

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG MỔ LẤY THAI BỆNH LÝ RAU TIỀN ĐẠO CÀI RĂNG LỢC CÓ SẸO MỔ ĐỂ CỬ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Năm¹, Nguyễn Duy Ánh^{1, 2, 3}, Đỗ Tuấn Đạt^{1, 2}, Trương Quang Vinh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp bảo tồn tử cung trong mổ lấy thai bệnh lý rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ để cử tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 50 trường hợp có sẹo mổ cũ đã được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược và phẫu thuật lấy thai bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 05/2020 đến tháng 07/2021. **Kết quả:** Tuổi thai khi được chẩn đoán RTĐCRL là $29,3 \pm 2,33$ tuần; tuổi thai trung bình lúc mổ là $36,2 \pm 1,92$ tuần; sản phụ có tiền sử mổ lấy thai 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%. Ra máu là dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất (chiếm 58,0%). Rau bám tại vị trí mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 78,0%. Tỷ lệ sản phụ mất khoảng sáng sau rau và có mạch máu bất thường chiếm nhiều nhất, lần lượt là 58,0%, 44,0%. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu ghi nhận các kết quả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ để cử, đặc biệt là các dấu hiệu trên siêu âm Doppler đánh giá trước mổ sẽ góp phần cho các phẫu thuật viên tiên lượng khả năng thành công của một ca phẫu thuật bảo tồn tử cung ở những trường hợp này.

Từ khóa: Rau tiền đạo, rau cài răng lược, bảo tồn tử cung.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PLACENTA ACCRETA CASES WITH CESAREAN SCAR UNDERGONE CONSERVATIVE MANAGEMENT AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AND HOSPITAL

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of cases of uterine preservation in cesarean section with placenta previa with old cesarean section scars at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study on 50 cases of old surgical scars diagnosed with placenta previa and uterus-conserving cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital since May 2020 until July 2021. **Results:** Gestational age at diagnosis of RLS was 29.3 ± 2.33 weeks; average gestational age at cesarean section was 36.2 ± 1.92 weeks; Women with a history of cesarean section twice accounted for the highest rate

of 50.0%. Bleeding is the most common clinical sign (accounting for 58.0%). The placenta at the front of the uterus accounted for 78.0%. The percentage of women who lost light space after the placenta and had abnormal blood vessels accounted for the most, 58.0%, 44.0%, respectively. **Conclusion:** Our study initially recorded the results of clinical and subclinical characteristics of pregnant women with placenta previa with old cesarean section scars, especially signs on Doppler ultrasound. Preoperative evaluation will contribute to the surgeons predicting the success of uterine-conserving surgery in these cases.

Keywords: Placenta placenta, placenta previa, uterine preservation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, RCRL được mô tả và công bố chính thức hợp pháp lần đầu tiên vào năm 1937 bởi Frederick C. Irving và nhà giải phẫu bệnh Arthur T. Hertig tại Bệnh viện Boston Lying – In [1]. Theo các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, trong 25 năm qua, tần suất gặp RCRL tăng gần gấp 3 lần từ 0,04% lên 0,11% [2], [3]. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỷ lệ mổ lấy thai từ năm 2013 – 2017 tăng lên trong những năm gần đây, tỷ lệ mổ lấy thai tăng là nguy cơ gia tăng rau cài răng lược. Đây là một cấp cứu sản khoa với các biến chứng nặng nề trong mổ như chảy máu nặng, cắt tử cung, tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, ruột non, trực tràng, thậm chí tử vong mẹ và sơ sinh. Cắt tử cung vẫn luôn được đặt ra hàng đầu chiếm tỷ lệ cao trong phẫu thuật RCRL, điều đó đã để lại nhiều hệ lụy về tâm lý cũng như sức khỏe sinh sản của người phụ nữ. Việc phẫu thuật cắt tử cung ở phụ nữ đã có con có thể gây ảnh hưởng đến 41% tỷ lệ tổn thương cơ thể; phẫu thuật cắt tử cung (bán phần hoặc hoàn toàn) ở phụ nữ chưa có con thì tỷ lệ này là 51 – 55% [4]. Theo nguyện vọng của hầu hết các sản phụ đều muốn bảo tồn giữ lại tử cung sau phẫu thuật, dù có hay không còn khả năng mang thai lại, nhưng cũng giúp ổn định về mặt tâm lý, nội tiết, và khả năng tình dục, nâng cao chất lượng cuộc sống. Những năm gần đây với sự tiến bộ của công tác tiên lượng trước mổ nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và của các bác sỹ gây mê hồi sức, bác sỹ sơ sinh, tỷ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật rau cài răng lược ngày một tăng. Vì vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược- Đại Học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Năm

Email: bslenampy@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 7.10.2022

với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp bảo tồn tử cung trong mổ lấy thai bệnh lý rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Là những sản phụ được chẩn đoán và điều trị rau cài răng lược được phẫu thuật theo bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 05/2020 đến tháng 07/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ vào điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội được chẩn đoán trước mổ qua siêu âm Doppler hoặc MRI là rau tiền đạo cài răng lược, đã được phẫu thuật lấy thai bảo tồn tử cung thành công.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phẫu thuật bảo tồn tử cung thất bại phải chuyển cắt tử cung ngay trong

thời gian phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: – Phương pháp mô tả hồi cứu trên 50 trường hợp được tiến hành chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận lợi: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có bất kỳ tiêu chuẩn loại trừ nào sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án các thông tin cần thiết theo bệnh án nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi sản phụ, tuổi thai khi chẩn đoán RTĐCRL

Đặc điểm về tuổi	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi sản phụ (năm)	21	40	31,7 ± 3,90
Tuổi thai nhi khi được chẩn đoán RTĐCRL (tuần)	22	37	29,3 ± 2,33
Tuổi thai nhi khi nhập viện (tuần)	29	40	36,2 ± 1,92
Tuổi thai nhi khi mổ (tuần)	29	40	36,2 ± 1,92

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ là 31,7 ± 3,90 tuổi; thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 40 tuổi. Tuổi thai nhi khi được chẩn đoán RTĐCRL là 29,3 ± 2,33 tuần; tuổi thai nhi khi nhập viện là 36,2 ± 1,92 tuần; tuổi trung bình thai nhi lúc mổ là 36,2 ± 1,92 tuần.

Bảng 2. Tiền sử sản khoa và triệu chứng lâm sàng của sản phụ khi nhập viện

Tiền sử sản khoa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần mổ lấy thai	1 lần	20
	2 lần	25
	≥ 3 lần	5
Số lần nạo hút thai	0 lần	21
	1 lần	17
	2 lần	10
	≥ 3 lần	2
Tổng	50	100%
Dấu hiệu lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ra máu	29	58,0
Đau bụng	11	22,0
Không có triệu chứng	10	20,0
Tổng	50	100

Nhận xét: Các sản phụ có tiền sử mổ lấy thai 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%; Sản phụ chưa có tiền sử nạo hút thai có tỷ lệ cao nhất với 42,0%. Ra máu là dấu hiệu thường gặp nhất ở đối tượng nghiên cứu phải đến viện (chiếm 58,0%).

Bảng 3. Nồng độ Hemoglobin trước mổ và sau mổ

Nồng độ Hemoglobin	Trước mổ			Sau mổ			p
	n	%	$\bar{X} \pm SD$	n	%	$\bar{X} \pm SD$	
Hb < 70 g/l	0	0,0	0	0	0,0	0	0,336
70 ≤ Hb < 90 g/l	3	6,0	83,3±2,89	7	14,0	83±5,66	
90 ≤ Hb < 110 g/l	24	48,0	99,1±5,32	22	44,0	99,9±5,28	

Hb \geq 110 g/l	23	46,0	122,4 \pm 8,45	21	42,0	121,2 \pm 7,78	
Tổng	50	100	108,9 \pm 14,76	50	100	106,5 \pm 15,21	

Nhận xét: Trước mổ, sản phụ có nồng độ hemoglobin từ 90 \leq Hb < 110 (chiếm 48,0%) trung bình là 99,1 \pm 5,32 g/L. Sau mổ, tỷ lệ này là 44,0% với trung bình nồng độ Hb là 99,9 \pm 5,28 g/L; trước mổ tỷ lệ sản phụ có \geq 110 g/l là 46,0%, trung bình nồng độ Hb là 122,4 \pm 8,45 g/L, sau mổ tỷ lệ này là 42,0% với trung bình nồng độ Hb là 121,2 \pm 7,78g/L; trước mổ tỷ lệ sản phụ có nồng độ hemoglobin từ 70 \leq Hb < 90 (chiếm 6%) với trung bình là 83,3 \pm 2,89 g/L. Sau mổ, tỷ lệ này là 14% với trung bình nồng độ Hb là 83 \pm 5,66 g/L.

Bảng 4. Vị trí rau bám

Vị trí rau bám		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tương quan trước sau	Mặt trước	39	78,0
	Mặt sau	11	22,0
Tổng		50	100
Tương quan so với cổ tử cung	Thấp, bên	0	0,0
	Mép	6	12,0
	Trung tâm	44	88,0
Tổng		50	100

Nhận xét: Rau bám tại vị trí mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 78,0%. Rau bám ở mặt sau tử cung với tỷ lệ 22,0%. Chủ yếu rau bám ở vùng trung tâm tương quan với cổ tử cung, chiếm 88,0%. 12,0% rau bám ở mép tương quan với cổ tử cung.

Bảng 5. Dấu hiệu nghi ngờ RCRL

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lacunae	16	32,0
Mất liên tục đường phúc mạc - bàng quang	3	6,0
Mất khoảng sáng sau rau	29	58,0
Cơ tử cung mỏng phía sau bánh rau	6	12,0
Mạch máu bất thường	22	44,0
Thành cơ tử cung mỏng đẩy lùi vào bàng quang	4	8,0

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ mất khoảng sáng sau rau và có mạch máu bất thường chiếm nhiều nhất, lần lượt là 58,0%, 44,0%. Tỷ lệ sản phụ có lacunae và cơ tử cung mỏng phía sau bánh rau lần lượt là 32,0%, 12,0%. Tỷ lệ sản phụ có thành cơ tử cung mỏng đẩy lùi vào bàng quang và mất liên tục đường phúc mạc-bàng quang chiếm ít nhất lần lượt là 8,0%, 6,0%.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, tuổi sản phụ trung bình là 31,70 \pm 3,90 tuổi; thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 40

tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Phạm Thị Linh (2019) ghi nhận trong 255 bệnh nhân RCRL ở rau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2014 -2018 có 161 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 25 đến 34 tuổi, tương ứng với tỷ lệ 63,2%, tiếp đến là nhóm tuổi \geq 35 có 84 bệnh nhân tương ứng với tỷ lệ 32,9. Nghiên cứu của tác giả Hassan S. Abduljabbar năm 2016 cũng ghi nhận độ tuổi từ 26 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,9%, sau đó là độ tuổi từ 36 đến 45 tuổi với 34,3%; thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 45 tuổi. Như vậy, các kết quả của các tác giả đều cho thấy các sản phụ chủ yếu nằm trong độ tuổi sinh đẻ và điều này được giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trên những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai.

Tuổi thai nhi trung bình khi được chẩn đoán RCRL là 29,3 \pm 2,33 tuần, sớm nhất là 22 tuần, muộn nhất là 37 tuần. Theo tác giả Trần Khánh Hoa (2018), tuổi thai trung bình khi được chẩn đoán RCRL là 30,75 tuần, trong đó sớm nhất là ở tuần thai 22 và có 1 trường hợp hơn 40 tuần do sản phụ không theo dõi và quản lý thai nghén tại cơ sở chuyên khoa [5]. Theo nghiên cứu của tác giả Sofia năm 2009, trong 40 trường hợp RCRL, tuổi thai trung bình tại thời điểm phát hiện là 28,3 tuần và thời gian sớm nhất là tuần thai thứ 19 [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các trường hợp RCRL được phát hiện ở thời điểm 28 đến 30 tuần (43/50 trường hợp, 86%), chỉ có 2 trường hợp (4%) được phát hiện ở tuần thai 37, không có trường hợp nào phát hiện sau tuần 37. Kết quả này phần nào cho thấy những tiến bộ trong việc quản lý thai nghén đã giúp phát hiện sớm những trường hợp rau bám bất thường. Từ đó giúp các thầy thuốc cũng như các sản phụ xây dựng kế hoạch theo dõi, khám thai định kỳ, nhập viện và mổ lấy thai chủ động.

Bảng 2 cho thấy các sản phụ RCRL có sẹo mổ lấy thai 2 lần có tỷ lệ cao nhất chiếm 50%; đứng thứ hai là sản phụ có tiền sử mổ lấy thai 1 lần với 40%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mitric (2019): tỷ lệ mổ lấy thai từ 2 lần trở lên chiếm 68,1%; mổ lấy thai 1 lần là 27,7% [7]. Một trong những giả thuyết được cho là bệnh cảnh mô học chủ yếu của RCRL, đó là sự mất một phần hoặc toàn bộ màng rụng do đó gai rau bám trực tiếp vào cơ TC. Theo nghiên cứu của Klar M và

Michels KB công bố năm 2014 thì có sự gia tăng tần suất RTĐ sau mổ lấy thai, thường là do khiếm khuyết màng rụng hơn là do nguyên bào nuôi xâm lấn bất thường. Nghiên cứu này cũng đưa ra nhận định là có hiện tượng giảm lượng máu nuôi vùng sẹo mổ lấy thai cũ cũng như có tổn thương niêm mạc TC tại vùng này. Hậu quả là sự tương tác kéo dài bất thường của nguyên bào nuôi nơi rau bám và tăng sinh mạch máu vùng sâu nơi rau hình thành [8]. Trong nghiên cứu của Silver, có 36/124 trường hợp (chiếm 29%) thai bám sẹo mổ cũ có RCRL so với 4/62 trường hợp (chiếm 6,5%) không bám sẹo mổ cũ [9]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2010 – 2011, tỷ lệ RCRL trên sẹo mổ cũ 1 lần là 51,5%, 17,9% có tiền sử mổ đẻ cũ 2 lần và 2,6% trường hợp là có sẹo mổ cũ 3 lần [10].

Về tiền sử nạo hút thai, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 42% sản phụ chưa có tiền sử nạo hút thai; đứng thứ hai là sản phụ nạo hút thai 1 lần với 34%; tiếp đến là sản phụ có tiền sử nạo hút thai 2 lần với 20%; thấp nhất là nhóm sản phụ hút thai từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ 4%. Nghiên cứu của De Vita cho biết tỷ lệ mắc RCRL trên những sản phụ được chẩn đoán RTĐ đã nạo hút thai gấp 3,58 lần so với nhóm không nạo hút thai (95%CI 1.160 – 11.037; $p = 0.027$) [12]. Khi nghiên cứu về RCRL, nhiều tác giả thấy rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa RCRL với tiền sử nạo hút thai nhiều lần. Theo nghiên cứu của Laura cho rằng các mạch máu ở vùng rau bám mà trước đó đã nạo hút thai bị giảm cấp máu đến niêm mạc tử cung ở những lần có thai sau nên bánh rau phải trải rộng để đảm bảo nuôi dưỡng cho thai và làm tăng nguy cơ rau tiền đạo. Đồng thời tổn thương niêm mạc tử cung trước đó cũng tạo điều kiện cho gai rau bám chặt và ăn sâu vào lớp cơ tử cung. Toàn bộ các trường hợp trong nghiên cứu của Trần Danh Cường đều có tiền sử sảy thai có nạo buồng TC và nạo thai. Với những kết quả đã được nghiên cứu ở trên, những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai cũng như nạo hút thai là những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ RCRL.

Kết quả tại bảng 2 cũng ghi nhận có 58% sản phụ RCRL có triệu chứng ra máu âm đạo, 22% sản phụ có triệu chứng đau bụng, 10% sản phụ không có triệu chứng gì, được phát hiện tình cờ khi khám thai và siêu âm định kỳ và không có sản phụ nào có triệu chứng đái máu. Triệu chứng ra máu âm đạo là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất. Tính chất ra máu âm đạo của RCRL giống với tính chất của ra máu âm đạo trong rau tiền đạo là tự nhiên và tái phát trong

ba tháng cuối thai kỳ. Đau bụng trong RCRL chủ yếu do cơ co tử cung ở bệnh nhân dọa đẻ non hoặc có dấu hiệu chuyển dạ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Lê Hoài Chương với 30,8% bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng đau bụng [10]. Bên cạnh đó tỷ lệ không có triệu chứng trong nghiên cứu là 10% chứng tỏ triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và không đặc hiệu của RCRL cũng gây rất nhiều khó khăn trong định hướng chẩn đoán bệnh và xử trí trong mổ RCRL.

Kết quả ở bảng 3 cho thấy trước mổ đa số sản phụ không thiếu máu hoặc thiếu máu ở mức độ nhẹ, nồng độ Hemoglobin ≥ 110 g/l với tỷ lệ là 46%, nồng độ Hemoglobin $90 \leq Hb < 110$ g/l với tỷ lệ 48%. Không có sản phụ nào thiếu máu nặng. Tỷ lệ thiếu máu sau mổ tăng lên 58% (so với 54% trước mổ), bao gồm 44% thiếu máu nhẹ và 14% thiếu máu vừa và không có sản phụ thiếu máu nặng. Mức độ thiếu máu trước mổ và sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa (2018), đa số sản phụ không thiếu máu trước mổ với tỷ lệ nồng độ Hemoglobin ≥ 110 g/l là 80,7%; tỷ lệ thiếu máu sau mổ cũng tăng lên từ 19,23% lên 61,53% [5]. Nồng độ Hemoglobin trung bình trước phẫu thuật và sau phẫu thuật lần lượt là $108,9 \pm 14,76$ và $106,5 \pm 15,21$. Theo tác giả Karuna, lượng máu mất ở nhóm bệnh nhân bào tởn tử cung thấp hơn so với nhóm cắt tử cung ($1284,09$ mL so với $3169,72$ mL, $p < 0,0001$). Điều này giúp lí giải sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi (chỉ trên nhóm bào tởn tử cung) với các nghiên cứu khác trong nước (toàn bộ bệnh nhân RCRL). Nhìn chung RCRL là bệnh lý nguy hiểm, có thể gây chảy máu nhiều dẫn đến thiếu máu nặng, có thể ảnh hưởng đến tính mạng sản phụ và thai nhi cả trước, trong và sau phẫu thuật. Vì vậy tất cả các trường hợp RCRL được mổ đều phải tư vấn và dự trữ số lượng đơn vị máu nhất định trước mổ, kịp thời bù lượng máu mất trong lúc phẫu thuật và tránh rối loạn đông máu và đồng thời cần nhắc những trường hợp có thể phẫu thuật bảo tồn tử cung.

Hiện nay, chẩn đoán RCRL có thể được thực hiện sớm nhờ vào sự trợ giúp của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm – Doppler màu, chụp MRI. Trong đó, siêu âm vẫn là phương tiện đầu tay trong quản lý và theo dõi RCRL vì đây là phương pháp an toàn, không xâm lấn, hạn chế được biến chứng và ảnh hưởng cho thai nhi khi sử dụng thuốc đối quang tử.

Bảng 4 thể hiện vị trí rau bám trên siêu âm. Rau bám tại mặt trước TC chiếm tỷ lệ cao với 78%; rau bám ở mặt sau TC với 22%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Theo tác giả Phạm Thị Phương Lan, ở nhóm có sẹo mổ lấy thai, rau bám mặt trước gây nguy cơ RCRL – rau dầm xuyên cao gấp 4,96 lần nhóm rau bám mặt sau (OR = 4,96; 95% CI = 1,45 ÷ 18,62; p < 0,01). Rau bám ở mặt trước tử cung trong rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ làm cho các gai rau tại vị trí rau bám ăn sâu vào lớp cơ tử cung gây nên biến chứng rau cài răng lược.

Ở bảng 5, thể hiện tương quan của vị trí rau bám so với cổ tử cung trên siêu âm. Rau bám thấp, bám bên với tỷ lệ 0%; rau bám mép với tỷ lệ 12%; rau trung tâm và trung tâm với tỷ lệ 80%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Phương Lan với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm cao nhất chiếm 49,4%; tác giả Lê Xuân Thắng với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 78,4%; tác giả Nguyễn Hùng Sơn với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm 82,6% hay tác giả Nguyễn Tiến Công với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 98%. Điều đó cho thấy rau tiền đạo trung tâm có khả năng rất cao bám vào sẹo mổ cũ tử cung và chủ yếu là mổ lấy thai hiện nay.

Theo nghiên cứu của Pagani, giá trị của siêu âm kết hợp với thăm khám lâm sàng trong chẩn đoán trước sinh accreta, percreta, increta có độ nhạy là 91 – 93 – 81%, độ đặc hiệu là 97 – 98 – 99 %. Các dấu hiệu trên siêu âm của RCRL: Tiêu chuẩn 1: Dấu hiệu Lacune; Tiêu chuẩn 2: Mất liên tục đường phúc mạc – bàng quang; Tiêu chuẩn 3: Mất khoảng sáng sau rau; Tiêu chuẩn 4: Cơ tử cung mỏng phía sau bánh rau; Tiêu chuẩn 5: Mạch máu bất thường; Tiêu chuẩn 6: Thành cơ tử cung mỏng đẩy lùi vào bàng quang.

Bảng 5 cũng cho thấy tỷ lệ chẩn đoán RCRL của tiêu chuẩn 3 chiếm 29/50 trường hợp (58%), tiếp đến là tiêu chuẩn 5 chiếm 22/50 trường hợp (44%), tiêu chuẩn 1 chiếm 16/50 trường hợp (32%). Tiêu chuẩn 2 và tiêu chuẩn 6 có tỷ lệ là 6% và 8%. Theo tác giả Lê Xuân Thắng, tỷ lệ chẩn đoán RCRL tiêu chuẩn mất khoảng sáng sau rau là 35,1%; tiêu chuẩn mạch máu bất thường là 32,5%; tiêu chuẩn cơ tử cung mỏng chiếm 24,3%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công, dấu hiệu chủ yếu để chẩn đoán RCRL là mạch máu bất thường với 37/51 trường hợp (72,5%) và mất khoảng sáng sau rau với 30/51

trường hợp (58,8%), còn dấu hiệu cơ tử cung mỏng chỉ gặp ở 5/51 trường hợp (9,8%). Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả trên, trong đó 2 dấu hiệu có giá trị định hướng RCRL cần lưu ý khi thực hành lâm sàng là tiêu chuẩn mất khoảng sáng sau rau và mạch máu bất thường

V. KẾT LUẬN

Rau cài răng lược ngày càng thường gặp trong thực hành lâm sàng sản khoa, đặc biệt tại các bệnh viện chuyên khoa Phụ sản hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu ghi nhận các kết quả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ đẻ cũ, đặc biệt là các dấu hiệu trên siêu âm Doppler đánh giá trước mổ sẽ góp phần cho các phẫu thuật viên tiên lượng khả năng thành công của một ca phẫu thuật bảo tồn tử cung ở những trường hợp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Irving FC., Hertig AT. (1937).** "A study of placenta accreta", Surg Gynec Obstet, **64**, 178 – 200.
2. **Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM (1997).** "Clinical risk factor of previa placenta accreta", Am.J. Obstet Gynecol, **177(1)**, 210-214.
3. **Eller AG, Porter TF, Soisson P. (2009).** "Optimal management strategies for placenta accreta", BJOG, **116**, 648.
4. **Trần Khánh Hoa (2018),** Nghiên cứu thái độ xử trí rau tiền đạo cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **C. Mitric, J. Desilets, J. Balayla, et al (2019).** "Surgical Management of the Placenta Accreta Spectrum: An Institutional Experience", J Obstet Gynaecol Can, **41(11)**, 1551-1557.
6. **Klar M, Michels KB (2014).** "Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies – A metaanalysis", J Perinat Med, **42**, 571-83.
7. **Silver RM (2015).** "Abnormal placentation: Placenta previa, vasa previa and placenta accreta", Obstet Gynecol, **126(3)**, 654-68.
8. **Phạm Thị Linh (2019),** Nghiên Cứu về Rau Cài Răng Lược ở Rau Tiền Đạo Trên Sản Phụ Có Tiền SỬ Mổ Lấy Thai Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **D. De Vita, G. Capobianco, G. Gerosolima, et al (2019).** "Clinical and Ultrasound Predictors of Placenta Accreta in Pregnant Women with Antepartum Diagnosis of Placenta Previa: A Multicenter Study", Gynecol Obstet Invest, **84(3)**, 242-247.
10. **Trần Danh Cường (2011).** "Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu", Hội nghị Sản Phụ khoa Việt - Pháp năm 2011 - Chuyên đề chẩn đoán trước sinh - sơ sinh, 119 - 124.