

KẾT QUẢ 1000 TRƯỜNG HỢP CẢI TIẾN KỸ THUẬT CẮT TỬ CUNG TRONG MỔ MỞ CÓ CHỌN LỌC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

NGUYỄN VĂN HỌC

TÓM TẮT:

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt tử cung đường bụng cải tiến cho 1000 ca từ tháng 10 năm 2005 – tháng 8 năm 2010 tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng. Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá những ưu, nhược điểm của kỹ thuật cắt tử cung đường bụng có cải tiến. Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đã chọn, những bệnh nhân bị ung thư, hay nghi ngờ ung thư, trọng lượng tử cung trên 400 gram không đưa vào nghiên cứu. Kết quả không có tai biến về chảy máu, đường tiết niệu, ruột, chỉ có 4,2% bị nhiễm trùng, tiết kiệm chỉ khâu, thuốc mê và thời gian nằm viện, phục hồi sức khoẻ nhanh.

Từ khóa: tử cung

SUMMARY:

We performed 1000 abdominal hysterectomy cases by this modern technique from October 2005 to august 2010, at Hai-phong hospital of obstetric and gynecology. **Objectives:** in order to evaluate advantages and disadvantages of this abdominal hysterectomy by innovatory technique. **Objects:** All patients whom have enough designated standard were enrolled in this study. The patients with cancer or suspicious cancer or whose uterus' weight higher than 400 gram were eliminated. **Results:** There are no records of complications such as post- operation bleeding, urinary or bowel injuries. There is only 4.2% cases of post- op infection is observed. Through this method we could save sewing material and anesthetic drugs, reduce hospitalization time and get recovery sooner.

Keywords: hysterectomy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật cắt tử cung hiện nay trên thực tế còn có những điểm chưa hợp lý đó là kỹ thuật phức tạp, phải cặp cắt và độn chạm nhiều tới tổ chức lành cạnh tử cung do đó dễ bị tổn thương tới các tạng lân cận, nguy cơ chảy máu thứ phát sau mổ tăng, tăng tiết dịch sau mổ dẫn đến dễ bị nhiễm trùng. Phải mất nhiều thời gian để cầm máu và khâu phục hồi lại những chỗ đó cắt, tốn nhiều chỉ khâu, thuốc mê. Độ an toàn cho người bệnh trong và sau phẫu thuật không cao. Để khắc phục những điểm chưa hợp lý đó, chúng tôi tìm cách cải tiến kỹ thuật cắt tử cung trong mổ mở dựa trên ý tưởng phá dỡ nhà thành

phố, hay **Cắt tử cung khụng xâm lấn vào tổ chức lành cạnh tử cung**. Với mục tiêu: Đánh giá những ưu, nhược điểm của phương pháp cải tiến kỹ thuật cắt tử cung trong mổ mở này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những trường hợp có chỉ định cắt tử cung kể cả những bệnh nhân có các bệnh kèm theo như tim mạch, huyết áp, đái đường... đã điều trị ổn định.

2. Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp bị ung thư CTC, hay nghi ngờ bị ung thư CTC. U xơ tử cung có kích thước > thai 3 tháng (trên 400gr). Khối u quá dính.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Tiến cứu, mô tả cắt ngang. Thời gian từ 10/2005 đến 8/2010

Các tiêu chuẩn quy định trong nghiên cứu:

* B/n được coi là nhiễm trùng khi: Sau mổ có sốt > 3 ngày liên tục. Bạch cầu > 9000/mm³ Kháng sinh dùng phối hợp từ 2 loại trở lên và ≥ 7 ngày. Thời gian nằm viện ≥ 8 ngày.

* B/n được coi là thiếu máu khi Hb(huyết sắc tố) < 10g/ lít.

* B/n được coi là tốt sau mổ khi: Không bị mổ lại vì bất cứ lý do gì. B/n nhanh chóng phục hồi sức khoẻ, ăn uống trở lại bình thường. Các chức phận về tiêu hóa, tiết niệu trở về bình thường. Không bị nhiễm trùng mổ cắt và thành bụng, cắt chỉ vết mổ sau 5 – 7 ngày. Kháng sinh dùng không quá 5 ngày và không dùng phối hợp. Xuất viện từ sau 6 -7 ngày sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Số bệnh nhân cắt tử cung hoàn toàn và bán phần

Chỉ định cắt tử cung	Số ca	Tỷ lệ%
Cắt bán phần	463 ca	46,3%
Cắt hoàn toàn	537 ca	53,7%
Tổng cộng	1000 ca	100%

Trong 537 ca cắt hoàn toàn có 268 ca cắt 2 phần phụ và 159 ca để lại một phần phụ, 110 ca để lại 2 phần phụ.

Bảng 2. U xơ tử cung và các bệnh kèm theo

Các bệnh	Bệnh tim	Mổ cũ	Cao HA	Thiếu máu	U buồng trứng	Viêm dính tiểu khung	Lạc nội mạc	Chứa ngoài tử cung	Sa thành trước âm đạo	Tổng cộng
Cắt bán phần	5	69	17	16	9	8	12	6	1	353 ca
Cắt hoàn toàn	3	57	49	32	19	27	18	0	5	

Có 353 trường hợp u xơ tử cung kết hợp với bệnh kèm theo, trong tổng số 1000 trường hợp mổ cắt tử cung của nhóm nghiên cứu, chiếm 35,3%.

Bảng 3. Đường mổ

	Đường trắng giữa	Đường Pfannenstiel	Tỷ lệ%
Cắt hoàn toàn	35 ca	502 ca	93,5%
Cắt bán phần	28 ca	435 ca	93,9%
Cộng	63 ca	937ca	1000 ca

Đường mổ thẩm mỹ cho cắt tử cung bán phần và hoàn toàn chiếm chủ yếu trên 93%, chúng tôi, chỉ thực hiện đường mổ thẳng giữa khi có vết mổ cũ là đường trắng giữa.

Bảng 4. Thời gian mổ của cắt tử cung bán phần

Cắt bán phần	< 30ph	>30 - ≤ 40ph	> 40 - ≤ 50ph	>50- ≤ 60ph	Thời gian trung bình
Tổng cộng	89	296	70	8	38 phút

Bảng 5. Thời gian mổ của cắt tử cung hoàn toàn

Cắt hoàn toàn	≤ 30 ph	>30 - ≤ 40ph	>40 - ≤ 50ph	>50- ≤ 60ph	>60 - ≤70	Thời gian trung bình
Tổng cộng	32	97	285	113	10	48 phút

Bảng 6. Các tai biến trong nhóm nghiên cứu:

Các tai biến	Trong mổ				Sau mổ				
	Bàng quang	Niệu quản	Ruột	Chảy máu	Chảy máu sau mổ	Nhiễm trùng Thân h bụng	Mô m cắt âm đạo	Tụ máu môm cắt âm đạo	Dò bàng quang âm đạo
Cắt bán phần	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Cắt hoàn toàn	0	0	0	0	0	7	32	0	0
Cộng	0	0	0	0	0		42		0

Trong 1000 trường hợp cắt tử cung cải tiến chỉ có 42 trường hợp bị nhiễm trùng sau mổ, chiếm tỷ lệ 4,2%. Ngoài ra không gặp một tai biến nào khác.

BÀN LUẬN

- Trong quá trình cắt tử cung, thay vì dùng Van và Ecarter để mở rộng phẫu trường ổ bụng, chúng tôi dùng Farabeuf, khi thực hiện các thao tác kỹ thuật cắt tử cung làm bên nào thì đưa Farabeuf về phía bên đó, như vậy phẫu trường không gò bó và rất linh hoạt, lực kéo không nhiều, thành bụng không bị ép nhiều sang 2 bên và xuống dưới như khi dùng Van và Ecarter. Chỉ buộc xong được cắt ngay, không để chờ, không dùng phanh để để giữ chỉ vì vậy phẫu trường rất thoáng và rộng rãi, thao tác thuận lợi, dễ dàng (điểm cải tiến thứ nhất).

- Đường rạch da, nếu không có sẹo mổ cũ đường trắng giữa, đường rạch da cho cắt tử cung 100% được

thực hiện bằng đường mổ Pfannenstiel với độ dài ngắn nhất là 5 cm và độ dài tối đa là 10 cm, đường rạch da không cắt đứt 2 nhánh của động mạch thượng vị dưới. Tử cung có khối u 100% được đưa ra hẳn ngoài ổ bụng, bằng cách lựa từng bên để đưa khối u tử cung có kích thước lớn hơn độ dài rạch da, ra khỏi ổ bụng và cắt tử cung được thực hiện ở bên ngoài ổ bụng, do đó phẫu trường rộng rãi hơn, dễ làm hơn, thời gian mổ cũng rút ngắn chỉ còn 38 phút cho cắt tử cung bán phần và < 48 phút cho cắt hoàn toàn. Quan điểm của nhóm tác giả hiện nay người phụ nữ quan tâm nhiều đến thẩm mỹ, cho nên khi rạch da không nên rạch rộng tối đa mà đường rạch da đủ rộng mà phẫu thuật viên vẫn cảm thấy thoải mái trong khi phẫu thuật là được (điểm cải tiến thứ 2)..

- Thay vì cắt rời từng thành phần theo thứ tự là dây chằng tròn, buồng trứng, dây chằng thất lưng buồng trứng (nếu cắt buồng trứng), bóc tách dây phúc mạc của đáy bàng quang ra xa, sau đó cắt động mạch tử cung, chúng tôi tiến hành cắt gộp một lần tất cả các thành phần trên lấy điểm mốc để cặp cắt là chỗ bám của phúc mạc trượt dính vào thân tử cung. Nhược điểm của cắt gộp về lý thuyết là dễ gây chảy máu thứ phát do buộc không chặt. Để khắc phục nhược điểm đó, chúng tôi có sáng kiến là dùng dao điện đơn cực chế độ đốt để cắt các dây chằng gắn vào tử cung do đó hạn chế sự chảy máu, dùng chỉ viracyl 1/0 để buộc (không dùng chỉ catgut). Như vậy nguy cơ chảy máu do cắt gộp được giải quyết triệt để và có những ưu điểm hơn so với kỹ thuật cắt rời kiểu truyền thống là: Thay vì cặp, cắt, buộc chỉ 4 lần thì chỉ cần cặp, cắt, buộc chỉ 1 lần duy nhất, không phải mở và đẩy phúc mạc do đó làm giảm nguy cơ chảy máu, giảm tiết dịch trong và sau mổ. Tổ chức lạnh phía sau phanh cặp được giữ nguyên, không bị đụng dập, không cần phải khâu phục hồi và phủ phúc mạc lại chỗ cắt. Giảm đáng kể thời gian mổ, tiết kiệm được chỉ khâu. Trong 1000 ca phẫu thuật với thời gian 5 năm, nhóm phẫu thuật chưa gặp một ca tai biến do chảy máu, cũng như các tai biến khác, số chỉ khâu dùng cho cắt tử cung cả bán phần và hoàn toàn là 3,1 sợi (điểm cải tiến thứ 3).

- Trong cắt tử cung bán phần, chúng tôi không mở và đẩy phúc mạc trượt của đáy bàng quang mà giữ nguyên, cắt tử cung được tiến hành ngay sát trên chỗ bám của phúc mạc trượt dính vào tử cung. Ưu điểm: không bao giờ gây chạm thương bàng quang vì đoạn phúc mạc trượt dính vào tử cung được giữ nguyên, không phải mở phúc mạc bàng quang cho nên không có nguy cơ chảy máu cũng như tụ máu ở mặt sau của đáy bàng quang (điểm cải tiến thứ 4).

- Trong cắt tử cung hoàn toàn chúng tôi tiến hành mở phúc mạc trượt sau bàng quang trong phạm vi tối thiểu, chỉ ở trong cổ tử cung, hạn chế tối đa việc đẩy bàng quang vì vậy rất ít khi gây tổn thương bàng quang và chảy máu vùng đáy bàng quang. Ưu điểm là bàng quang rất ít khi bị đụng chạm tới, khoảng cách từ chỗ cắt tới đáy bàng quang còn xa, do đó

không gây chảy máu hay rỉ máu vùng đáy bàng quang, không bị tụ máu mòm cắt âm đạo sau mổ. Giảm đáng kể thời gian mổ, hạn chế loạn dưỡng và nhiễm trùng mòm cắt âm đạo sau mổ do không phải khâu tăng cường (điểm cải tiến thứ 5).

- Sau khi cắt xong động mạch tử cung, phần giải phóng CTC khỏi âm đạo trong cắt hoàn được thực hiện bằng dao điện đơn cực chế độ đốt, ưu điểm: tác dụng cầm máu diện cắt âm đạo tốt hơn, độ an toàn cao hơn do dao điện luôn đi ở phía trên chỗ vạch ban đầu. Hạn chế việc khâu cầm máu tăng cường âm đạo, giảm đáng kể thời gian (mất khoảng 5 phút cho việc giải phóng CTC ra khỏi âm đạo), làm như vậy không bao giờ chạm thương vào bàng quang và trực tràng cũng như niệu quản (điểm cải tiến thứ 6)

- Khi đóng mòm cắt âm đạo, chúng tôi có ý thức lấy rất tiết kiệm phần âm đạo nhằm hạn chế tối đa việc làm ngắn âm đạo không cần thiết, do âm đạo được cầm máu rất tốt do cắt dao điện chế độ đốt, việc khâu âm đạo chỉ mang tính chất khép hai mép vào nhau do đó nuôi dưỡng tốt hơn, mềm mại hơn và mòm cắt âm đạo được khâu vát 100% bằng chỉ vircryl 1/0.

KẾT LUẬN

- Kỹ thuật cắt tử cung cải tiến đơn giản hơn nhiều, qui trình cắt tử cung hợp lý hơn so với kiểu cắt tử cung

truyền thống hiện nay. Độ an toàn cho người bệnh rất cao, không có tai biến vào các tạng và không có ca nào phải mổ lại vì chảy máu, tỷ lệ nhiễm trùng là 4,2%. Giảm đáng kể thời gian mổ, cắt bán phần mất 38 phút và cắt hoàn toàn mất 48 phút, tiết kiệm chỉ khâu, cắt bán phần và cắt hoàn toàn chỉ mất 3,1 sợi chỉ, giảm lượng thuốc gây mê đưa vào cơ thể. Phục hồi sức khoẻ nhanh, ít đau, không gây tê bì thành bụng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Copenhagen E H. Hysterectomy (1965): Vaginal versus abdominal. surg clin North Am. 45: 751 – 63.

2. Clifford R. Wheelless MD (1991), Atlas of pelvic surgery third edition. Total abdominal hysterectomy with and without bilateral salpingo -ophorectomy, p 241 – 248.

3. David. Hager. W. Postoperative infection, Prevention and Management, chepter 12. Te lind s operative, gynecology eighth edition, p 233- 243.

4. Melcher DH (1971). Appendectomy with abdominal hysterectomy lancet: 1. 810 – 11.

5. Robinson R.E (1989). Abdominal hysterectomy: total and subtotal operative surgery. Fundamental international techniques. Gynaecology and obstetrics, p 169 – 174.