

KẾT QUẢ XỬ TRÍ U XƠ TỬ CUNG TRONG MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA

Nguyễn Thị Tú Anh¹, Nguyễn Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 165 sản phụ có u xơ tử cung được xử trí trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2025. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các sản phụ có thai sống từ 22 tuần tuổi trở lên được chẩn đoán u xơ tử cung trước, trong thời kỳ mang thai hoặc phát hiện khi mổ lấy thai.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $33,47 \pm 5,36$ tuổi; 63,7% dưới 35 tuổi. Bóc u xơ tử cung là phương pháp xử trí được thực hiện nhiều nhất với 72 trường hợp (43,7%), tiếp theo là không can thiệp lên khối u với 54 trường hợp (32,7%) và cắt tử cung với 39 trường hợp (23,6%). Phương pháp xử trí có liên quan đến kích thước khối u ($p = 0,005$), số lượng khối u ($p = 0,002$) và vị trí u xơ tử cung ($p < 0,001$). Tỷ lệ cắt tử cung cao hơn ở nhóm u có kích thước >10 cm và nhóm có từ 3 u xơ trở lên. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí u xơ tử cung và tình trạng chảy máu trong mổ ($p = 0,078$). Tỷ lệ truyền máu sau mổ là 5,5%; ghi nhận 2 trường hợp chảy máu sau mổ do dờ tử cung phải phẫu thuật lại cắt tử cung.

Kết luận: Bóc u xơ tử cung là phương pháp xử trí được áp dụng phổ biến nhất trong mổ lấy thai ở sản phụ có u xơ tử cung. Việc lựa chọn phương pháp xử trí có liên quan đến kích thước, số lượng và vị trí khối u. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai đạt kết quả khả quan khi được chỉ định phù hợp.

Từ khóa: U xơ tử cung; mổ lấy thai; bóc u xơ tử cung; cắt tử cung.

SUMMARY

OUTCOMES OF THE MANAGEMENT OF UTERINE FIBROIDS DURING CESAREAN DELIVERY AT THANH HOA OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of uterine fibroid management during cesarean delivery at Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to August 2025.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 165 pregnant women with uterine fibroids who underwent management during cesarean

delivery at Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital between January 2023 and August 2025. The study included women with viable pregnancies of at least 22 weeks' gestation who were diagnosed with uterine fibroids before pregnancy, during pregnancy, or at the time of cesarean delivery.

Results: The mean maternal age was 33.47 ± 5.36 years, with 63.7% of women younger than 35 years. Myomectomy was the most commonly performed management approach, accounting for 72 cases (43.7%), followed by no intervention on the fibroid in 54 cases (32.7%) and hysterectomy in 39 cases (23.6%). The management approach was significantly associated with fibroid size ($p = 0.005$), number of fibroids ($p = 0.002$), and fibroid location ($p < 0.001$). The rate of hysterectomy was higher among women with fibroids >10 cm and those with three or more fibroids. No significant association was observed between fibroid location and intraoperative hemorrhage ($p = 0.078$). The postoperative blood transfusion rate was 5.5%, and two patients required reoperation with hysterectomy due to postpartum hemorrhage caused by uterine atony.

Conclusion: Myomectomy was the most frequently performed management approach during cesarean delivery in women with uterine fibroids. The choice of management was associated with fibroid size, number, and location. Appropriate management of uterine fibroids during cesarean delivery yielded favorable outcomes when performed in selected cases.

Keywords: Uterine fibroids; Cesarean delivery; Myomectomy; Hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là khối u lành tính thường gặp nhất của cơ quan sinh dục phụ nữ và là chỉ định hàng đầu của phẫu thuật cắt tử cung trên toàn thế giới.¹ Bệnh thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi từ 35 – 50 tuổi, với tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi.^{1,2} Trong thai kỳ, u xơ tử cung có liên quan đến nhiều biến chứng sản khoa như sảy thai, sinh non, ngôi thai bất thường, rau tiền đạo, rau bong non, băng huyết sau sinh và làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.^{1,2} Xu hướng kết hôn và mang thai muộn trong những năm gần đây làm gia tăng số lượng thai phụ có u xơ tử cung cần được theo dõi và xử trí tại các cơ sở sản khoa.²

Trong nhiều năm, xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai vẫn là vấn đề còn nhiều tranh luận. Trước đây, bóc u xơ tử cung khi mổ lấy thai thường không được khuyến cáo do lo ngại nguy cơ chảy máu nặng, phải cắt tử cung và các biến chứng hậu phẫu. Tuy nhiên, những tiến bộ trong phẫu thuật, gây mê hồi sức và các biện pháp kiểm soát chảy máu đã làm thay đổi quan điểm này. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy

¹Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tú Anh

Email: nguyennhanhtuanpsth@gmail.com

Mã bài: N876

Ngày nhận bài: 5/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/5/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026

bóc u xơ tử cung trong mổ lấy thai có thể được thực hiện an toàn ở những trường hợp được lựa chọn phù hợp mà không làm gia tăng đáng kể nguy cơ biến chứng chu phẫu.^{3, 4}

Tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa, số lượng sản phụ có u xơ tử cung được mổ lấy thai có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả và các yếu tố liên quan tới xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ có u xơ tử cung được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/08/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Sản phụ có u xơ tử cung được chẩn đoán trước khi mang thai, trong thời kỳ mang thai hoặc phát hiện khi mổ lấy thai.

Thai sống, tuổi thai từ 22 tuần trở lên.

Được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa, bao gồm mổ lấy thai chủ động và mổ lấy thai cấp cứu.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Sản phụ mắc các bệnh lý toàn thân có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật và tình trạng chảy máu như: tăng huyết áp, bệnh tim mạch, suy gan, suy thận hoặc giảm tiểu cầu.

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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa.

Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/08/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 165)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Nhóm tuổi	< 35	105	63.7
	≥ 35	60	36.3
	Tuổi trung bình	33,47 ± 5,36	

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. Có 165 sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào phân tích.

2.5. Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi mẹ, số lần sinh, tiền sử phẫu thuật tiểu khung, tuổi thai lúc sinh.

Đặc điểm u xơ tử cung: thời điểm phát hiện, vị trí, số lượng, kích thước khối u.

Phương pháp xử trí trong mổ lấy thai: không can thiệp lên khối u, bóc u xơ tử cung, cắt tử cung.

Kết quả xử trí: tình trạng chảy máu trong mổ, sử dụng thuốc tăng co tử cung, truyền máu sau mổ, các tai biến và biến chứng sau mổ.

2.6. Thu thập và xử lý số liệu

Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng biểu thị dưới dạng giá trị trung bình + độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa các nhóm bằng kiểm định

Chi-square. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

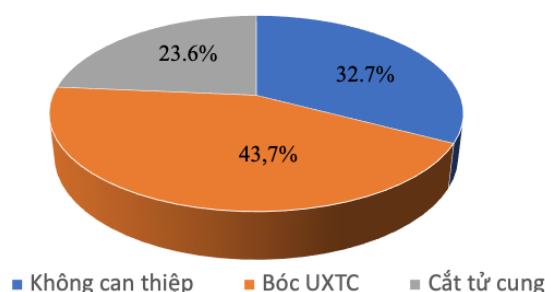
2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa. Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng số liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, điều trị và không làm ảnh hưởng đến người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Kết quả nghiên cứu được báo cáo trung thực, khách quan và chỉ sử dụng số liệu tổng hợp, không tiết lộ danh tính người bệnh.

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Số lần đẻ	Con so	81	48.9
	Đẻ 1 lần	51	30.9
	Đẻ ≥ 2 lần	33	20
Tiền sử phẫu thuật tiểu khung	Có	57	34.5
	Không	108	65.5
Tuổi thai lúc đẻ	< 37 tuần	64	38.8
	≥ 37 tuần	101	61.2

Độ tuổi trung bình của các đối tượng là $33,47 \pm 5,36$ (tuổi). Nhóm tuổi chiếm chủ yếu là < 35 tuổi (63,7%). Tỷ lệ con so chiếm chủ yếu so với con rạ. Có 34,5% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tiểu khung trước đó. Tỷ lệ thai đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,2%.

3.2. Tỷ lệ các phương pháp xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các phương pháp xử trí UXTC trong mổ

43,7% số bệnh nhân được bóc UXTC. Số bệnh nhân phải cắt tử cung chiếm 23,6%. Số còn lại không can thiệp vào u xơ.

3.3. Các yếu tố liên quan tới phương pháp xử trí UXTC trong mổ lấy thai.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan tới phương pháp xử trí UXTC trong mổ.

Đặc điểm UXTC		Không can thiệp n (%)	Bóc UXTC n (%)	Cắt tử cung n (%)	p
Kích thước	> 10 cm	9 (29.0)	8 (25.8)	14 (45.2)	0.005
	≤ 10 cm	45 (33.6)	64 (47.8)	25 (18.6)	
Số lượng	1 u xơ	33 (30.6)	58 (53.7)	17 (15.7)	0.002
	2 u xơ	7 (36.8)	6 (31.6)	6 (31.6)	
	≥ 3 u xơ	14 (36.8)	8 (21.1)	16 (42.1)	
Vị trí u	Dưới niêm mạc	22 (57.9)	3 (7.9)	13 (34.2)	< 0.001
	Trong cơ	25 (28.1)	43 (48.3)	21 (23.6)	
	Dưới thanh mạc	7 (18.4)	26 (68.4)	5 (13.2)	

Có mối liên quan chặt chẽ giữa kích thước, số lượng, vị trí u xơ tử cung với phương pháp xử trí trong mổ. Tỷ lệ cắt tử cung khá cao với u xơ > 10 cm (45,2%). Càng nhiều u xơ, tỷ lệ bóc thành công càng thấp, tỷ lệ cắt tử cung càng tăng. Vị trí u xơ nằm càng sâu, tỷ lệ bóc u xơ thành công càng thấp, tỷ lệ cắt tử cung càng cao.

3.4. Ảnh hưởng của vị trí u xơ tử cung với tình trạng chảy máu trong mổ.

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí u xơ tử cung và tình trạng chảy máu trong mổ.

Vị trí UXCTC	Không chảy máu	Chảy máu phải cắt tử cung	Chảy máu phải thắt động mạch tử cung	p
U dưới niêm mạc	21 12.7%	14 8.5%	3 1.8%	0.078
U trong cơ	62 37.6%	21 12.7%	6 3.6%	
U dưới thanh mạc	33 20 %	4 2.4%	1 0.6%	
Tổng	116 70.3%	39 23%	10 6.7%	

Không có mối liên quan giữa vị trí u xơ tử cung với tình trạng chảy máu trong mổ.

3.5. Điều trị hỗ trợ và tai biến sau mổ.

- Trừ những bệnh nhân cắt tử cung trong mổ, còn lại 126 bệnh nhân đều được sử dụng thuốc tăng co sau mổ. Trong đó có 74 (58,7%) bệnh nhân dùng đơn thuần oxytocin. 32 bệnh nhân (25,4%) dùng phối hợp oxytocin và Ergometrin. 20 bệnh nhân (15,9%) dùng phối hợp oxytocin và Duratocin.

- Có 9/165 bệnh nhân phải truyền máu sau mổ. Có 2 ca chảy máu sau mổ do rời tử cung phải phẫu thuật lại cắt tử cung.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 165 sản phụ có u xơ tử cung được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong giai đoạn từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2025. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $33,47 \pm 5,36$ tuổi, trong đó nhóm dưới 35 tuổi chiếm 63,7%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của u xơ tử cung là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và có xu hướng gia tăng theo tuổi.^{1,2} Mặc dù nhóm dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn, song tỷ lệ sản phụ từ 35 tuổi trở lên vẫn chiếm tới 36,3%, phản ánh xu hướng mang thai ở độ tuổi muộn ngày càng phổ biến hiện nay. Đây cũng là yếu tố được ghi nhận làm gia tăng tỷ lệ thai kỳ kèm theo u xơ tử cung trong nhiều nghiên cứu gần đây.²

Ngoài ra, hơn một nửa số trường hợp trong nghiên cứu đã từng sinh con trước đó, cho thấy phần lớn người bệnh không còn ở lần mang thai đầu tiên. Đặc điểm này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng khi cân nhắc lựa chọn phương pháp xử trí trong mổ lấy thai, đặc biệt đối với các trường hợp khối u lớn, đa u xơ hoặc nguy cơ chảy máu cao.

4.2. Kết quả xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bóc u xơ tử cung là phương pháp xử trí được áp dụng nhiều nhất với 72 trường hợp (43,7%), tiếp theo là không can thiệp lên khối u với 54 trường hợp (32,7%) và cắt tử cung với 39 trường hợp (23,6%). Kết quả này cho thấy xu hướng ngày càng mở rộng chỉ định bóc u xơ trong mổ lấy thai tại thực hành sản khoa hiện nay.

Trước đây, bóc u xơ trong mổ lấy thai thường được xem là chống chỉ định tương đối do lo ngại nguy cơ chảy máu nghiêm trọng và phải cắt tử cung cấp cứu. Tuy nhiên, quan điểm này đã thay đổi đáng kể trong những năm gần đây. Rahimli và Ocakoglu cho rằng với sự tiến bộ của kỹ thuật phẫu thuật, gây mê hồi sức và các biện pháp kiểm soát chảy máu, bóc u xơ trong mổ lấy thai có thể được thực hiện an toàn ở các trường hợp được lựa chọn phù hợp.³ Kết quả phân tích gộp của Huang và cộng sự năm 2020 trên 8.016 sản phụ cũng cho thấy bóc u xơ trong mổ lấy thai không làm tăng đáng kể tỷ lệ biến chứng nặng, mặc dù lượng máu mất và nhu cầu truyền máu có xu hướng cao hơn nhóm không bóc u.⁵

Tỷ lệ bóc u xơ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, phản ánh xu hướng điều trị bảo tồn tử cung ngày càng được áp dụng rộng rãi. Kết quả này cũng tương đồng với nhận định của Dai và cộng sự năm 2024 khi các tác giả cho rằng bóc u xơ trong mổ lấy thai là một lựa chọn khả thi và an toàn ở những trường hợp được đánh giá đầy đủ trước và trong phẫu thuật.⁶

Tỷ lệ cắt tử cung trong nghiên cứu là 23,6% (39/165), cao hơn so với nhiều báo cáo quốc tế. Tuy nhiên, cần lưu ý sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu: nhiều nghiên cứu quốc tế chủ yếu tập trung vào

các trường hợp được lựa chọn để bóc u xơ trong mổ lấy thai, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm toàn bộ sản phụ có u xơ tử cung được mổ lấy thai tại bệnh viện. Bên cạnh đó, một tỷ lệ đáng kể sản phụ trong nghiên cứu từ 35 tuổi trở lên, đã có đủ con hoặc không còn nhu cầu sinh sản, do đó có thể thuận lợi hơn cho việc lựa chọn phương pháp xử trí triệt để trong những trường hợp u xơ lớn, đa u xơ hoặc có nguy cơ chảy máu cao. Cần nhấn mạnh rằng 39 trường hợp cắt tử cung trong nghiên cứu là các trường hợp được thực hiện ngay trong cuộc mổ lấy thai và được tính là một nhóm phương pháp xử trí; các trường hợp này không được cộng thêm với những nguyên nhân hoặc tình trạng chảy máu được phân tích ở các bảng khác.

4.3. Các yếu tố liên quan đến phương pháp xử trí

Một trong những kết quả quan trọng nhất của nghiên cứu là xác định được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp xử trí với kích thước, số lượng và vị trí u xơ tử cung.

Chúng tôi ghi nhận nhóm có kích thước u >10 cm có tỷ lệ cắt tử cung lên tới 45,2%, cao hơn rõ rệt so với nhóm u ≤ 10 cm (18,6%) ($p = 0,005$). Ngược lại, tỷ lệ bóc u xơ ở nhóm u ≤10 cm đạt 47,8%, cao hơn đáng kể so với nhóm u lớn. Kết quả này phù hợp với nhận định của Rahimli và Ocakoglu khi cho rằng kích thước khối u là một trong những yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến quyết định xử trí trong mổ lấy thai.³ Các khối u lớn thường có hệ thống mạch máu phong phú, làm biến dạng cấu trúc tử cung và gia tăng nguy cơ chảy máu khi bóc tách. Nghiên cứu của Shi và cộng sự năm 2023 cũng cho thấy các trường hợp u trong cơ có kích thước lớn có lượng máu mất trong mổ và thời gian phẫu thuật cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng.⁷

Số lượng u xơ cũng có ảnh hưởng rõ rệt đến lựa chọn phương pháp xử trí. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm chỉ có một u xơ chủ yếu được xử trí bằng bóc u (53,7%), trong khi nhóm có từ ba u xơ trở lên có tỷ lệ cắt tử cung cao nhất (42,1%) ($p = 0,002$). Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng bởi khi số lượng khối u tăng lên, diện bóc tách rộng hơn, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn và nguy cơ mất máu cũng tăng theo. Dai và cộng sự năm 2024 ghi nhận các trường hợp đa u xơ thường có thời gian phẫu thuật dài hơn và tỷ lệ can thiệp cầm máu cao hơn so với nhóm đơn u.⁶

Bên cạnh kích thước và số lượng, vị trí u xơ cũng là yếu tố có liên quan chặt chẽ đến phương pháp xử trí ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, u dưới thanh mạc có tỷ lệ được bóc cao nhất (68,4%),

trong khi u dưới niêm mạc có tỷ lệ không can thiệp hoặc cắt tử cung cao hơn. Kết quả này tương đồng với tổng quan của Rahimli và Ocakoglu,³ trong đó các tác giả nhận định rằng u dưới thanh mạc là nhóm thuận lợi nhất để thực hiện bóc u trong mổ lấy thai do ranh giới rõ, dễ tiếp cận và ít ảnh hưởng đến cấu trúc cơ tử cung. Ngược lại, các khối u nằm sâu trong lớp cơ hoặc gần buồng tử cung thường gây khó khăn cho quá trình bóc tách và kiểm soát chảy máu.

Những kết quả trên cho thấy quyết định xử trí u xơ tử cung trong mổ lấy thai cần được cá thể hóa dựa trên đặc điểm của khối u thay vì áp dụng một chiến lược chung cho tất cả các trường hợp.

4.4. Tai biến và kết quả điều trị hỗ trợ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoại trừ 39 bệnh nhân cắt tử cung trong mổ, còn lại tất cả 126 bệnh nhân đều được sử dụng thuốc tăng co tử cung sau mổ. Chủ yếu là oxytocin đơn thuần hoặc phối hợp với thuốc tăng co khác. Việc sử dụng thường quy thuốc tăng co sau mổ lấy thai có thể góp phần hạn chế nguy cơ đờ tử cung và chảy máu sau sinh, đặc biệt ở nhóm sản phụ có u xơ tử cung là đối tượng có nguy cơ băng huyết cao hơn bình thường. Tỷ lệ truyền máu sau mổ là 5,5%, tương đối thấp so với nguy cơ chảy máu vốn được ghi nhận ở các trường hợp thai kỳ có kèm theo u xơ tử cung. Kết quả này tương đồng với nhận định của Huang và cộng sự rằng mặc dù bóc u xơ trong mổ lấy thai có thể làm tăng lượng máu mất, song tỷ lệ biến chứng nặng và nhu cầu truyền máu vẫn ở mức chấp nhận được khi có chỉ định phù hợp và được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.⁵

Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí u xơ tử cung và tình trạng chảy máu trong mổ ($p > 0,05$). Điều này cho thấy nguy cơ chảy máu có thể không chỉ phụ thuộc vào vị trí khối u mà còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác như kích thước, số lượng u, tình trạng co hồi tử cung và kỹ thuật phẫu thuật.

Trong nghiên cứu, có 2 trường hợp xuất hiện chảy máu sau mổ do đờ tử cung, không đáp ứng với điều trị tăng co, phải phẫu thuật lại và cắt tử cung. Hai trường hợp này không được tính vào 39 trường hợp cắt tử cung trong mổ lấy thai, vì biến số “cắt tử cung” trong nghiên cứu được xác định là phương pháp xử trí được thực hiện ngay trong cuộc mổ lấy thai. Việc phân định này nhằm bảo đảm tính nhất quán giữa tiêu chí thu thập số liệu và các bảng kết quả. Như vậy, tổng số trường hợp được cắt tử cung trong nghiên cứu là 39 trường hợp trong mổ lấy thai; 2 trường hợp cắt tử cung do biến chứng chảy máu sau mổ được ghi nhận riêng như một biến cố hậu

phẫu và không được cộng vào số ca cắt tử cung trong mổ. Kết quả này cho thấy mặc dù u xơ tử cung là yếu tố nguy cơ của băng huyết sau sinh, việc lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp kết hợp với các biện pháp kiểm soát chảy máu hiệu quả có thể giúp hạn chế các biến chứng nặng. Kết quả nghiên cứu của Dai và cộng sự năm 2024 cũng cho thấy bóc u xơ trong mổ lấy thai không làm gia tăng đáng kể các biến cố bất lợi nghiêm trọng đối với mẹ và trẻ sơ sinh.⁶

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy bóc u xơ tử cung trong mổ lấy thai là phương pháp khả thi và tương đối an toàn ở các trường hợp được lựa chọn phù hợp. Kích thước, số lượng và vị trí khối u là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến quyết định xử trí, đồng thời cần được cân nhắc kỹ lưỡng nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị và đảm bảo an toàn cho sản phụ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 165 sản phụ có u xơ tử cung được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2025 cho thấy: Bóc u xơ tử cung là phương pháp xử trí được áp dụng phổ biến nhất ở các sản phụ có u xơ tử cung được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa. Việc lựa chọn phương pháp xử trí có liên quan đến các đặc điểm của khối u, bao gồm kích thước, số lượng và vị trí u xơ tử cung. Bóc u xơ tử cung trong mổ lấy thai có thể được thực hiện an toàn ở các trường

hợp được lựa chọn phù hợp, với tỷ lệ biến chứng và truyền máu sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Management of symptomatic uterine leiomyomas. Practice Bulletin No. 228. *Obstet Gynecol.* 2021;137(6):e100-e115.
2. **Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R.** Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG.* 2017;124(10):1501-1512.
3. **Rahimli M, Ocakoglu G.** Should we perform myomectomy during cesarean section? Tips and tricks. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022;48(5):1219-1227.
4. **Nguyễn Thùy Trang.** Nghiên cứu kết quả bóc u xơ tử cung trong mổ lấy thai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **Huang Y, Ming X, Li Z.** Feasibility and safety of performing cesarean myomectomy: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(2):248-259. doi:10.1080/14767058.2020.1791816.
6. **Dai QH, Zhang L, Chen AE.** Prognostic and reproductive outcomes in women who had uterine myomas removed during cesarean section and sutured using different techniques. *BMC Womens Health.* 2024;24:7. doi:10.1186/s12905-023-02852-9.
7. **Shi C, Chen J, Chen A.** Clinical outcome analysis of intramural myoma greater than 8 cm in diameter removed during caesarean section: a retrospective study. *BMC Womens Health.* 2023;23:60. doi:10.1186/s12905-023-02210-9.