

NHẬN XÉT VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Nguyễn Liên Phương⁽¹⁾, Trần Danh Cường⁽²⁾, Vũ Bá Quyết⁽¹⁾
(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Đại học Y Hà Nội

DOI: 10.46755/vjog.2018.1.706

Từ khóa: rau cài răng lược (RCRL), phẫu thuật cắt tử cung cầm máu.
Keywords: accrete, hysterectomy actively bleeding.

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu mô tả trên 84 bệnh nhân rau cài răng lược được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2017. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là giải phẫu bệnh tử cung có hình ảnh rau cài răng lược.

Kết quả: Tỷ lệ rau cài răng lược là 0,39% so với tổng số đẻ năm 2017 RCRL gặp ở 91,7% thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ. Số thai phụ được chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm là 64,3%. Xử trí rau cài răng lược là mổ lấy thai tiếp theo chủ động cắt tử cung cầm máu 100%. Biến chứng của cuộc mổ gặp chủ yếu là tổn thương cơ quan tiết niệu 6%

Từ khóa: rau cài răng lược (RCRL), phẫu thuật cắt tử cung cầm máu.

Abstract

COMMENTING ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACCRETA IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 2017

Objectives: Describe the clinical characteristic, preclinical and treatments accrete in The National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Methods: Retrospective descriptive on 84 patients 'accrete who are diagnosed and treatments. Diagnosis criteria identified as uterine pathology: have picture accrete.

Results: Rate accrete 0.39% as the total number of delivery. Accreta appear in 91.7% pregnant with a previous caesarean. The numbers of pregnant are diagnosed before birth by ultrasound was 64.3%. Management accrete is caesarean, after that hysterectomy actively bleeding 100%. Mainly complications of surgery are urinary organ damage 6%.

Key words: accrete, hysterectomy actively bleeding.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Liên Phương, email:
nguyenlienphuong0303@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 02/04/2018
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
02/04/2018
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 27/04/2018

1. Đặt vấn đề

Rau cài răng lược (RCRL) là bệnh lý do các gai rau bám bất thường đến lớp cơ tử cung hoặc đâm xuyên qua thành tử cung tới lớp thanh mạc, đôi khi còn lan đến cơ quan lân cận như bàng quang (BQ). RCRL là biến chứng hiếm gặp, tuy nhiên trong những năm gần đây số sản phụ mắc bệnh lý này ngày càng gia tăng. RCRL có mối liên quan mật thiết với rau tiền đạo trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai ở tử cung. Mổ đẻ càng nhiều lần mà có rau tiền đạo thì nguy cơ rau cài răng lược càng tăng.

Tỷ lệ RCRL tăng lên theo tỷ lệ mổ lấy thai, vì thế trong những năm gần đây tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng thì xu hướng RCRL cũng tăng dần. Bệnh lý này nếu không được chẩn đoán và xử trí đúng đắn trong cuộc mổ sẽ có nguy cơ đe dọa tính mạng sản phụ, là nguyên nhân gây tử vong mẹ trong và sau mổ liên quan đến tình trạng mất máu cấp tính.

Hiện nay việc chẩn đoán RCRL nhờ trợ giúp của siêu âm có thể thực hiện được sớm với độ chính xác khá cao giúp thầy thuốc chủ động xử trí trong phẫu thuật tránh các biến chứng mà nặng nề nhất là tử vong mẹ. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí rau cài răng lược.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân được chẩn đoán RCRL trên siêu âm và có kết quả giải phẫu bệnh tử cung khẳng định chẩn đoán tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017 (từ 1/1/2017 đến 31/12/2017).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/1/2017 đến 31/12/2017.

Cơ mẫu nghiên cứu: chọn cơ mẫu không xác suất, lấy tất cả bệnh án được chẩn đoán xác định RCRL tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017. Qua thu thập số liệu lấy được 84 bệnh án đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu.

Cách tiến hành thu thập và xử lý số liệu

Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử

lý phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tỷ lệ rau cài răng lược

Có 84 trường hợp RCRL trong nghiên cứu này trên tổng số 21722 ca đẻ trong năm 2017 chiếm tỷ lệ 0,39%.

3.2. Nhóm tuổi mẹ

Bảng 1. Tuổi của mẹ

Nhóm tuổi mẹ	Số lượng	Tỷ lệ %
≤24	3	3,6
25-29	11	13,1
30-34	37	44
≥ 35	33	39,3
Tổng	84	100

Nhóm sản phụ dưới 25 tuổi gặp 3 trường hợp chiếm 3,6%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 30 tuổi, chiếm 83,3%.

3.3. Số lần mổ lấy thai

Bảng 2. Số lần mổ lấy thai

Số lần mổ lấy thai	Số lượng	Tỷ lệ %
Chưa mổ lần nào	7	8,3
Đã mổ 1 lần	35	41,7
Đã mổ 2 lần	39	46,4
Đã mổ 3 lần	3	3,6
Tổng	84	100

Tỷ lệ sản phụ có ít nhất 1 lần mổ đẻ là 91,7%. Có 35 sản phụ đã mổ 1 lần chiếm 41,7%. Số sản phụ đã mổ 2 lần chiếm 46,4%.

3.4. Tỷ lệ chẩn đoán trên siêu âm

Bảng 3. Chẩn đoán trên siêu âm

	Số lượng	Tỷ lệ %
Có hình ảnh RCRL trên SA	54	64,3
Không có hình ảnh trên SA	30	35,7
Tổng	84	100

Có 54 sản phụ có hình ảnh RCRL trên siêu âm chiếm 64,3%. Có 30 trường hợp không rõ hình ảnh RCRL trên siêu âm chiếm 35,7%.

3.5. Thời điểm phát hiện trên siêu âm

Bảng 4. Thời điểm phát hiện trên siêu âm

Thời điểm phát hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Trước 28 tuần	8	14,8
28-32 tuần	15	27,8
33-36 tuần	16	29,6
Sau 36 tuần	15	27,8
Tổng	54	100

Có 54 sản phụ được chẩn đoán RCRL trên siêu âm. Siêu âm phát hiện rất sớm ở tuổi thai trước 28 tuần, có 8 ca chiếm 14,8%. Số sản phụ được phát hiện ở tuổi thai từ 28-36 tuần chiếm 57,4%.

3.6. Thời điểm phẫu thuật

Bảng 5. Thời điểm phẫu thuật

Thời điểm PT	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 28 tuần	4	4,8
29-32	5	5,9
33-37	23	27,4
≥ 38	52	61,9
Tổng	84	100

Có tới 52 sản phụ được phẫu thuật khi thai đủ tháng chiếm 61,9%. Còn lại là mổ cấp cứu chiếm 38,1%.

3.7. Lượng máu và chế phẩm máu phải truyền trong và sau mổ

Bảng 6. Lượng máu và chế phẩm máu phải truyền

Máu và chế phẩm máu (đơn vị)	Số lượng	Tỷ lệ %
1-4	61	72,6
5-7	8	9,5
8-10	7	8,3
11-13	3	3,6
14-16	1	1,2
>16	4	4,8
Tổng	84	100

Tỷ lệ sản phụ phải truyền máu là 100% các trường hợp mổ RCRL. Trung bình mỗi sản phụ phải truyền 4,8 đơn vị máu và chế phẩm máu. Tỷ lệ sản phụ truyền từ 1-4 đơn vị máu chiếm 72,6%.

3.8. Tỷ lệ tổn thương bàng quang

Bảng 7. Tổn thương bàng quang

Tổn thương bàng quang	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	5	6
Không	79	94
Tổng	84	100

Có 5 trường hợp tổn thương bàng quang (BQ) chiếm 6%. Còn lại 94% sản phụ không tổn thương BQ.

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ rau cài răng lược

Tỷ lệ RCRL năm 2017 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTW) là 0,39%. So với tỷ lệ RCRL giai đoạn từ 2010-2011 tại BVPSTW là 0,11% thì bệnh lý này đã tăng hơn 3 lần [1]. Còn so với tỷ

lệ RCRL năm 2015 là 0,29% thì đã tăng 0,1% [2]. Điều này phù hợp với xu hướng tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng trong những năm gần đây vì RCRL có mối liên quan mật thiết đến sẹo mổ lấy thai cũ. Tỷ lệ mổ lấy thai tại BVPSTW năm 2017 là 51,4% tương ứng với 11167 ca mổ đẻ, tỷ lệ này cũng cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai năm 2015 là 49,7% [2].

Tỷ lệ RCRL trong nghiên cứu này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Miller năm 1997 tại Mỹ là 0,08% [3], và cũng cao hơn trong nghiên cứu của Sentilhen tại Pháp năm 2011 là 0,1% [4]. Tuy nhiên các tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ gặp RCRL ngày càng gia tăng trong những năm gần đây liên quan với việc tăng tỷ lệ mổ lấy thai [5]

4.2. Nhóm tuổi mẹ

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu này là trên 30 tuổi chiếm 83,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Hoài Chương, độ tuổi mắc nhiều nhất từ 30-39 chiếm 71,8% [1], và cũng cùng xu hướng so với nghiên cứu RCRL năm 2015 tại BVPSTW (nhóm tuổi trên 30 chiếm 88%) [2]. Nghiên cứu chẩn đoán RCRL trên siêu âm Doppler của Trần Danh Cường cho thấy tỷ lệ mắc bệnh này ở nhóm tuổi trên 35 là 40,7% [6].

Trong nghiên cứu này có 3 sản phụ dưới 25 tuổi chiếm 3,6% đều có ít nhất một lần mổ lấy thai, sản phụ trẻ tuổi nhất là 19 tuổi. Điều này cho thấy đây là luôn là bệnh lý vô cùng nặng nề vì không thể bảo tồn tử cung ngay cả khi sản phụ còn quá trẻ.

Chúng tôi nhận thấy RCRL không gặp ở trường hợp nào có thai lần 1 hoặc đẻ con so mà phải có ít nhất 1 lần thai nghén kết thúc bằng mổ lấy thai hoặc chưa mổ đẻ lần nào nhưng đã đẻ và mang thai nhiều lần, vì vậy bệnh lý này ít gặp ở các sản phụ trẻ tuổi.

4.3. Số lần mổ lấy thai

Theo các nghiên cứu của tác giả nước ngoài thì khi đã có 1 lần mổ lấy thai, nguy cơ bị RCRL là 0,24%. Tỷ lệ này tăng lên là 0,31% với người đã mổ lấy thai 2 lần và với người đã có 3 lần mổ lấy thai thì nguy cơ này lên tới 0,57% [5]. Trong nghiên cứu này có 91,7% sản phụ đã có ít nhất 1 lần mổ lấy thai. Chỉ có 7 sản phụ (chiếm 3,8%) là chưa có tiền sử mổ lấy thai lần nào nhưng đều đã đẻ và mang thai từ 4-6 lần.

Chúng tôi nhận thấy 100% các trường hợp RCRL trong nghiên cứu có hình ảnh rau tiền đạo

kèm theo ở các mức độ từ rau bím mép đến rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn. Vì thế trên siêu âm khi thai phụ có tiền sử mổ lấy thai kèm theo rau tiền đạo cần phải tìm các dấu hiệu trên siêu âm của RCRL nhất là khi bánh rau bám mặt trước. Điều này cũng đã được các tác giả nước ngoài [5] cũng như trong nước khuyến cáo [7], [8].

4.4. Tỷ lệ chẩn đoán trên siêu âm

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ phát hiện RCRL trên siêu âm là 64,3%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Hoài Chương chỉ có 47,8% [1], tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu năm 2015 tại BVPSTW là 91,4% [2]. Nghiên cứu của Miller [3] cho thấy độ nhạy của siêu âm lên tới 90%. Trong nghiên cứu của Trần Danh Cường tỷ lệ này là 55,6% [6]. Điều này có thể giải thích là trong nghiên cứu này có 7 trường hợp chưa mổ đẻ lần nào nhưng đã đẻ và mang thai từ 4-6 lần nên hình ảnh RCRL trên siêu âm không điển hình làm độ nhạy giảm xuống.

Tuy nhiên có 2/3 các trường hợp rau cài răng lược được chẩn đoán trên siêu âm trước mổ cũng đủ nói lên tầm quan trọng của chẩn đoán trước sinh các ca bệnh này để có chiến lược điều trị phù hợp (dự trữ máu trước mổ, cần bố trí phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ chủ động khi thai đủ tháng) và thái độ xử trí đúng đắn trong cuộc mổ (mổ dọc thân tử cung lấy thai, chủ động cắt tử cung cầm máu ngay mà không bóc rau).

Trong 84 trường hợp chẩn đoán RCRL trên SA không có một trường hợp nào dương tính giả có nghĩa là siêu âm có hình ảnh RCRL mà mổ ra không phải. Điều này cho thấy siêu âm đóng vai trò vô cùng quan trọng trong chẩn đoán nhờ vào kinh nghiệm của các bác sĩ siêu âm ở các sản phụ có yếu tố nguy cơ (mổ lấy thai cũ kèm theo rau tiền đạo [9], [10]).

Tiêu chuẩn chẩn đoán RCRL trên siêu âm [6], [9]: Có ít nhất 2 triệu chứng. Vùng khuyết trong bánh rau và phổ doppler có dòng chảy xoáy. Cơ tử cung mỏng, mất đường tăng âm giữa thanh mạc tử cung và bàng quang. Mất khoảng sáng sau rau, mất viền giảm âm giữa bánh rau và cơ tử cung. Có hình ảnh giả u (bánh rau lồi vào trong bàng quang). Tăng sinh mạch máu tiếp giáp giữa thanh mạc tử cung và bàng quang

4.5. Thời điểm phát hiện trên siêu âm

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 8 trường

hợp được phát hiện RCRL trước 28 tuần. Trong số 54 sản phụ có hình ảnh RCRL trên siêu âm thì đã có 23 trường hợp phát hiện trước 32 tuần chiếm 42,6%. Việc chẩn đoán sớm giúp cho tư vấn sản phụ nên đến các cơ sở có khả năng phẫu thuật ca bệnh phức tạp này, tránh tai biến cho người mẹ mà nặng nề nhất là tử vong mẹ do mất máu cấp.

Tỷ lệ phát hiện được RCRL trên siêu âm trong qua trình khám thai theo nghiên cứu của Lê Hoài Chương chỉ là 7,7% [1]. Điều này cho thấy tiến bộ rất lớn của siêu âm trong những năm trở lại đây. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cho thấy có thể phát hiện được RCRL trên siêu âm từ tuần thai thứ 15[9]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 1 trường hợp phát hiện sớm nhất lúc thai 19 tuần.

4.6. Thời điểm phẫu thuật

Trong nghiên cứu này có 38,1% sản phụ mổ cấp cứu. Tỷ lệ mổ cấp cứu này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Lê Hoài Chương là 41% [1]. Có tới 52 sản phụ được phẫu thuật khi thai đủ tháng chiếm 61,9%. Nếu so với năm 2015 thì tỷ lệ này thấp hơn (74,1%)[2]. Tuy nhiên tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Bạch Cẩm An là 25%[7].

Chúng tôi nhận thấy càng chủ động thời điểm phẫu thuật bao nhiêu thì kết quả cuộc mổ càng tốt bấy nhiêu, chuẩn bị được nguồn nhân lực là các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, chuẩn bị được máu truyền trong và sau mổ cũng như ekip gây mê hồi sức thành thực góp phần giảm tai biến cho mẹ. Đây là kết quả khả quan cho thấy việc chẩn đoán sớm rất quan trọng giúp cho bệnh nhân nhập viện theo dõi và xử trí kịp thời, chủ động.

Tỷ lệ cắt tử cung trong khi mổ lấy thai là 100% các trường hợp trong nghiên cứu này. Không có trường hợp nào bảo tồn được tử cung. Nghiên cứu của Bạch Cẩm An cũng cho thấy tỷ lệ cắt tử cung cũng là 100%.[7]. Chúng tôi thấy PTV đã chủ động cắt tử cung ngay sau lấy thai để giảm nguy cơ tử vong mẹ do mất máu và giảm bớt lượng máu và chế phẩm máu phải truyền trong và sau mổ. Chính vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong mẹ. Đây là tiến bộ đáng kể trong công tác điều trị tại bệnh viện bởi ngay cả những nước có nền y học tiên tiến hàng đầu thế giới như Pháp thì tỷ lệ tử vong mẹ vẫn là 7% do mất máu nặng [10].

4.7. Lượng máu và chế phẩm máu truyền trong và sau mổ

Tỷ lệ sản phụ phải truyền máu là 100% các trường hợp mổ RCRL. Trung bình mỗi sản phụ phải truyền 4,8 đơn vị máu và chế phẩm máu. Điều này cho thấy đây là bệnh lý vô cùng nặng nề cho sản phụ khi mắc phải, chảy máu nhiều trong cuộc mổ là khó tránh khỏi dù PTV có nhiều kinh nghiệm.

Có 61 sản phụ chỉ cần truyền từ 1- 4 đơn vị máu và chế phẩm máu chiếm 72,6% cho thấy kỹ thuật mổ và kinh nghiệm lâm sàng của PTV đã được cải thiện rất nhiều. Tỷ lệ này cao hơn nhiều trong nghiên cứu của Lê Hoài Chương số sản phụ phải truyền từ 2 đơn vị máu trở lên là 38,5% [1] và cũng cao hơn nghiên cứu năm 2015 là 53,4% [2]. So với nghiên cứu năm 2015 thì lượng máu trung bình truyền cho một bệnh nhân trong nghiên cứu này đã giảm đáng kể (4,8 so với 5,5 đơn vị năm 2015) [2]. Cá biệt có 1 sản phụ phải truyền từ 14-16 đơn vị chiếm 1,2% và 4 sản phụ truyền trên 16 đơn vị. Sản phụ phải truyền lượng máu lớn nhất lên đến 25 đơn vị. Riêng 5 sản phụ này đã truyền tổng khối lượng máu và chế phẩm máu là 94 đơn vị.

Chúng tôi nhận thấy có một số trường hợp phải truyền rất nhiều máu và chế phẩm máu do PTV rạch ngang đoạn dưới lấy thai sau đó bóc rau càng làm tăng nguy cơ chảy máu và gây rối loạn đông máu. Ngoài ra có 2 trường hợp trong 5 trường hợp này phải truyền nhiều máu do tai biến phẫu thuật chảy máu sau mổ nên phải phẫu thuật lại. Vì vậy khi đã có chẩn đoán RCRL thì khuyến cáo chủ động rạch dọc thân tử cung lấy thai sau đó cắt TC ngay cầm

máu mà không bóc rau. Điều này giúp hạn chế lượng máu mất trong cuộc mổ và tránh nguy cơ rối loạn đông máu. Vì vậy trước khi phẫu thuật RCRL cần chuẩn bị ekip mổ có kinh nghiệm, ekip gây mê hồi sức, máu và chế phẩm máu... cũng như công tác tư vấn cho sản phụ và gia đình.

4.8. Tỷ lệ tổn thương bàng quang

Chỉ có 5 trường hợp tổn thương BQ chiếm 6%. Còn lại 94% sản phụ không bị tổn thương BQ. So sánh với tỷ lệ tổn thương BQ trong nghiên cứu của Lê Hoài Chương là 23,1% [1] thì tỷ lệ này cao hơn nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi. So với nghiên cứu năm 2015 thì tỷ lệ này cũng giảm đi đáng kể (17,2%) [2]. Điều này có thể do chúng tôi ít gặp hơn các trường hợp rau cài răng lược thể đâm xuyên, mặt khác còn do kinh nghiệm của các phẫu thuật viên được cải thiện theo thời gian. Tỷ lệ tổn thương BQ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của các tác giả nước ngoài là từ 17-33% [11], [12].

5. Kết luận

Tỷ lệ RCRL tại BVPSTW năm 2015 là 0,39%. RCRL có liên quan mật thiết với rau tiền đạo trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai ở tử cung. Rau cài răng lược hoàn toàn có thể chẩn đoán được trước sinh trên siêu âm với độ chính xác là 64,3%. Xử trí rau cài răng lược là mổ lấy thai sau đó chủ động cắt tử cung cầm máu. Tổn thương cơ quan tiết niệu là biến chứng gặp chủ yếu của phẫu thuật (6%). Có 2 trường hợp biến chứng chảy máu sau mổ phải mổ lại chiếm 2,4%.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Hoài Chương. Nghiên cứu xử trí rau cài răng lược tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 2 năm 2010-2011. Tạp chí y học thực hành. 2012. Số 848-số 11/2012 tr 32-35.
2. Nguyễn Liên Phương. Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2015. Tạp chí phụ sản. 2016. Tập 14(01), 05/2016 tr 68-72.
3. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factor of previa placenta accreta. Am.J.Obstet and Gynecol. 1997, Jul, 177(1) P 210.
4. L.Sentilhes, Ph. Gillard, L. Catala, Fl. Biquard, S. Madzou, F. Boussion, Ph. Descamps. Rau cài răng lược. Hội nghị sản phụ khoa Việt- Pháp Hà nội 4/2011. 2011.
5. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol. 2006;107:1226-32.

6. Trần Danh Cường. Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm doppler màu- tạp chí sản phụ khoa 4/2011.2011.tr 119-124.
7. Bạch Cẩm An. Nhận xét một số trường hợp rau cài răng lược xâm lấn bàng quang trên vết mổ cũ. Tạp chí sản phụ khoa 4/2011.2011.tr 195-201.
8. Nguyễn Đức Hình. So sánh mổ lấy thai vì rau tiền đạo hai giai đoạn 1989-1990 và 1993-1994 tại viện BVBMSTSS. Tạp chí thông tin y dược 12/1999.1999 tr 107-111
9. Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, Lee W, Vettraino IM, Huang RR, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2004;190:1135-40.
10. Xavier Deffieux. Điều trị bảo tồn rau cài răng lược và rau cài răng lược đâm xuyên. Hội nghị sản phụ khoa Việt-Pháp Hà nội 5/2013.
11. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. Obstet Gynecol Surv 1998;53:509-17.
12. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. Am J Obstet Gynecol 1996;175:1632-8.