bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai do nguy cơ mất máu nhiều thường dẫn đến việc cắt tử cung và tăng bệnh suất hậu phẫu, trừ khi u xơ tử cung nhỏ, có cuống hoặc nằm tại vị trí đường rạch cơ tử cung lấy thai[7]. Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung thường được thực hiện sau thời gian hậu sản, khi tử cung trở về trạng thái bình thường. Tuy nhiên, gần đây có nhiều nghiên cứu chứng minh bóc UXTC trong khi mổ lấy thai an toàn và hiệu quả, ngay cả khối u xơ tử cung to. Đứng trước trường hợp u xơ tử cung to trong cuộc mổ lấy thai, đặc biệt là đối với thai phụ trẻ tuổi và chưa đủ con, các phẫu thuật viên thường lưỡng lự trong việc quyết định có nên bóc u xơ hay không, liệu bóc u xơ tử cung có an toàn không? Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá về tính an toàn và khả thi của bóc u xơ tử cung to trong khi mổ lấy thai.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh - chứng.

Đối tượng nghiên cứu

Những trường hợp được mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ từ 1/2013 đến 9/2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Nhóm bệnh

Những trường hợp mổ lấy thai và bóc u xơ tử cung, kích thước u ≥ 7cm tại bệnh viện Từ Dũ từ 1/2013 đến 9/2015.

Nhóm chứng

Những trường hợp được mổ lấy thai không có UXTC trong khoảng thời gian từ 5/2013 đến 9/2015 tại bệnh viện Từ Dũ có cùng tuổi mẹ, số lần sinh, tuổi thai, nồng độ hemoglobin trước mổ với nhóm bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhau tiền đạo.
- Nhau cài răng lược.
- Nhau bong non.
- Rối loạn đông máu.
- Đa nhân xơ tử cung hoặc tử cung xơ hóa toàn bộ.
- Đa thai.

Kỹ thuật thực hiện

Nhóm chứng

MLT được thực hiện theo kỹ thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai.

Nhóm bệnh

MLT và bóc UXTC. Rạch da đường dọc giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ. Mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai. Khâu cơ tử cung bằng Vicryl "1". Quan sát toàn bộ tử cung và hai phần phụ, kiểm tra số lượng, kích thước, vị trí u xơ,

đánh giá chất lượng cơ tử cung ngoài khối u. Thắt động mạch tử cung hai bên và ga rô bằng sonde foley. Rạch cơ tử cung trên khối u bằng dao điện, bóc u xơ tử cung trong bao. Khâu cầm máu giường khối u. Khâu phục hồi cơ tử cung hai lớp bằng vicryl hoặc Chromic số 1. Mở ga rô, kiểm tra cầm máu. Duy trì oxytocin 12 đến 24 giờ sau mổ. Dùng kháng sinh phổ rộng.

Tất cả bệnh nhân có UXTC to đều được chẩn đoán trước mổ qua siêu âm, được tư vấn khả năng cắt tử cung trước mổ. Các biến số được ghi nhận: tuổi mẹ, tuổi thai lúc mổ, số lần sinh, nồng độ hemoglobin trước mổ, cân nặng và Apgar bé, lượng máu mất, lượng máu truyền, kích thước và cân nặng u xơ tử cung được bóc, thời gian nằm viện, các biến chứng: cắt tử cung, tổn thương đường niệu, suy đa cơ quan, rối loạn đông máu, nhiễm trùng. Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.1, các phép kiểm được dùng Fisher's exact test và the Mann Whitney U test, giá trị P< 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ 1/2013 đến 9/2015 có 132 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh tham gia nghiên cứu gồm 44 trường hợp u xơ tử cung kích thước ≥ 7cm được bóc trong khi mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ và 88 trường hợp MLT không có UXTC làm nhóm chứng.

Bảng 1. *Đặc điểm chung*

Đặc điểm	MLT Bóc UXTC (n=44)	MLT Không UXTC (n=88)	P
Tuổi mẹ, trung bình (range)	27 (21 - 36)	27.3 (21 - 35)	KYN
Số lần sinh, TB (range)	1 (0 - 2)	1 (0 - 2)	KYN
Nồng độ Hb trước mổ (g/dl)	10,8 (9,8 - 13)	11 (10 - 13,2)	KYN

Bảng 2. *Kết cục thai kỳ trên con*

Đặc điểm	MLT Bóc UXTC (n=44) TB (Biến thiên)	MLT Không UXTC (n=88) TB (Biến thiên)	OR (CI 95%)	P
Tuổi thai khi mổ (tuần)	36,3 (29 - 40)	37.2 (30 - 40.5)	0,9 (0,7 - 1,2)	KYN
Cân nặng (gram)	2980 (1400 - 3600)	2950 (1500 - 3700)	0,78 (0,4 - 1,9)	KYN
Apgar 1 phút	7 (0 - 8)	8 (0 - 9)		KYN
Apgar 5 phút	8 (0 - 9)	9 (0 - 9)		KYN
Số ngày điều trị tại NICU*	1,4 (0 - 15)	1,2 (0 - 12)		KYN

NICU*: đơn vị chăm sóc sơ sinh đặc biệt.

Bảng 3. *Lượng máu mất, máu truyền, thời gian nằm viện và thời gian mổ của 2 nhóm*

Đặc điểm	MLT Bóc UXTC (n=44) TB (Biến thiên)	MLT Không UXTC (n=88) TB (Biến thiên)	OR (CI 95%)	P
Lượng máu mất (ml)	653 (300 - 1000)	350 (200 - 750)	1,4 (1,16 - 1,9)	< 0.05
Hồng cầu lắng truyền (đv)	0,5 (0 - 2)	0,2 (0 - 2)	1,1 (0,7 - 1,4)	KYN
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	5,3 (5 - 9)	5,2 (5 - 7)	1,02 (0.8 - 1,6)	KYN
Thời gian mổ (phút)	68 (45 - 110)	41 (35 - 55)	1,5 (1,3 - 2,1)	< 0.05

Bảng 4. *Kết cục thai kỳ trên con*

Đặc điểm	MLT Bóc UXTC (n=44) TB (Biến thiên)	MLT Không UXTC (n=88) TB (Biến thiên)	OR (CI 95%)	P
Tuổi thai khi mổ (tuần)	36,3 (29 - 40)	37.2 (30 - 40.5)	0,9 (0,7 - 1,2)	KYN
Cân nặng (gram)	2980 (1400 - 3600)	2950 (1500 - 3700)	0,78 (0,4 - 1,9)	KYN
Apgar 1 phút	7 (0 - 8)	8 (0 - 9)		KYN
Apgar 5 phút	8 (0 - 9)	9 (0 - 9)		KYN
Số ngày điều trị tại NICU*	1,4 (0 - 15)	1,2 (0 - 12)		KYN

NICU: đơn vị chăm sóc sơ sinh đặc biệt.*

Bảng 5. *Tính chất các u xơ tử cung được bóc.*

Tính chất	N = 44	%
Vị trí		
Đoạn dưới tử cung	29	66,0
Phần trên tử cung	12	27,2
Cả phần trên và dưới tử cung	3	6,8
Loại u xơ tử cung		
Dưới thanh mạc *	4	9,1
Trong cơ**	38	86,4
Dưới niêm mạc***	2	4,5
Kích thước u xơ tử cung		
7 – 10 cm	17	38,6
> 10 – 20 cm	18	40,9
> 20cm	9	20,5
Cân nặng u xơ tử cung (g)		
350 - 500	7	25,0
> 500 – 750g	16	37,5
> 750 –1000g	17	25,0
> 1000g	4	12,5

**: Dưới thanh mạc: Phần lớn khối u nhô về phía thanh mạc, chân cuống u d <4cm.*

***: Trong cơ: Khối u nằm trong cơ tử cung là chủ yếu.*

****: Phần lớn u nhô về phía niêm mạc.*

BÀN LUẬN

Tại Bệnh viện Từ Dũ với số lượng mổ lấy thai mỗi năm khoảng 28.000 ca, trong đó có hơn 200 trường hợp UXTC được ghi nhận khi mổ. Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo 44 trường hợp mổ lấy thai có UXTC to với kích thước từ 7cm đến 32cm được bóc trong thời gian từ 1/2013 đến 9/2015, nhóm chứng gồm 88 trường hợp được mổ lấy thai có cùng tuổi mẹ, tuổi thai, số con và nồng độ Hb trước mổ.

Đặc điểm về tuổi mẹ, số lần sinh, tuổi thai, cân nặng bé lúc sinh, chỉ số Apgar

Tuổi thai phụ trong nghiên cứu từ 21 đến 36 tuổi, trung bình là 27,3 tuổi, có 56% trường hợp dưới 30 tuổi, những phụ nữ ở độ tuổi sinh sản có nồng độ estrogen cao. Không có sự khác biệt về tuổi mẹ, số lần sinh và nồng độ Hb trước mổ giữa hai nhóm MLT có bóc UXTC và không có UXTC (Bảng 1).

Tuổi thai trung bình lúc sinh ở nhóm MLT có bóc UXTC là 36,3 tuần so với nhóm MLT không UXTC là 37,2 tuần. Không có sự khác biệt về cân nặng bé lúc sinh, chỉ số Apgar 1 phút và 5 phút, số ngày điều trị tại đơn vị chăm sóc sơ sinh đặc biệt giữa 2 nhóm. Không có trường hợp nào bé bị tử vong hoặc dị tật bẩm sinh do chèn ép bởi UXTC (Bảng 2).

Chọn lựa bệnh nhân thích hợp

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không chọn những trường hợp có nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, rối loạn đông máu, đau xơ hoặc đa thai. Đó là những trường hợp có nguy cơ mất máu nhiều, khả năng cắt tử cung cao[106]. Tất cả những trường hợp tham gia nghiên cứu đều được tư vấn trước mổ về nguy cơ cắt tử cung và mất máu khối lượng lớn. Bóc UXTC trong khi MLT nên được thực hiện ở những bệnh nhân thích hợp nhằm dự phòng những bất lợi khi thực hiện cuộc phẫu thuật sau đó để loại bỏ UXTC do dính sau mổ, giảm chi phí và phòng ngừa những biến chứng liên quan đến gây mê.

Những nghiên cứu gần đây cho thấy bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai là phương thức an toàn trong hầu hết trường hợp. Tuy nhiên, những yếu tố như cơn gò tử cung, vị trí giải phẫu, số lượng và kích thước của u xơ, sự tiếp cận với mạch máu lớn. Quyết định bóc u xơ tử cung không chỉ phụ thuộc vào kinh nghiệm phẫu thuật viên mà còn phụ thuộc vào vị trí u xơ. Nếu u xơ nằm trên đường rạch cơ tử cung lấy thai thì phẫu thuật bóc u xơ tương đối an toàn. Khối u xơ nằm sát góc ống dẫn trứng thì không nên bóc vì nguy cơ vô sinh về sau.

Theo kinh điển, bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai không được khuyến khích trừ khi khối u có cuống nhỏ hoặc nằm vị trí vết rạch cơ tử cung lấy thai. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trong những năm gần đây đã chứng minh việc bóc u xơ to ở những vị trí khác nhau trong khi mổ lấy thai có thể được thực hiện an toàn không có biến chứng nghiêm trọng.

Trong nghiên cứu có 29/44 trường hợp (66%) u xơ nằm đoạn dưới tử cung, có 3 trường hợp u xơ to chiếm toàn bộ mặt sau tử cung. Loại u xơ tử cung nằm trong cơ chiếm 86,4%. Tất cả trường

hợp u xơ có đường kính ≥ 7cm và có giới hạn rõ. Kích thước u xơ tử cung to nhất là 32cm. 4 trường hợp u xơ tử cung có cân nặng trên 1000g, nặng nhất là 3300g (Bảng 4). Trường hợp này thai 29 tuần, ối vỡ non, u xơ tử cung to chiếm từ mặt sau đoạn eo lên đến đáy tử cung. Tuy kích thước u xơ to nhưng phần cơ tử cung còn lại chất lượng còn tốt nên việc may phục hồi sau đó không gặp khó khăn, cơ tử cung đáp ứng tốt với oxytocin.

Kỹ thuật thực hiện bóc nhân xơ tử cung trong cuộc mổ lấy thai

Tất cả những trường hợp bóc u xơ tử cung trong nghiên cứu đều được thực hiện theo trình tự: MLT và bóc UXTC. Rạch da đường dọc giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ. Mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai. Khâu cơ tử cung bằng Vicryl "1". Quan sát toàn bộ tử cung và hai phần phụ, kiểm tra số lượng, kích thước, vị trí u xơ, đánh giá chất lượng cơ tử cung ngoài khối u. Thắt động mạch tử cung hai bên / có thể kèm thêm ga rô đoạn dưới bằng sonde foley. Rạch cơ tử cung trên khối u bằng dao điện, bóc u xơ tử cung trong bao. Khâu cầm máu giường khối u. Khâu phục hồi cơ tử cung hai lớp bằng vicryl hoặc Chromic số 1. Mở ga rô, kiểm tra cầm máu. Duy trì oxytocin 12 đến 24 giờ sau mổ. Dùng kháng sinh phổ rộng.

Với u xơ tử cung to, đặc biệt những khối u nằm lấn về phía dây chằng rộng sẽ có nguy cơ tổn thương niệu quản khi bóc. Để giảm thiểu nguy cơ tổn thương niệu quản và các cơ quan lân cận, chúng tôi tiến hành bóc u xơ trong bao. Nội tiết thai kỳ giúp cho sự liên kết giữa nhân xơ tử cung và vỏ bao lỏng lẻo và dễ bóc tách hơn. Trong nghiên cứu chúng tôi có 5 trường hợp u xơ tử cung lấn về phía dây chằng rộng, 3 u xơ lấn về dây chằng rộng bên trái, 2 khối u lấn về dây chằng rộng bên phải. Cả 5 trường hợp này được bóc u trong bao an toàn. Trong nghiên cứu chúng tôi không có bất cứ tai biến nào xảy ra.

Lượng máu mất, lượng máu truyền trong nghiên cứu

Lượng máu mất trung bình ở nhóm MLT và bóc UXTC là 653ml (biến thiên từ 300 – 1000ml) so với 350ml ở nhóm MLT không UXTC (biến thiên từ 200 - 750ml). Nhóm MLT có bóc UXTC có lượng máu mất trung bình gấp 1,4 lần so với nhóm chứng (OR 1,4; 95% CI 1,16 - 1,9) (Bảng 3). Trường hợp máu mất nhiều nhất 1000ml là khối u xơ to d = 32cm và cân nặng 3.300g. Trường hợp này được truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng cùng nhóm, tình trạng bệnh nhân ổn và xuất viện sau 5 ngày.

Biết rằng nguy cơ cao nhất của bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai là chảy máu nhiều dẫn đến truyền máu khối lượng lớn, cắt tử cung và những biến chứng do truyền máu. Để giảm thiểu nguy cơ mất máu có nhiều cách được áp dụng như thắt động mạch tử cung 2 bên, ga rô quanh tử cung, đốt điện, duy trì oxytocin trong và sau mổ.

Mạch máu nuôi u xơ tử cung là từ động mạch tử cung và động mạch buồng trứng, việc thắt động mạch tử cung hai bên trước khi tiến hành bóc u xơ giảm thiểu hơn 70% lượng máu cung cấp. Để giảm thiểu hơn nữa máu từ động mạch buồng trứng, chúng tôi ga rô quanh phần thấp tử cung bằng sonde Foley trong thời gian bóc u xơ. Chúng tôi sử dụng dao điện rạch cơ tử cung trên khối u, may cầm máu giường khối u bằng vicryl số 1, may cơ tử cung 2 lớp và sau đó tháo ga rô, cầm máu điểm nếu cần (chủ yếu là chảy máu chân chỉ). Với kỹ thuật kiểm soát cầm máu như trên, chúng tôi đã thực hiện thành công 44 ca bóc u xơ tử cung to trong khi mổ lấy thai.

Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng.

Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc bắt đầu rạch da đến khi đóng bụng hoàn tất. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm MLT có bóc UXTC là 68 phút, so với 41 phút ở nhóm MLT không UXTC. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm MLT có bóc UXTC kéo dài gấp 1,5 lần so

với nhóm MLT không UXTC(OR 1,5; 95% CI 1,3 – 2,1) (Bảng 3).

Không có sự khác biệt giữa thời gian nằm viện trong 2 nhóm. Không có bất cứ biến chứng nào như mổ lại, cắt tử cung, suy đa cơ quan, rối loạn đông máu, tổn thương tạng hoặc đường niệu ở trong cả 2 nhóm (Bảng 3).

Các nghiên cứu bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai

Từ những năm 1989 – 1999, Burton và Omar đã báo cáo bóc u xơ tử cung trong mổ lấy thai thành công[3,13]. Burton và cs báo cáo 13 trường hợp bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai an toàn trong những bệnh nhân được chọn lọc cẩn thận. Trong đó, chỉ có 1 trường hợp mất máu nhiều phải cắt tử cung.

Michalas và cs báo cáo 18 trường hợp bóc u xơ tử cung trong khi mổ lấy thai an toàn, không biến chứng[12]. Ehigieba và cs (2001) đã báo cáo 12 trường hợp bóc u xơ tử cung trong mổ lấy thai, không có biến chứng cắt tử cung, chỉ có thiếu máu nhẹ ở giai đoạn hậu phẫu[5].

Kwawukum (2002) đã báo 12 trường hợp bóc u xơ trong khi mổ lấy tai không có biến chứng nào[10]. Kỹ thuật bóc u xơ tử cung trong bao trong những trường hợp khối u quá to nhằm tránh biến chứng tổn thương các cơ quan lân cận đã được các tác giả đề cập[1,2,8,9].

Các nhân xơ trong các báo cáo hầu hết có kích thước từ 6cm trở lên, nằm các vị trí khác nhau. Tất cả các báo cáo trên không có trường hợp nào cắt tử cung hoặc biến chứng nào khác.

Trong nghiên cứu chúng tôi, các nhân xơ tử cung có kích thước từ 7cm trở lên, nhân xơ to nhất có kích thước 32 x 18cm, cân nặng nhân xơ được bóc ra là 3300g.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bệnh chứng 44 trường hợp bóc u xơ tử cung to trong khi mổ lấy thai và 88 trường hợp trong nhóm chứng từ 1/2013 đến 9/2015 tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi nhận thấy: lượng máu mất trung bình ở nhóm MLT và bóc UXTC là 653ml (biến thiên từ 300 – 1000ml) so với 350ml (biến thiên từ 200 - 750ml) ở nhóm chứng (OR 1,4; 95% CI 1,16- 1,9). Thời gian mổ trung bình ở nhóm MLT có bóc UXTC là 68 phút, so với 41 phút ở nhóm chứng (OR 1,5; 95% CI 1,3 – 2,1). Không có sự khác biệt giữa lượng máu truyền và thời gian nằm viện sau mổ giữa 2 nhóm. Không có bất cứ biến chứng nào ở trong cả 2 nhóm.

Bóc UXTC to trong khi mổ lấy thai có thể thực hiện an toàn và khả thi với điều kiện chọn lựa bệnh nhân thích hợp, phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, phương pháp cầm máu hiệu quả và tư vấn kỹ trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anita K, Seema M, Richa P (2007). Cesarean myomectomy. J Obstet Gynecol India Vol. 57, No. 2 : March/April; Pg 128-130.
2. Awoleke JO(2013) . Myomectomy during Caesarean Birth in Fibroid-Endemic, Low-Resource Settings. Obstetrics and Gynecology International Volume, Article ID 520834, 6 pages
3. Burton CA, Grimes DA, March CM (1989). Surgical management of leiomyomata during pregnancy. Obstet Gynecol;74(5):707-09.
4. Celal K, Hülya C (2011). The evaluation of myomectomies performed during cesarean section in our clinic. Niger Med J. Jul;52(3):186-88.
5. Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI (2001). Myomectomy during cesarean section. Int J Gynaecol Obstet;75(1):21-25.
6. Hassiakos D, Christopoulos P, Vitoratos N, Xarchoulakou E, Vaggos G, Papadias K (2006). Myomectomy during cesarean section: a safe procedure? Ann N Y Acad Sci. Dec; 1092:408-13.
7. Katz VL, Dotters DJ, Droegemeuller W (1989). Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. Obstet Gynecol;73:593-6.
8. Kaymak O, Ustunyurt E, Okyay RE, Kalyoncu S, Mollamahmutoglu L (2005). Myomectomy during cesarean section. Int J Gynaecol Obstet. May;89(2):90-93.
9. Kongnyuy EJ, Wiysonge CS (2009). Interventions to reduce hemorrhage during myomectomy for fibroids Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 3, Article ID CD005355, 44-47.
10. Kwawukume EY (2002). Myomectomy during cesarean section. Int J Gynecol Obstet.76:183-84.
11. Li H, Du J, Jin L, Shi Z, Liu M (2009). Myomectomy during cesarean section. Obstetrical and Gynecological Survey. 64(6): 363-64.
12. Michalas SP, Oreopoulou FV (1995). Papageorgioujs. Myomectomy during pregnancy and cesarean section. Hum Reprod 1995;10:1869-70
13. Omar SZ, Sivanesaratnam V, and Damodaran P (1999). Large lower segment myoma—myomectomy at lower segment Caesarean section—a report of two cases. Singapore Medical Journal, vol. 40, no. 2, pp. 109–110.

Ngày nhận bài báo: *24/11/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *27/11/2015*

Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*