

115,42 ± 7,691mm.

Có thể thấy tốc độ co hồi tử cung sau theo thứ tự giờ sinh rất khác nhau. Trong 12 giờ đầu tử cung co hồi chậm hơn 24 giờ sau sinh. Sau 12 giờ sinh, sự co hồi tử cung khoảng 56-106mm, sau 24 giờ tiếp theo là khoảng 200-230mm. Như vậy có thể khẳng định rằng tốc độ co hồi tử cung trong 24 giờ đầu có thể từ 100-200mm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có thể thấy rằng trong 24 giờ đầu tiên tử cung co khá nhanh.

Sau sinh mật độ tử cung cứng sẽ cao hơn với mật độ tử cung mềm (52,3% so với 47,7%). Kết quả này có thể thấy tốc độ co hồi tử cung của các sản phụ đều tốt.

Có tới 86,9% các sản phụ có sự co hồi tử cung tốt, số sản phụ co hồi tử cung chưa tốt là 13,1%. Thời điểm này mạng xã hội phát triển nhanh nên việc tìm hiểu các kiến thức sau sinh tốt hơn, các sản phụ đều trang bị đầy đủ các kiến thức khi mang thai.

V. KẾT LUẬN

KẾT CỤC THAI KỲ CỦA THAI PHỤ CÓ U XƠ CƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Dương Mỹ Linh¹, Trần Bảo Trân¹, Nguyễn Thị Mỹ Nương²,
Bùi Quang Nghĩa¹, Dương Thị Khao Ry¹, Phan Thị Kim Thi³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U xơ cơ tử cung là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung, là loại khối u thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. U xơ cơ tử cung có thể gây nên những ảnh hưởng xấu cho thai kỳ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ có u xơ cơ tử cung sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 48 thai phụ được chẩn đoán có u xơ cơ tử cung trong thai kỳ. Sau đó theo dõi và đánh giá các đặc điểm chuyển dạ và kết cục thai kỳ của thai phụ nhập viện sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi thai khi sinh từ 37 tuần đến dưới 39 tuần là 58,3%; sảy thai, thai chết lưu 0%; dọa sinh non 14,6%; tỷ lệ mổ lấy thai 87,5%, mổ vì u xơ tiền đạo 9,5%, chuyển dạ ngưng tiến triển 16,7%,

Tỷ lệ sản phụ cho con bú sữa mẹ và bú sớm khá cao. Tỷ lệ sản phụ di chuyển sớm quanh giường còn ít. Sự co hồi tử cung của các sản phụ sau sinh tốt trong 24 giờ đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ta Thi Ngọc Bích** (2016), Sự co hồi tử cung, tác dụng của việc cho trẻ bú sớm tại khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai và một số yếu tố liên quan, luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2020), Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010.
3. **Dương Thị Cương** (2013), Bài giảng Sản phụ khoa tập I. NXB Y học.
4. **Đoàn Thị Ngọc Hà** (2017), Chăm sóc sản phụ sau sinh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Nhi tỉnh Bắc Ninh. Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trình Bảo Ngọc, Nguyễn Lân, Đoàn Thị Tuyết và cộng sự** (2011), Nuôi con bằng sữa mẹ trong vòng 1h đầu sau sinh của các bà mẹ tại 2 bệnh viện Hà Nội năm 2011. Tạp chí y học dự phòng. XXV. 6. 166.
6. **Viện Dinh dưỡng** (2000), Tình trạng dinh dưỡng mẹ và con năm 2002, Nhà xuất bản y học Hà Nội.

ngôi bất thường 7,1%; băng huyết sau sinh 6,3%; cân nặng sơ sinh từ 2500 đến 3500 gram chiếm 77,1%.

Kết luận: Thai kỳ có u xơ cơ tử cung có tỷ lệ mổ lấy thai cao. Kết cục thai kỳ hầu hết tốt với ít biến chứng xảy ra và tỷ lệ trẻ nhẹ cân thấp.

Từ khóa: U xơ cơ tử cung, mối liên quan.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS GIVING BIRTH AT CAN THO CENTRAL GENERAL

Background: Uterine fibroids are benign tumors that develop from the uterine muscle and are the most common type of tumor found in women of reproductive age. Uterine fibroids can have adverse effects on pregnancy and the fetus. **Objectives:** To evaluate pregnancy outcomes in pregnant women with uterine fibroids who give birth at Can Tho Central General Hospital from 2023 to 2025. **Materials and method:** A prospective cross-sectional study was conducted on 48 pregnant women diagnosed with uterine fibroids during pregnancy. These women were followed up to assess labor characteristics and pregnancy outcomes at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The gestational age at delivery ranged from 37 to less than 39 weeks in 58.3% of cases; the rates of miscarriage and stillbirth were 0%;

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Dương Mỹ Linh

Email: dmlinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 26.5.2025

the preterm labor threat rate was 14.6%. The cesarean section rate was 87.5%, with 9.5% due to obstructive fibroids. Labor arrest occurred in 16.7% of cases, abnormal fetal presentation in 7.1%, and postpartum hemorrhage in 6.3%. The neonatal birth weight ranged from 2500 to 3500 grams in 77.1% of cases. **Conclusion:** Pregnancy with uterine fibroids is associated with a high cesarean section rate. However, pregnancy outcomes were generally favorable, with a low incidence of complications and a low rate of low birth weight infants.

Keywords: Uterine fibroids, relationship.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (UXCTC) là khối u lành tính phát triển từ cơ tử cung, là loại khối u sinh gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tỷ lệ mắc u xơ cơ tử cung tăng theo tuổi, khoảng 20-50% nếu phụ nữ > 30 tuổi và ước tính tỷ lệ mắc ở phụ nữ 50 tuổi là 70% [1]. Ảnh hưởng của UXCTC lên thai nghén và ảnh hưởng của thai nghén đến UXCTC là vấn đề được nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu. UXCTC có thể không gây ra biến chứng trong quá trình mang thai, nhưng cũng có thể gây nên những ảnh hưởng xấu cho thai nhi như sẩy thai, thai chết lưu, dọa sinh non, sinh non,... [2]. Theo Parazzini F. tỷ lệ UXCTC ở phụ nữ mang thai chiếm 3-12%, phát hiện trong thai kỳ còn thấp từ 1,4 – 2,7% [3]. Tần số sẩy thai sớm ở thai phụ có UXCTC là 4-8%, tỷ lệ sinh non là 8,5% [4]. Trong quá trình chuyển dạ, UXCTC cũng là một trong các yếu tố gây sinh khó và gây băng huyết sau sinh. Các bác sĩ sản khoa ngày càng quan tâm đến chẩn đoán UXCTC trong thai kỳ và xử trí nhằm chủ động có kế hoạch chăm sóc, quản lý thai phù hợp đồng thời có những phương án điều trị, dự phòng nhằm giảm thiểu những nguy cơ gây ra các biến chứng xấu xảy ra trong thai kỳ, trong quá trình sinh và sau sinh. Để mang lại cái nhìn tổng quát và đưa ra hướng xử trí tối ưu nhất chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ có u xơ cơ tử cung sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả thai phụ có u xơ cơ tử cung theo dõi và sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: thai phụ có tuổi thai < 12 tuần được chẩn đoán có u xơ cơ tử cung, được theo dõi và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Đón thai, thai sống. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: có bằng chứng thai dị

tật bẩm sinh; bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể được chẩn đoán bằng nhiễm sắc thể đồ thông qua chọc ối hoặc bất thường về hình thái học qua siêu âm. Có bằng chứng nhiễm trùng bào thai bằng chọc ối xét nghiệm TORCH. Thai phụ bị mất dấu trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng tỷ lệ

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

Với: n: cỡ mẫu tối thiểu cần có để nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, α : mức ý nghĩa thống

kê (chọn $\alpha = 0,05$), $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ (trị số từ phân phối chuẩn) với độ tin cậy 95%, p là tỷ lệ thai phụ có u xơ cơ tử cung theo nghiên cứu của Susanna và cộng sự 2022 là 10% (chọn $p=0,1$) [5], d: sai số cho phép (chọn $d=0,1$). Số mẫu tối thiểu cần thu thập là 35 thai phụ. Thực tế chúng tôi thu thập được 48 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp thu thập số liệu: Thai phụ được chẩn đoán UXCTC trong ba tháng đầu thai kỳ qua hình ảnh siêu âm. Sau đó, thai phụ được hỏi bệnh, khám lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng, sàng lọc tầm soát dị tật thai nhi ba tháng đầu. Loại những thai có dị tật hình thái sớm phát hiện qua siêu âm có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Nếu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được tư vấn, giải thích rõ mục đích nghiên cứu để thai phụ tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Hướng dẫn thai phụ khám thai đầy đủ, theo dõi thai kỳ, ghi nhận số lượng, vị trí u, sự thay đổi kích thước u xơ cơ tử cung. Ghi nhận các trường hợp nhập viện trong quá trình quản lý thai như: dọa sẩy, sẩy thai, dọa sinh non, sinh non, thai chết lưu, nhau tiền đạo.... Ghi nhận thời điểm nhập viện sinh, thăm khám và theo dõi quá trình chuyển dạ: ngôi thai, kiểu thể, độ lọt, thời gian chuyển dạ, vị trí u có tiền đạo hay không (u tiền đạo khi nằm ở đoạn eo tử cung kể cả mặt trước hay sau tử cung). Ghi nhận phương pháp chấm dứt thai kỳ (sinh đường âm đạo, mổ lấy thai), những biến cố xảy ra khi sinh như: chuyển dạ kéo dài, suy tim thai, băng huyết sau sinh, sự co hồi tử cung,... phương pháp xử trí u xơ cơ tử cung (những trường hợp có mổ lấy thai), tình trạng sức khỏe mẹ (biến chứng sau sinh), tình trạng trẻ lúc sinh và sau sinh (chỉ số Apgar, cân nặng trẻ lúc sinh, hỗ trợ hô hấp, chuyển bệnh viện Nhi Đồng nếu có).

Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 23.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.089.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

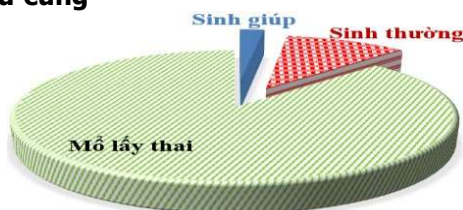
3.1. Đặc điểm chung của thai phụ có u xơ cơ tử cung

Bảng 1. Đặc điểm chung của thai phụ có u xơ cơ tử cung

Đặc điểm	Tần số (n=48)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi thai phụ		
< 30	5	10,4
30 – 40	32	66,7
>40	11	22,9
Trung bình: 35,9 ± 5,0 tuổi, nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 46 tuổi		
Số lượng UXCTC		
1 u	35	72,9
≥ 2 u	13	27,1
Vị trí UXCTC		
U tiền đạo	5	10,4
Không tiền đạo	43	89,6
Kích thước UXCTC		
<5 cm	27	56,3
5 – 10 cm	17	35,4
>10 cm	4	8,3

Nhận xét: trung bình tuổi thai phụ là 35,9 ± 5,0 tuổi, nhỏ nhất là 25 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi, nhóm tuổi 30-40 chiếm tỷ lệ 66,7%. Hầu hết là thai phụ có 1 khối u xơ chiếm 72,9%. Kích thước UXCTC chủ yếu < 5 cm chiếm 56,3%. UXCTC nằm ở vị trí tiền đạo chiếm 10,4%.

3.2. Kết cục thai kỳ của thai phụ có u xơ cơ tử cung



Biểu đồ 1. Phương pháp sinh

Nhận xét: có 42/48 trường hợp mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 87,5%. Tỷ lệ thai phụ sinh thường là 10,4%; sinh giúp với tỷ lệ 2,1%.

Bảng 2. Kết cục thai kỳ của thai phụ có u xơ cơ tử cung

Yếu tố	Tần số (n=48)	Tỷ lệ (%)
Sảy thai	0	0
Thai chết lưu	0	0
Đọa sinh non		

Có	7	14,6
Không	41	85,4
Tuổi thai (tuần)		
< 34	1	2,1
34 – <37	5	10,4
37 – <39	28	58,3
≥ 39	14	29,9
Chuyển dạ kéo dài		
Có	14	29,2
Không	34	70,8
Băng huyết sau sinh		
Có	3	6,3
Không	45	93,8
Truyền máu		
Có	3	6,3
Không	45	93,8
Nhiễm trùng hậu sản	0	0
Sang chấn sản khoa	0	0
Cân nặng trẻ sơ sinh (gram)		
< 2500	6	12,5
2500 – 3500	37	77,1
> 2500	5	10,4

Nhận xét: thai phụ có UXCTC chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37– < 39 tuần chiếm 58,3%, nhỏ nhất là 33 tuần 1 ngày, lớn nhất là 40 tuần 2 ngày. Đọa sinh non trong thai kỳ 14,6%; không trường hợp sảy thai và thai chết lưu; chuyển dạ kéo dài 29,2%. Băng huyết sau sinh và phải truyền máu chiếm tỷ lệ 6,3%, không có nhiễm trùng hậu sản và sang chấn sản khoa. Cân nặng sơ sinh từ 2500–3500g chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,1%, Trẻ có cân nặng >3500g ít gặp nhất với tỷ lệ 10,4%.

Bảng 3. Lý do mổ lấy thai

Lý do mổ lấy thai	Tần số (n=42)	Tỷ lệ (%)
Do UXCTC tiền đạo	4	9,5
Chuyển dạ ngưng tiến triển	7	16,7
Ngôi bất thường	3	7,1
Vết mổ cũ	15	35,7
Suy thai	12	28,6
Nhau tiền đạo	1	2,4

Nhận xét: Mổ lấy thai vì vết mổ cũ, suy thai, chuyển dạ ngưng tiến triển chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,7%, 28,6% và 16,7%. Trong khi đó tỷ lệ mổ lấy thai do UXCTC và ngôi bất thường là 9,5% và 7,1%. Chỉ có 1 trường hợp nhau tiền đạo với tỷ lệ 2,1%.

Bảng 4. Xử trí UXCTC trong khi mổ lấy thai

Xử trí u xơ cơ tử cung	Tần số (n=42)	Tỷ lệ (%)
Không xử trí gì	27	64,3
Bóc UXCTC	14	33,3
Cắt tử cung	1	2,4

Nhận xét: 64,3% trường hợp UXCTC không được xử trí gì trong lúc mổ lấy thai. Bóc UXCTC trong lúc mổ lấy thai với tỷ lệ 33,3%. Cắt tử cung chiếm 2,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung ở thai phụ có u xơ cơ tử cung. Độ tuổi trung bình của thai phụ là $35,9 \pm 5,0$ tuổi, nhỏ nhất là 25 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi, trong đó nhóm thai phụ ở độ tuổi từ 30-40 chiếm tỷ lệ chủ yếu là 66,7%. Phù hợp với nghiên cứu của Dư Phương Anh [6] ghi nhận tuổi mẹ trung bình là $35,5 \pm 4,6$ tuổi, trong đó trên 35 tuổi chiếm cao nhất 59,8%. Tương tự, Nguyễn Thùy Trang [7] cũng ghi nhận nhóm tuổi từ 30 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,1%, tuổi trung bình là $33,5 \pm 5,5$ tuổi. Phù hợp với nhóm tuổi mang thai thường gặp và cũng như nhóm tuổi người phụ nữ mắc UXCTC. Tuổi của thai phụ là một yếu tố cần được quan tâm trong tư vấn về sức khỏe sinh sản. Để giảm nguy cơ mắc u xơ cơ tử cung, một trong những vấn đề có thể đề cập đến là phụ nữ nên sinh con ở độ tuổi dưới 30 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thai phụ có một u xơ chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,9% so với đa u xơ chiếm 27,1%. Tại Trung Quốc, tác giả Rong Zhao [8] cũng ghi nhận được 72,2% bệnh nhân có một khối u xơ, trong khi đó có 27,8% bệnh nhân có nhiều u xơ. Nghiên cứu của Bùi Thị Nga [9] ghi nhận có 67,3% thai phụ có một UXCTC và 32,7% thai phụ có nhiều u xơ. Việc đánh giá chính xác về số lượng UXCTC đòi hỏi phải kết hợp thăm khám lâm sàng cẩn thận, siêu âm và thăm dò tử cung. Trên thực tế, việc bỏ sót u đặc biệt là những UXCTC nhỏ là điều khó tránh khỏi. Hơn nữa, những thăm khám trong quý III của thai kỳ, do thai to nên để đánh giá được số lượng u xơ một cách toàn diện, chính xác sẽ khó hơn nhiều so với quý I của thai kỳ. Mặc dù tỷ lệ đưa ra còn có sự khác nhau nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều có sự thống nhất rằng u xơ cơ tử cung đơn độc gặp nhiều nhất.

UXCTC ở vị trí tiền đạo với tỷ lệ 10,4%. Trong nghiên cứu của Dư Phương Anh [6] ghi nhận chỉ có 4,6% UXCTC là u tiền đạo. Nghiên cứu của tác giả Rong Zhao và cộng sự công bố năm 2019 [8] cho thấy tỷ lệ UXCTC là khối u tiền đạo là 5,9%. Sự tương đồng giữa các nghiên cứu có thể cho thấy vị trí UXCTC trở thành u tiền đạo gây bất lợi cho chuyển dạ là ít gặp.

Kích thước u xơ hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu dưới 5 cm, chiếm 56,3%; đứng thứ 2 là u có kích thước từ 5-10 cm với 35,7%; u xơ có kích thước trên 10 cm chiếm tỷ

lệ thấp nhất là 8,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7] kích thước u <5cm chiếm 36,8% và u kích thước 5 - 10cm chiếm 56,8%, loại >10cm chỉ chiếm 11,5%. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít, máy siêu âm và bác sĩ siêu âm khác nhau.

4.2. Kết cục thai kỳ của thai phụ có u xơ cơ tử cung. Thai phụ có UXCTC chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 37- <39 chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,3%. tuổi thai nhỏ nhất là 33 tuần 1 ngày, lớn nhất là 40 tuần 2 ngày. Nghiên cứu của Dư Phương Anh [6] ghi nhận tuổi thai có trung vị là 38,71 tuần, hầu hết các trường hợp đều có tuổi thai trưởng thành chiếm 74,7%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7], tác giả ghi nhận tuổi thai trung bình lúc sinh là $38,4 \pm 2,5$ tuần tuổi, tuổi thai 37-41 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 90,2%. Sự tương đồng này có thể cho thấy UXCTC không làm cho thai kỳ phải chấm dứt sớm ở tuổi thai non tháng, phần nào cho thấy sự quản lý, theo dõi thai kỳ có UXCTC ngày càng được quan tâm nhiều hơn.

UXCTC gây ảnh hưởng đến thai kỳ và chuyển dạ như dọa sinh non chiếm tỷ lệ 14,6%, không có trường hợp sảy thai và thai chết lưu. Trong quá trình chuyển dạ có 29,2% trường hợp chuyển dạ kéo dài. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7] ghi nhận 5,4% trường hợp sảy thai và 11,8% trường hợp thai chết lưu. Nghiên cứu của Mihaela [10] có 14% tỷ lệ dọa sinh non và 5,3% tỷ lệ thai chết lưu. Các nghiên cứu gần đây ít đề cập về chuyển dạ kéo dài ở thai có UXCTC. Mặc dù khác nhau về tỷ lệ sảy thai, thai chết lưu và dọa sinh non, nhưng các nghiên cứu đều cho thấy rằng UXCTC ít ảnh hưởng bất lợi đến thai kỳ. Tỷ lệ chuyển dạ kéo dài trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao có thể do các bác sĩ chẩn đoán chuyển dạ tiềm thời cho nhập viện trong khi chưa có chuyển dạ thật sự và một số thai phụ nhà xa muốn nhập viện sớm.

Biến chứng xảy ra ở thai phụ có UXCTC với tỷ lệ rất nhỏ, trong đó băng huyết sau sinh và phải truyền máu chiếm tỷ lệ 6,3%, không có ghi nhận trường hợp nhiễm trùng hậu sản và sang chấn sản khoa. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7], băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 6,1% và 2,5% thai phụ có chỉ định truyền máu sau sinh, chưa ghi nhận nhiễm trùng hậu sản và sang chấn sản khoa. Mihaela [10] cũng không ghi nhận tình trạng sang chấn sản khoa và nhiễm trùng hậu sản. Sự tương đồng giữa các kết quả cho thấy UXCTC có ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ như băng huyết sau sinh, truyền máu với tỷ lệ thấp, còn về biến chứng sang chấn sản

khoa và nhiễm trùng hậu sản thì cần có thêm những nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn.

Thai phụ mổ lấy thai 87,5%; sinh thường 10,4% và sinh giúp 2,1%. Nghiên cứu của Mihaela [9] ghi nhận 86% trường hợp mổ lấy thai. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7] có 96,3% trường hợp mổ lấy thai, chỉ có 3,7% trường hợp sinh thường. Sự tương đồng này cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai còn rất cao, có thể do thai phụ mắc UXCTC đa số lớn tuổi, vùng tầng sinh môn giảm tính đàn hồi, không đủ sức khỏe để rặn sanh, và các thai phụ lựa chọn mổ lấy thai ngay từ đầu nhằm mục đích bóc UXCTC và triệt sản. Ngoài ra, có thể một phần do chỉ định quá tay của một số bác sĩ, thai phụ ngại theo dõi sinh thường vì những biến cố gây ra từ khối u xơ. Cần có kế hoạch theo dõi chuyển dạ sát hơn và nên tư vấn lợi ích, động viên, khuyến cáo các thai phụ sinh thường. Chỉ định mổ lấy thai ngoài do yếu tố về u xơ cơ tử cung, chỉ định mổ lấy thai còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác như: vết mổ cũ, suy thai, chuyển dạ ngưng tiến triển chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,7%; 28,6% và 16,7%. Trong khi đó tỷ lệ mổ lấy thai do UXCTC và ngôi bất thường là 9,5% và 7,1%. Chỉ có 1 trường hợp nhau tiền đạo với tỷ lệ 2,1%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7], chỉ định mổ lấy thai do UXCTC kết hợp yếu tố sinh khó chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,8%, mổ lấy thai do UXCTC đơn thuần chiếm 37,2%, do nguyên nhân khác là 14%. Nghiên cứu của Rong Zhao [8] cho thấy tỷ lệ sinh mổ ở phụ nữ có UXCTC là 85,2% so với 53,5% ở nhóm không có UXCTC ($p < 0,001$), tác giả cho rằng UXCTC làm tăng nguy cơ sinh mổ ở thai phụ (OR 2,2; khoảng tin cậy 95%: 2,1–2,3). Mặc dù các nghiên cứu còn khác nhau, tuy nhiên đều cho thấy rằng UXCTC có thể là một chỉ định của mổ lấy thai.

Trong mổ lấy thai kèm bóc u là 33,3%; cắt tử cung 2,4%. Nghiên cứu của Bùi Thị Nga [9] bóc UXCTC khi mổ lấy thai chiếm 48,7%; kèm cắt tử cung 17,4%. Theo Mihaela (2022) [10], 86% trường hợp mổ lấy thai, trong đó 24,5% thai phụ được bóc UXCTC, chỉ có 1 trường hợp cắt tử cung với tỷ lệ 2%. Sự khác biệt của các nghiên cứu cho thấy rằng quan điểm về bóc UXCTC trong mổ lấy thai vẫn là một vấn đề gây tranh cãi, cần thận trọng và cân nhắc kỹ vì những lí do sau: khi có thai tử cung tăng về khối lượng, kích thước, sự cấp máu cho tử cung để nuôi thai cũng tăng lên, các mạch máu tăng sinh, phát triển và nguy cơ chảy máu. Cắt tử cung trong phẫu thuật lấy thai sau mổ và sau sinh là một phương pháp giải quyết triệt để nguyên nhân UXCTC. Chỉ định cắt tử cung trong mổ lấy thai

còn nhiều phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi thai phụ, số con hiện có, vị trí, kích thước, số lượng UXCTC, tình trạng bánh nhau, trình độ kỹ thuật viên cũng như trang bị y tế nơi phẫu thuật. Hầu hết các tác giả đều cho rằng cắt tử cung trong mổ lấy thai chỉ nên thực hiện khi thật cần thiết.

Cân nặng sơ sinh từ 2500–3500g chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,1%. Trẻ có cân nặng <2500g chiếm 12,5%. Trẻ có cân nặng >3500g ít gặp nhất với tỷ lệ 10,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang [7], cân nặng sơ sinh từ 2500 gram đến 3500 gram, chiếm 73,7%; trẻ sơ sinh < 2500 gram và > 3500 gram gần ngang nhau lần lượt là 13,5% và 12,8%. Ngày nay khi xã hội phát triển trong đó có nền y học, đời sống vật chất được nâng cao, các bà mẹ mang thai cũng ngày càng được quan tâm và chăm sóc về dinh dưỡng ăn uống tốt, chế độ nghỉ ngơi đầy đủ, sự phát triển thai tốt hơn hạn chế nguy cơ sinh non và thai nhi cân nặng thấp.

V. KẾT LUẬN

Tuổi thai chấm dứt thai kỳ cao nhất ở nhóm 37 - <39 tuần. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 87,5%. Mổ vì u xơ tiền đạo 9,5%; ngôi bất thường 7,1%; chuyển dạ ngưng tiến triển 16,7%; băng huyết sau sinh 6,3%. Bóc u xơ khi mổ lấy thai 33,3%; cắt tử cung 2,4%. Cân nặng sơ sinh chủ yếu ở nhóm 2500- 3500g chiếm 77,1%; cân nặng >3500g chiếm 10,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn phụ sản Đại học Huế-Trường Đại học Y Dược.** Giáo trình sản phụ khoa tập 2 dành cho đào tạo sau đại học. Nhà xuất bản Đại học Huế. 2022. 108-125.
2. **Trần Thị Lợi.** U xơ cơ tử cung và thai kỳ. 2023. <https://hinhanhkykhoa.com/tai-lieu/tai-lieu-hoi-nghi-san-phu-khoa-can-tho-8-2023.html>.
3. **Parazzini F., Tozzi L., Bianchi S.** Pregnancy outcome and uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016. 34, 74-84, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.017>.
4. **Sobel M., Hobson S., Chan C.** Fibromes utérins pendant la grossesse. Cmaj iamc. 2022. 194 (22), 267–1268, <https://doi.org/10.1503/cmaj.211530>.
5. **Mitro S.D., Peddada S., Chen Z., Buck Louis G.M., Gleason J.L., et al.** Natural history of fibroids in pregnancy: National institute of child health and human development fetal growth studies-singletons cohort. Fertility and Sterility. 2022. 118(4), 656-665, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.06.028>.
6. **Dư Phương Anh.** Kết cục mổ lấy thai các trường hợp sản phụ có u xơ tử cung tại Bệnh viện Từ Dũ. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Chí Minh. 2021.
7. **Nguyễn Thùy Trang.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí u xơ tử cung trên sản phụ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II,

- Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2019.
8. **Zhao, R., Wang, X., Zou, L., & Zhang, W.** Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. *BioMed research international*. 2019. 2019(1), 7576934, <https://doi.org/10.1155/2019/7576934>.
 9. **Bùi Thị Nga.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp xử trí u xơ tử cung trên sản phụ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. Tháng 2, số 1, 307–310, <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8581>.
 10. **Camelia M., Lozaneanu L., Dragos S.** Uterine Fibroids and Pregnancy: A Review of the Challenges from a Romanian Tertiary Level Institution. *Healthcare (Basel)*. 2022. 10(5), 855, <https://doi.org/10.3390/healthcare10050855>.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2019-2023

Nguyễn Văn Dinh¹, Đỗ Văn Chiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2019-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 34 BN được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2023. **Kết quả:** Kết quả sớm sau mổ: Không có tai biến trong mổ, thời gian đau sau mổ trung bình là $2,8 \pm 0,4$ ngày, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 5,9%, tỉ lệ sỏi sỏi sau phẫu thuật là 5,9%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,9 ngày. **Kết luận:** điều trị phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, ít đau và nhanh hồi phục.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TREATMENT TO REMOVE BILE DUCT STONES AT NAM ĐỊNH GENERAL HOSPITAL PERIOD OF 2019 - 2023

Objectives of the study: To evaluate the early results of laparoscopic surgery to remove bile duct stones at Nam Định General Hospital period of 2019-2023. **Subjects and methods of study:** A retrospective cross-sectional study combined with a prospective study on 34 patients who underwent laparoscopic common bile duct surgery to remove stones at Nam Định Provincial General Hospital from June 2019 to May 2023. **Results:** Early results after surgery: No complications during surgery, average postoperative pain time is 2.8 ± 0.4 days, postoperative complication rate is 5.9%, postoperative stone

retention rate is 5.9%. The average hospital stay was 9.9 days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to open the common bile duct to remove stones at Nam Định Provincial General Hospital is a minimally invasive surgery, safe, less painful and has a quick recovery.

Keywords: Bile duct stones, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp tại Việt Nam, bệnh chiếm tới 50-60% tổng các trường hợp sỏi đường mật nói chung [1].

Ở Châu Âu, người ta quan niệm rằng sỏi ống mật chủ là nguyên nhân của sỏi túi mật di chuyển xuống, nếu không có nhiễm khuẩn kèm theo thì sỏi phát triển to dần do cholesterol và sắc tố mật ngấm vào, nếu có nhiễm khuẩn thì canxi sẽ bám vào sỏi [2]. Ở Châu Á, sỏi đường mật phần lớn do giun chui lên đường mật, gây nhiễm khuẩn đường mật. Sỏi được cấu tạo bởi trứng giun và xác giun làm nòng cốt, rồi sắc tố mật và canxi, bilirubin bám vào. Sỏi mật ở người châu á chủ yếu là ở ống mật chủ và sỏi trong gan [3].

Trong lịch sử điều trị sỏi ống mật chủ, phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi – có hoặc không đặt dẫn lưu Kehr là một phẫu thuật ngoại khoa kinh điển đã áp dụng hơn một thế kỷ qua với những kết quả khả quan nhằm mục đích lấy hết sỏi đường mật, tạo lưu thông mật ruột. Trong thời đại khoa học kỹ thuật tiên tiến hiện nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi – phẫu thuật ít xâm hại, phẫu thuật nội soi (PTNS) mở ống mật chủ lấy sỏi đã từng bước được áp dụng nhiều cả trên thế giới và Việt Nam [2].

Năm 1982, Phillips More là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Ở Việt Nam, tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cũng đã tiến

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dinh

Email: dinhcacaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025