

## **NHẬN XÉT CHẨN ĐOÁN RAU TIỀN ĐẠO Ở THAI PHỤ CÓ SẸO MỔ ĐẼ CŨ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG 2 NĂM 2008 - 2009**

**ĐINH VĂN SINH, ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT**

### **TÓM TẮT**

*Mục tiêu: Nhận xét chẩn đoán rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2008 - 2009. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu với 110 sản phụ có hồ sơ với tuổi thai từ 28 tuần trở lên, có sẹo mổ đẻ cũ, được chẩn đoán là RTĐ qua lâm sàng và siêu âm, đã được đẻ tại BVPSTU trong thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2008 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009.*

*Kết quả: Chảy máu là dấu hiệu thường gặp nhất chiếm 70%. Trong 110 trường hợp thì có 33 trường hợp vào viện không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 30%. Trong những bệnh nhân chảy máu thì có 11 bệnh nhân vừa chảy máu vừa đau bụng chiếm 10%. Ra máu một lần chiếm 34,5%, ra máu trên 1 lần chiếm 35,5%. Trong các loại RTĐ, tỷ lệ ra máu tái phát #2 lần ở RTĐBM chiếm tỷ lệ cao nhất 43,8%, ra máu nhiều nhất là 5 lần, ở RTĐBTT có tỷ lệ ra máu #2 lần ít nhất 25%. Trong các loại RTĐ, RTĐTT chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 50,9%, RTĐBM và RTĐBT chiếm tỷ lệ 30,9%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng RTĐ trên siêu âm là 98%. Có 9 trường hợp phát hiện RCRL trên siêu âm, sau mổ có 8 trường hợp chẩn đoán đúng chiếm tỷ lệ 89% (8/9).*

*Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC là 39,1% trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 31,8%. Kết luận: Chảy máu xuất hiện ở 70% các trường hợp, Siêu âm là được tiến hành ở 100% các trường hợp, chẩn đoán đúng của siêu âm phát hiện ra RTĐ là 98%. Chẩn đoán đúng siêu âm phát hiện RCRL là 89%. Tỷ lệ thiếu máu chiếm 39,1%.*

*Assessment for diagnosis of placenta praevia on the patients with the previous caesarean section at*

*the national hospital of obstetrics and gynecology from 2008 to 2009*

### **SUMMARY**

*Object: Assessment for diagnosis of placenta praevia on the patients with the previous caesarean section at the national hospital of obstetrics and gynecology from 2008 to 2009. Subjects and research method:*

*Retrospective description with 110 pregnant women who have documents with gestational age  $\geq$  28 weeks, previous caesarean section, were diagnosed placenta praevia by examination and ultrasound, and were delivered at the national hospital of obstetrics and gynecology from 01/01/2008 to 31/12/2009.*

*Results: Vaginal bleeding is the most common sign, account for 70%. In 110 cases, there are 33 cases going to hospital without symptoms, occupies 30%. In these cases, there are 11 cases with a mixture of vaginal bleeding and bellyache occupies 10%. Vaginal bleeding 1 time occupies 34.5% and vaginal  $\geq$ 2 times occupies 35.5%. Of many types of placenta praevia, the recurrent bleeding rate  $\geq$ 2 times occurs to the patients with circumvallate placenta makes up the highest rate (43.8%). And this rate occurs to the patients with partial placenta praevia is lowest, makes up 25%. The highest rate of vaginal bleeding is 5 times. Of placenta praevia, complete placenta praevia get the highest rate (50.9%), marginal placenta praevia accounts for 30.9%. The rate of exact diagnosis of placenta praevia by ultrasound is 98%. There are 9 cases of placenta accreta were detected by ultrasound. Of these cases,*

there are 8 cases were diagnosed exactly, occupies 89% (8/9).

Anemic rate of the patients with placenta praevia having previous caesarean section is 39.1%. Of these cases, mild anemia occupy 31.8%. Conclusion: Vaginal bleeding occurs 70% of the patients. Ultrasound is performed 100% of the patients. Exact diagnosis of ultrasound detected placenta praevia is 98% of cases. Exact diagnosis of ultrasound detected placenta acreta is 89% of cases. The rate of anemia is 39.1%.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rau tiền đạo là bệnh cấp cứu sản khoa thường gặp. Tỷ lệ RTĐ gần đây có xu hướng tăng lên. Tại BVPSTW năm 1997-2000 tỷ lệ RTĐ là 2,14% [50]. RTĐ gây nhiều biến chứng, tỷ lệ tử vong cho mẹ và con cao.

Tiền sử MLT làm tăng nguy cơ bị RTĐ ở lần có thai sau. Tỷ lệ gặp RTĐ ở những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai tùy thuộc vào số lần MLT và vào từng quần thể nghiên cứu. Nghiên cứu mối liên quan giữa số lần MLT với RTĐ Ananth C.V [60] thấy MLT lần 1 nguy cơ RTĐ tăng 4,5 lần; MLT 2 lần nguy cơ tăng 7,4 lần. Một số tác giả gợi ý rằng tổn thương niêm mạc tử cung và cơ tử cung do sẹo mổ tử cung có nguy cơ gây RTĐ trong lần có thai sau.

Tuy nhiên, kỹ thuật mổ lấy thai ở RTĐ có SMĐC thường khó khăn hơn do dính, RCRL và nguy cơ tai biến cho thai phụ cao [3Error! Reference source not found.]. Để nhằm giảm các tai biến này cần có chẩn đoán chính xác trước mổ, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét chẩn đoán rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ để cũ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2008 - 2009.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Các sản phụ có hồ sơ với tuổi thai từ 28 tuần trở lên, có sẹo mổ để cũ, được chẩn đoán là RTĐ qua lâm sàng và siêu âm, đã được đề tại BVPSTU trong thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2008 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009

Có hồ sơ với đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các sản phụ bị RTĐ có sẹo mổ để cũ nhưng hồ sơ bệnh án của họ không đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu

+ Không ghi rõ thể lâm sàng RTĐ, không có siêu âm chẩn đoán

+ Các sản phụ được chẩn đoán trước sinh là RTĐ trên vết mổ để cũ nhưng sau sinh không phải RTĐ như: Rau bong non, rau bám màng, đẻ non không phải do RTĐ

- Các sản phụ có tuổi thai dưới 28 tuần

- Các bệnh kèm theo như: đái tháo đường, bệnh tim, hen phế quản, bệnh thận...

#### **Tiêu chuẩn chẩn đoán**

Được thể hiện rõ trong hồ sơ bệnh án RTĐ

#### **Lâm sàng:**

- Đau bụng do cơn co tử cung
- Ra máu đỏ âm đạo với tính chất tự nhiên, bất ngờ
- Máu đỏ lẫn máu cục
- Ra máu tái phát nhiều lần.

#### **Cận lâm sàng**

Theo Phan Trường Duyệt dựa theo siêu âm đo khoảng cách từ bờ dưới bánh rau tới lỗ trong CTC để chẩn đoán RTĐ và chia ra 4 loại:

Loại 1: khoảng cách từ mép bánh rau tới lỗ trong CTC trên 20 mm. Loại này tương ứng với rau bám thấp và bám bên.

Loại 2: khoảng cách từ mép bánh rau tới lỗ trong CTC dưới 20 mm, loại này tương ứng với rau bám mép.

Loại 3: mép bánh rau lan tới lỗ trong CTC, khi chuyển dạ sẽ trở thành RTĐBTT. Loại này tương đương RTĐBTT

Loại 4: Bánh rau lan qua lỗ trong CTC, tương đương RTĐTT

*Những bệnh nhân được chẩn đoán hồi cứu sau sinh là RTĐ có sẹo mổ để cũ.*

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

### **Thiết kế nghiên cứu**

Đề tài được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả

### **Cỡ mẫu nghiên cứu**

Cỡ mẫu nghiên cứu trong hai năm được chọn là mẫu ngẫu nhiên không xác suất. Trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2008 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009 có bao nhiêu trường hợp được chẩn đoán là RTĐ có vết mổ để cũ đề tại BVPSTU là đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

### **3. Kỹ thuật thu thập số liệu**

Hồi cứu dựa trên thu thập các số liệu sẵn có tại hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại Phòng Kế Hoạch Tổng hợp BVPSTU trong 2 năm (1/2008-12/2009).

Nghiên cứu được thiết kế dựa trên bệnh án và các mục tiêu, các biến số.

### **4. Biến số nghiên cứu.**

- Dấu hiệu lâm sàng
- + Ra máu: Thời điểm ra máu lần đầu, số đợt ra máu
- + Đau bụng: có kèm theo ra máu hoặc không
- Loại RTĐ
- + RTĐTT
- + RTĐBTT
- + RTĐBM
- + RTĐBT
- Vị trí rau bám
- + Mặt trước
- + Mặt sau
- Rau cài răng lược: có hình ảnh rau cài răng lược hoặc không
- Lượng Hb (g/l) trước và sau mổ lấy thai
- + Thiếu máu nặng: Hb < 70
- + Thiếu máu trung bình: Hb từ 70 – < 90

+ Thiếu máu nhẹ: Hb từ 90 – <110

+ Không thiếu máu: Hb ≥ 110

### 2.2.5. Phân tích số liệu

Chúng tôi dùng phần mềm SPSS 16.0 để nhập và phân tích số liệu. Các đặc điểm nghiên cứu được phân tích bằng test  $\chi^2$ , test Fisher, giá trị p < 0,05 được đánh giá là có ý nghĩa thống kê. Các mối liên quan được xem xét bằng tỷ suất chênh (OR) và độ tin cậy 95% (95% CI)

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu bệnh án của các sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ có rau tiền đạo tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2008 và 2009 có tất cả 110 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Sau khi phân tích và xử lý số liệu chúng tôi thu được kết quả như sau:

#### Triệu chứng ra máu

Bảng 1. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng lâm sàng của RTĐ

Loại rau Dấu hiệu	RTĐTT		RTĐBTT		RTĐBM		RTĐBT		Tổng số		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chảy máu	Không đau bụng	35	62,5	10	50	13	81,25	8	44,4	66	60
	Đau bụng	3	5,4	3	15	1	6,25	4	22,2	11	10
Không có dấu hiệu	18	32,1	7	35	2	12,5	6	33,2	33	30	
Tổng	56	50,9	20	18,2	16	14,5	18	16,4	110	100	

Chảy máu là dấu hiệu thường gặp nhất trong RTĐ (70%), chảy máu nhiều nhất gặp ở RTĐBM 87,5% (14/16). Trong 110 trường hợp thì có 33 trường hợp vào viện không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 30% và đều được phát hiện qua siêu âm khi vào viện. Trong những bệnh nhân chảy máu thì có 11 bệnh nhân vừa chảy máu vừa đau bụng chiếm 10%.

Bảng 2. Triệu chứng ra máu tái phát và loại RTĐ

Loại RTĐ Lần ra máu	RTĐTT		RTĐBTT		RTĐBM		RTĐBT		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	18	32,2	7	35,0	2	12,4	6	33,3	33	30
1 lần	18	32,2	8	40,0	7	43,8	5	27,8	38	34,5
≥ 2 lần	20	35,6	5	25,0	7	43,8	7	38,9	39	35,5
Tổng số	56	50,9	20	18,2	16	14,5	18	16,4	110	100

Nhận xét: Ra máu một lần chiếm 34,5%, ra máu trên 1 lần chiếm 35,5%. Trong các loại RTĐ, tỷ lệ ra máu tái phát ≥2 lần ở RTĐBM chiếm tỷ lệ cao nhất 43,8%, ra máu nhiều nhất là 5 lần, ở RTĐBTT có tỷ lệ ra máu ≥ 2 lần ít nhất 25%.

#### Siêu âm

Trong các loại RTĐ, RTĐTT chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 50,9%, RTĐBM và RTĐBT chiếm tỷ lệ 30,9%.

Bảng 3. Siêu âm chẩn đoán RTĐ

Loại RTĐ Chẩn đoán	RTĐTT		RTĐBTT		RTĐBM		RTĐBT		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đúng	56	100	20	100	16	100	16	89	108	98
Sai	0	0	0	0	0	0	2	11	2	2
Tổng số	56	50,9	20	18,2	16	14,5	18	16,4	110	100

Tỷ lệ chẩn đoán đúng RTĐ trên siêu âm là 98%.

RTĐTT, RTĐBTT, RTĐBM có tỷ lệ chẩn đoán đúng trên siêu âm là 100%.

Có 2 trường hợp chẩn đoán trước mổ là rau bám đáy, hồi cứu sau mổ là RTĐBT. Tỷ lệ chẩn đoán đúng RTĐBT là 89%.

Có 9 trường hợp phát hiện RCRL trên siêu âm, sau mổ có 8 trường hợp chẩn đoán đúng chiếm tỷ lệ 89% (8/9).

#### Nồng độ hemoglobin

Bảng 4. Nồng độ Hb

Phân loại Hb(g/l)	Trước mổ		%
	n	%	
< 70	1	0,9	39,1
70 - < 90	7	6,4	
90 - < 110	35	31,8	
≥ 110	67	60,9	60,9
Tổng số	110	100	100
Trung bình	112,36 ± 17,4 g/l		

Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC là 39,1% trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 31,8%, có một bệnh nhân thiếu máu nặng nồng độ Hb lúc vào 44g/l. Nồng độ Hb trung bình trước mổ là 112,36±17,4g/l.

#### BÀN LUẬN

Triệu chứng ra máu

- Theo kết quả bảng 3.1 chúng tôi thấy triệu chứng ra máu vẫn là triệu chứng chính điển hình nhất để chẩn đoán RTĐ. Trong 110 trường hợp RTĐ ở thai phụ có SMĐC có 77 trường hợp ra máu âm đạo chiếm 70%. Dấu hiệu ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất ở RTĐBM (87,5%) và thấp nhất ở RTĐBT (44,4%).

+ Theo Nguyễn Hồng Phương [50] nghiên cứu trong 3 năm (1997– 2000), tỷ lệ chảy máu ở sản phụ bị RTĐ là 84,2%. Theo Lê Thị Mai Phương [0] trong 2 năm 2001 – 2002, tỷ lệ chảy máu là 72,6%.

+ Đặc trưng nhất trong RTĐ là chảy máu mà không kèm theo đau bụng, thường không đau bụng tới tận cuối quý 2 của quá trình thai nghén. Trong 110 bệnh nhân vào viện thì 60% bệnh nhân có dấu hiệu ra máu nhưng không kèm đau bụng, số bệnh nhân không đau bụng trong RTĐBM chiếm tỷ lệ cao nhất lên tới 81,25%, 10% có dấu hiệu ra máu kèm đau bụng, còn lại 30% là bệnh nhân không có dấu hiệu, được phát hiện qua khám thai và siêu âm.

Kết quả của chúng tôi gần giống với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền [20], trong 100 bệnh nhân RTĐ thì có 87% bệnh nhân không đau bụng mà trong đó triệu chứng không đau bụng ở RTĐBM chiếm 100%, chỉ có 13% bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng.

- Dấu hiệu ra máu trong RTĐ thường tái đi tái lại nhiều lần, theo kết quả bảng 3.2 chúng tôi thấy dấu hiệu ra máu trên 1 lần là 34 trường hợp chiếm 51,3% (39/76) và loại RTĐBM thường hay có ra huyết tái phát (43,8%).

#### Siêu âm

- Theo kết quả nghiên cứu biểu đồ 3.2 chúng tôi thấy RTĐTT chiếm tỷ lệ cao nhất 50,9% sau đến

RTĐBTT chiếm tỷ lệ 18,2%. Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Phương Lan [3Error! Reference source not found.] nghiên cứu 164 thai phụ bị RTĐ có sẹo mổ tử cung thì tỷ lệ RTĐTT cao nhất chiếm 49,4%. Việc phân loại RTĐ rất quan trọng vì dựa vào phân loại này để có thái độ xử trí hợp lý nhất. So sánh tỷ lệ các loại RTĐ với một số tác giả trong nước chúng tôi thấy:

Bảng 5. So sánh tỷ lệ RTĐ với một số tác giả trong nước

Tác giả	Năm	RTĐTT+RTĐBTT	RTĐBM+RTĐBT
Nguyễn Hồng Phương [50]	1997-2000	67,3%	42,7%
Lê Thị Mai Phương [40]	2001-2002	61,8%	38,2%
Nguyễn Thị Phương Chi [1]	2003	61%	39%
Phạm Thị Phương Lan [3Error! Reference source not found.]	2002-2006	62,8%	37,2%

- Trong 110 thai phụ bị RTĐ có SMĐC đã có 108 sản phụ siêu âm xác định RTĐ, có 2 thai phụ siêu âm rau bám đáy, nhưng sau mổ được chẩn đoán là RTĐBT. Tỷ lệ chẩn đoán đúng RTĐ bằng siêu âm là 98%, trong đó RTĐTT, RTĐBTT và RTĐBM chẩn đoán đúng 100%, còn RTĐBT siêu âm chẩn đoán đúng là 89%.

Theo chúng tôi tỷ lệ RCRL trên bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC cần được quan tâm. Trong 2 năm 2008 – 2009, năm 2009 có 9 sản phụ được siêu âm và chẩn đoán RCRL, sau mổ có 8 bệnh nhân được chẩn đoán đúng. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của siêu âm phát hiện RCRL là 89%.

Nhiều tác giả cho rằng để làm tăng giá trị cho chẩn đoán vị trí bánh rau và tính chất rau cần siêu âm qua đường âm đạo kết hợp đường bụng [7], Nhiều tác giả, đưa ra độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm để phát hiện ra loại rau cài răng lược khoảng 80 và 90%. Theo Comstock, CH [8] thì dấu hiệu gợi ý loại RCRL có thể phát hiện sớm vào quý đầu của thai nghén, một loạt các thai phụ bị RCRL và có sẹo mổ để cũ đã được chẩn đoán trước bằng siêu âm lúc túi ối 6 tuần

thường bám vào đoạn dưới tử cung hơn là bám vào đáy tử cung, khi siêu âm kiểm tra lại thai trước 10 tuần thì những ca này túi ối thường bám vào sẹo mổ để và vùng có lớp cơ mỏng.

Theo Twickler, DM [10] thì siêu âm có hai hình ảnh cho ta đánh giá được loại RCRL độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 72%.

### KẾT LUẬN

Chảy máu xuất hiện ở 70% các trường hợp, trong đó chảy máu không đau bụng xuất hiện 60% các trường hợp.

Siêu âm là được tiến hành ở 100% các trường hợp, chẩn đoán đúng của siêu âm phát hiện ra RTĐ là 98%.

Chẩn đoán đúng siêu âm phát hiện RCRL là 89%.

Nồng độ Hb trung bình trước mổ là  $112,36 \pm 17,4$  g/l, trong đó tỷ lệ thiếu máu chiếm 39,1%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Chi (2004), *Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí RTĐ tại bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2003*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa khoá 1999 – 2004. Hà Nội năm 2004.
2. Lê Thị Thanh Huyền (2004), *Bệnh cảnh lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến RTĐ tại BVPSTU năm 2004*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, trường đại học Y Hà Nội, tr.32.
3. Phạm Thị Phương Lan (2007). *Biến chứng của rau tiền đạo ở những sản phụ có sẹo mổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2002 – 12/2006*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Thị Mai Phương (2003), *Bệnh cảnh lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rau tiền đạo tại Bệnh viện phụ sản Trung ương trong 2 năm 2001 – 2002*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa khoá 1997 – 2003, Hà Nội 2003.
5. Nguyễn Hồng Phương (2000), *Nghiên cứu tình hình RTĐ và các yếu tố liên quan tại viện BVBMTSS trong 3 năm 1997-2000*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Ananth C.V, Smulian J.C, Vintzileos A.M (1997), "The association of placenta with history of cesarean delivery and abortion: A metanalysis", *Am.J. Obstets Gynecol. November.177(5), P.1071-1077*.