NHẬN XÉT THÁI ĐỘ XỬ TRÍ PHẪU THUẬT RAU TIỀN ĐẠO Ở THAI PHỤ CÓ SẸO MỔ ĐẺ CŨ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

ĐINH VĂN SINH, ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT

TÓM TẮT

***Mục tiêu**: Nhận xét thái độ xử trí rau tiền đạo (RTĐ) 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 (SMĐC), được chẩn đoán là RTĐ qua lâm sàng và siêu âm, 1 trường hợp đẻ thường và 109 đã được mổ đẻ tại BVPSTƯ trong thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2008 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009.*

***Kết quả**: Mổ cấp cứu trong RTĐ ở sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ chiếm 35,8% (39/109). Trong đó chỉ định vì chảy máu nhiều chiếm 27,5%, mổ chủ động chiếm 64,2%, trong đó thai đủ tháng chiếm 56,9%. Bệnh nhân có chỉ định mổ cấp cứu phải truyền ≥3 đơn vị máu cao gấp 5,38 lần những bệnh nhân mổ chủ động (OR = 5,38; 95% CI=1,37÷25,28). Bênh nhân được gây mê toàn thân có nguy cơ truyền 1 – 2 đơn vị máu gấp 2,5 lần bênh nhân gây tê nhưng không có ý nghĩa thống kê và nguy cơ truyền trên 2 đơn vị máu gấp 5,73 lần (OR= 5,73; 95% CI=1,35÷33,81). Có 41 trường hợp (37,2%) cầm máu bằng thắt động mạch tử cung hoặc đơn thuần hoặc kết hợp khâu mũi chữ X hoặc khâu mũi Blynch. 22 trường hợp phải cắt TCBPT để cầm máu trong đó có 2 trường hợp thắt động mạch hạ vị. Kết luận: Tỷ lệ mổ đẻ bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC là 99% trong đó mổ chủ động chiếm 64,2% và mổ cấp cứu chiếm 35,8%. Truyền máu trung bình 4,3±2,5 đơn vị.*

Tỷ lệ phải truyền máu của phương pháp cầm máu cắt TCBPT là 75%.

Từ khóa: *rau tiền đạo, thai phụ*

SUMMARY

Object: *Assessment of attitude towards dealing to placenta praevia for the patients with previous caesarean section at the national hospital of obstetrics and gynecology from 2008 to 2009.* ***Subjects and resear+ch method****:*

Retrospective description with 110 pregnant women having documents with gestational age ≥28 weeks, previous caesarean section, were diagnosed placenta previa by examination and ultrasound, 1 case was delivery and 109 cases was operative delivery at the national hospital of obstetrics and gynecology from 1/1/2008 to 31/12/2009.

Results: *Emergency operation for placenta praevia on the pregnant women with previous caesarean section makes up 35.8% (39/109). Of these cases, appointed by profuse vaginal bleeding makes up 27.5%. Initiative operation is 64.2%. In these cases, term infants is 56.9%. The rate of ≥3UI blood transfusion of the patients, who were appointed to emergency operation is 5.38 times higher than the patients, who were initiative operated (OR=5.38; 95% CI=1.37÷25.28). The patients were general anesthetized had a risk of transfusing 1-2 UI blood, this rate of risk is 2.5 times higher than local anesthesis, but this is not statistical meaning. And the risk of ≥2UI blood transsfusion of these patients is 5.73 times higher than local anesthesis (OR=5.37; 95% CI=1.35 ÷ 33.81). There are 41 cases (37.2%) of hemostasis by fastening the uterus artery merely or combination with X stitches or Blynch stitches. 22 patients had to get partial uterectomy for hemostasis, of these, 2 patients had to fasten hypogastric artery.* ***Conclusion:*** *The rate of operative delivery of the patients with placenta praevia, who have previous caesarean section is 99%, of these, initiative operation is 64.2% and emergency operation is 35.8%. Average of blood transfusion is 4.3±2.5 UI. The rate of blood transfusion of hemostasis by partial uterectomy is 75%.*

Keywords: *previous caesarean, pregnant women*

ĐẶT VẤN ĐỀ

RTĐ gây nhiều biến chứng, tỷ lệ tử vong cho mẹ và con cao. Trước đây RTĐ gây tỷ lệ tử vong cho mẹ tương đối cao, tỷ lệ này gkiảm từ 37,2% năm 1934 còn 3,1% năm 1979. Gần đây nhờ việc chăm sóc và quản lý thai nghén chặt chẽ, kỹ thuật hồi sức cấp cứu có nhiều tiến bộ nên tỷ lệ tử vong cho mẹ và con giảm đáng kể. Tuy nhiên các biến chứng của RTĐ gây ra cho mẹ như thiếu máu do chảy máu trong quá trình dưỡng thai cũng như sau mổ, truyền máu nhiều lần, cắt tử cung do không cầm được máu hoặc loại rau cài răng lược (RCRL) còn cao. Điều trị RCRL rất khó khăn, thường phải cắt tử cung, gây nhiều biến chứng nặng nề, nhất là ở các phụ nữ trẻ còn có nhu cầu sinh đẻ. Ngày nay, do tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên, đồng nghĩa với bệnh nhân bị rau tiền đạo có vết mổ đẻ cũ ngày càng tăng lên, nhiều tác giả đã nghiên cứu sự liên quan giữa bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC với RCRL. Với sự tiến bộ vượt bậc của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm thì việc chẩn đoán RCRL ở thai phụ bị RTĐ có SMĐC không phải khó. Tuy nhiên, kỹ thuật mổ lấy thai ở RTĐ có SMĐC thường khó khăn hơn do dính, RCRL và nguy có tai biến cho thai phụ cao. Vì vậy một câu hỏi được đặt ra là đứng trước một bệnh nhân bị rau tiền đạo có sẹo mổ đẻ cũ các nhà sản khoa nên có chiến lược điều trị như thế nào để nhằm tránh những tai biến cho mẹ và con? Để nhằm giúp cho nhà sản khoa hiểu sâu thêm về RTĐ ở thai phụ có SMĐC, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí 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

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Các 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 BVPSTƯ 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 đẻ 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 đẻ 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:

Cận lâm sàng

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

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 đẻ cũ đẻ tại BVPSTƯ là đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

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 BVPSTƯ trong 2 năm (1/2008-12/2009).

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

Biến số nghiên cứu

- Phương pháp đẻ
+ Đẻ đường âm đạo
+ Mổ lấy thai
- Đường mổ lấy thai: Rạch dọc thân tử cung, rạch ngang đoạn dưới
- Lượng máu truyền (đơn vị)
- Phương pháp cầm máu
+ Khâu mũi chữ X, chữ U, đắp gạc tẩm huyết thanh ẩm.
+ Khâu mũi Blynch
+ Thắt động mạch tử cung
+ Thắt động mạch hạ vị (ĐMHV)
+ Cắt tử cung bán phần thấp (CTBPT).

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 χ^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

110 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, 1 trường hợp đẻ thường và 109 đã được mổ đẻ. Sau khi phân tích và xử lý số liệu chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Chỉ định mổ lấy thai trong RTĐ

Chỉ định mổ		Số lượng	Tỷ lệ(%)
Mổ cấp cứu N = 39 35,8%	Chảy máu	30	27,5
	Thai suy	2	1,8
	ối vỡ non	3	2,8
	ối ít	3	2,8
	Đau vết mổ	1	0,9
Mổ chủ động N= 70 64,2%	Thai đủ tháng	62	56,9
	TSSK + vết mổ cũ	3	2,8
	Rau cài răng lược	2	1,8
	Lý do khác	3	2,8
Đẻ thường		1	0,9

Nhận xét: Mổ cấp cứu trong RTĐ ở sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ chiếm 35,8% (39/109). Trong đó chỉ định vì chảy máu nhiều chiếm 27,5%, còn lại là các nguyên nhân khác. Mổ chủ động chiếm 64,2%, trong đó thai đủ tháng chiếm 56,9%. Có một ca được đẻ đường dưới vì thai 28 tuần, rau bám thấp.

Bảng 2. Liên quan giữa chỉ định mổ và truyền máu

Chỉ định mổ / Đơn vị máu	Mổ cấp cứu		Mổ chủ động		Tổng số		OR	95%CI
	n	%	n	%	n	%		
0	26	31,7	56	68,3	82	75,2	-	
1 – 2	3	23,1	10	76,9	13	11,9	0,65	0,11 ÷ 2,81
≥ 3	10	71,4	4	28,6	14	12,9	5,38	1,37 ÷25,28
Tổng số	39	35,8	70	64,2	109	100	-	-

Nhận xét: Bệnh nhân có chỉ định mổ cấp cứu phải truyền ≥ 3 đơn vị máu cao gấp 5,38 lần những bệnh nhân mổ chủ động (OR = 5,38; 95% CI = 1,37÷25,28).

Bảng 3. Liên quan giữa vô cảm và truyền máu

Vô cảm / Đơn vị máu	Gây mê		Gây tê		Tổng số		OR	95%CI
	n	%	n	%	n	%		
0	32	62,7	50	86,2	82	75,2	-	
1 – 2	8	15,7	5	8,6	13	11,9	2,50	0,65 ÷10,52
≥ 3	11	21,6	3	5,2	14	12,9	5,73	1,35 ÷33,81
Tổng	51	46,8	58	53,2	109	100	-	-

Nhận xét: Bệnh nhân được gây mê toàn thân có nguy cơ truyền 1 – 2 đơn vị máu gấp 2,5 lần bệnh nhân gây tê nhưng không có ý nghĩa thống kê và nguy cơ truyền trên 2 đơn vị máu gấp 5,73 lần (OR= 5,73; 95% CI =1,35÷33,81).

Bảng 4. Các phương pháp cầm máu trong mổ RTĐ

Phương pháp cầm máu		Số lượng	Tỷ lệ (%)	%
Không can thiệp		33	30,3	
Chèn gạc tẩm huyết thanh ấm		3	2,8	
Khâu mũi Blynch		1	0,9	
Khâu mũi chữ X tại diện rau bám		8	7,3	
Thắt động mạch tử cung	Đơn thuần	12	11,0	37,8
	Khâu mũi chữ X	28	25,7	
	Mũi Blynch	2	1,8	
Cắt tử cung bán phần thấp	Đơn thuần	20	18,4	20,2
	Thắt động mạch hạ vị	2	1,8	
Tổng số		109	100	

Nhận xét: Có 41 trường hợp (37,2%) cầm máu bằng thắt động mạch tử cung hoặc đơn thuần hoặc kết hợp khâu mũi chữ X hoặc khâu mũi Blynch. Trong 110 trường hợp thì có 22 trường hợp phải cắt TCBPT để cầm máu trong đó có 2 trường hợp thắt động mạch hạ vị. Hai trường hợp thắt ĐMHV, trong đó một trường hợp rau bám chặt phải cắt TCBPT kèm thắt ĐMHV, một trường hợp rau cài răng lược CTCBP.

BÀN LUẬN

Phương pháp đẻ và các chỉ định MLT trong RTĐ có SMĐC

Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, trong 110 thai phụ bị RTĐ có SMĐC, tỷ lệ mổ đẻ chiếm 99%, có một trường hợp thai 28 tuần/RTĐBT/ngôi mông, ra máu, vào viện sau 7 ngày, đẻ thường một bé sơ sinh nặng 1000gr chết sau 2 giờ, mẹ truyền 2 đơn vị máu. Tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 35,8% trong đó mổ vì nguyên nhân chảy máu nhiều chiếm 27,5%. Mổ chủ động chiếm 64,2%, các trường hợp mổ chủ động là những trường hợp chỉ định mổ khi thai đủ tháng và chưa có dấu hiệu chuyển dạ hoặc có tiền sử sản khoa nặng nề, vết mổ đẻ cũ 2 lần, nghi ngờ RCRL…

Nguyễn Hồng Phương [5] (1997 – 2000) thì tỷ lệ mổ lấy thai là 93,4%, Theo Lê Thị Mai Phương thì tỷ lệ mổ mổ lấy thai trong RTĐ là 92,9%.

Như vậy, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng lên do tiến bộ của gây mê hồi sức và kỹ thuật phẫu thuật. Và với nhận thức hiện nay nhiều sản phụ mổ đẻ cũ chọn phương pháp mổ lấy thai dù cho họ có bị RTĐ ở bất kỳ hình thức nào.

Tỷ lệ MLT chủ động của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Hồng Phương 1,6 lần, cao hơn của Lê Thị Mai Phương [1] (37,7%) 1,7 lần và cao hơn nhiều so

với những năm 80 là 54,9 lần (1,4%). Có sự khác biệt này là do chỉ định mổ lấy thai ngày càng rộng rãi, hồi sức sơ sinh tốt và sự quản lý thai nghén ngày càng tốt hơn, chất lượng siêu âm ngày một phát triển và đặc biệt là đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác với các tác giả khác là vì chúng tôi nghiên cứu trên thai phụ bị RTĐ có SMĐC, những đối tượng có nhiều biến chứng cho mẹ và con sau này.

Tỷ lệ MLT cấp cứu vì chảy máu nhiều của Lê Thị Mai Phương là 62,5%, theo Nguyễn Hồng Phương là 51,5% cao hơn rất nhiều so với kết quả của chúng tôi, có thể nhờ việc quản lý thai nghén đầy đủ và tuyên truyền tư vấn tốt giúp người bệnh nâng cao nhận thức, hợp tác tốt với cán bộ y tế.

Khi so sánh sự liên quan giữa mổ cấp cứu và lượng máu truyền cho bệnh nhân chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân có chỉ định cấp cứu phải truyền máu trên 2 đơn vị cao gấp 5,38 lần những bệnh nhân được mổ chủ động (OR= 5,38; 95%CI =1,37±25,28) và có ý nghĩa thống kê. Theo Kelly H. Roy phẫu thuật cắt tử cung có chuẩn bị số lượng máu ít hơn 1,3 lần và phải truyền máu ít hơn so với cắt tử cung trong mổ cấp cứu.

Như vậy, trong mổ lấy thai với bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC thì chúng ta nên mổ chủ động, không những giảm sự mất máu mà còn giảm tỷ lệ biến chứng cho mẹ và con. Để làm được điều đó thì chúng ta phải quản lý thai nghén tốt và giải thích cho các bà mẹ các nguy cơ có thể gặp và đối với trường hợp thai đủ tháng nên mổ chủ động trước khi có dấu hiệu chảy máu xảy ra.

Chúng tôi thấy rằng việc quản lý thai phụ bị RTĐ có SMĐC là rất quan trọng, với tỷ lệ mổ đẻ cao như vậy thì cũng cần phải bàn bạc trước với bác sỹ gây mê, sơ sinh nhằm giảm tối đa những biến chứng cho mẹ và con.

Một câu hỏi đặt ra là chúng ta nên gây mê hay gây tê trong khi làm phẫu thuật ?

Trong 110 thai phụ có 109 thai phụ mổ đẻ, gây tê tuỷ sống chiếm 53,2%, gây mê toàn thân chiếm 46,8%. Khi so sánh sự liên quan giữa gây tê tuỷ sống–gây mê toàn thân và đơn vị máu phải truyền. Chúng tôi thấy rằng, những bệnh nhân được gây mê toàn thân phải truyền máu từ 3 đơn vị trở lên gấp 5,73 lần những bệnh nhân được gây tê tuỷ sống (OR =5,73; 95%CI = 1,35÷33,81). Theo chúng tôi, sợ dĩ gây mê toàn thân phải truyền máu nhiều hơn một mặt là do chỉ định gây mê toàn thân thường là những trường hợp mổ cấp cứu, những trường hợp này đã có chảy máu nhiều vì vậy nguy cơ truyền máu tăng lên.

Theo Fedriksen M.C và cộng sự thì gây mê toàn thân làm tăng lượng máu mất, huyết sắc tố thấp, nhu cầu truyền máu và dịch tăng lên.

Theo một số tác giả, thì gây mê toàn thân nên chỉ định với những ca mổ cấp cứu, đặc biệt là trong những ca huyết động không ổn định hoặc trong tình trạng thai nhi không yên tâm (tim thai có sự biến động). Tuy nhiên, gây tê khu vực là một sự lựa chọn chấp nhận được ở những phụ nữ có huyết động ổn định và nhịp tim thai ổn định.

Tuy gây mê có những trường hợp khó khăn trong việc đặt nội khí quản, nguy cơ bệnh nhân hít phải dịch dạ dày …mặc dù vậy gây mê sẽ tốt hơn khi thời gian phẫu thuật phải kéo dài, phẫu trường sẽ rộng hơn giúp người phẫu thuật viên thao tác dễ dàng hơn và đối với trẻ sơ sinh thì không không tìm thấy sự khác nhau giữa suy thai và chỉ số apgar giữa gây mê và gây tê tuỷ sống và chúng tôi nghĩ rằng sự chuyển tiếp giữa gây tê sang gây mê là một kỹ thuật có thể thực hiện được. Vì vậy sự phối hợp giữa bác sỹ gây mê và nhà phẫu thuật viên cần đưa ra phương pháp nhằm giúp cho tai biến ít cho cả mẹ và con.

Các phương pháp cầm máu trong mổ lấy thai

Trong mổ lấy thai với RTĐ nói chung và RTĐ ở thai phụ có SMĐC nói riêng thì ngoài việc lấy thai thì vấn đề nan giải nhất là cầm máu diện rau bám. Theo kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng trong 109 thai phụ thì không can thiệp gì chiếm 30,3%, thắt động mạch tử cung đơn thuần hoặc kèm khâu mũi chữ X hoặc khâu mũi Blynch chiếm 38,5%.

Theo Nguyễn Đức Hinh [2] thì 37,4% trường hợp không phải can thiệp gì, theo Nguyễn Hồng Phương thì có 40,4% trường hợp không phải can thiệp gì, cao hơn so với chúng tôi vì đối tượng của chúng tôi là các thai phụ bị RTĐ có SMĐC, phải xử trí rất phức tạp.

Cũng theo Nguyễn Đức Hinh thì tỷ lệ thắt ĐMTC là 15,71% (1989 –1990), 15,92% (1993 – 1994), theo Phạm Thị Phương Lan [3] thì thắt ĐMTC ở nhóm RTĐ trên bệnh nhân có sẹo mổ đẻ tử cung là 18,9%. MLT làm cắt rời các sợi cơ và tổ chức liên kết, làm thay đổi giải phẫu và mô học đoạn dưới TC. Đoạn dưới tử cung không có lớp cơ đan nên khó cầm máu, là một trong những cơ chế gây chảy máu trong RTĐ. Tổn thương đoạn dưới do sẹo MLT làm khả năng co tử cung giảm đi càng làm nguy cơ chảy máu tăng lên. Thắt ĐMTC được sử dụng khá rộng, trong thực tế ngay cả trong trường hợp chảy máu không nhiều lắm.

Theo kết quả của chúng tôi thắt ĐMTC phối hợp với khâu mũi chữ X chiếm 25,7%, theo Nguyễn Hồng Phương [5] có 29,6% số bệnh nhân được khâu cầm máu, 20,7% được thắt ĐMTC và 9,3% được cắt TCBPT. Qua 109 bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC chúng tôi nhận xét rằng, một trong số những biện pháp cầm máu hay được áp dụng ở BVPSTƯ là đắp gạc tẩm huyết thanh nóng, khâu cầm máu ở diện rau bám bằng mũi chữ X, thắt 2 động mạch tử cung đơn thuần hoặc phối hợp khâu mũi chữ X, cắt TCBPT khi không bảo tồn được tử cung.

Trong 109 bệnh nhân, chúng tôi thấy rằng có 22 bệnh nhân phải cắt TCBPT chiếm tỷ lệ 20,9%, có 2 ca vừa cắt TCBPT kèm theo thắt ĐMHV chiếm 1,8%. Theo kết quả nghiên cứu (bảng 3.18) của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ phải truyền máu của phương pháp cắt TCBPT là 75% và 100% phương pháp cầm máu phối hợp cắt TCBPT và thắt ĐMHV phải truyền máu trên 2 đơn vị. Như vậy, cùng với các phương pháp cầm máu thì vấn đề truyền máu cũng không kém phần quan trọng. Khi tiên lượng được bệnh nhân thì việc dự trù máu là rất cần thiết. Truyền máu sẽ cứu sống bệnh

nhân, giúp cho bệnh nhân có huyết động ổn định và bù lại lượng máu đã mất và dĩ nhiên là bệnh nhân sẽ phục hồi sức khoẻ nhanh chóng sau phẫu thuật, giảm các biến chứng sau này.

Chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC có 2 vết mổ đẻ cũ trở lên có nguy cơ cắt tử cung tăng 7,35 lần những bệnh nhân có một vết sẹo mổ đẻ cũ (OR = 7,35; 95%CI = 2,35÷22,96; p < 0,01).

Theo Phạm Thị Phương Lan thì nguy cơ cắt tử cung ở RTĐ được mổ lấy thai từ 2 lần trở lên nguy cơ cắt tử cung tăng 7,79 lần so với nhóm chỉ MLT 1 lần (OR = 7,79; 95% CI = 1,99÷31,54; p < 0,01).

Trong 109 thai phụ bị RTĐ có SMĐC có 2 ca vừa cắt TCBPT kèm theo thắt ĐMHV chiếm 1,8%. So sánh với tác giả Phạm Thi Phương Lan (2002–2006) tỷ lệ thắt ĐMHV chiếm 1,7%, tỷ lệ thắt ĐMHV trên bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC là 4,9%. Tỷ lệ thắt ĐMHV của nhóm có sẹo mổ tử cung cao hơn nhóm không có sẹo mổ tử cung 5,33 lần (OR= 5,33; 95% CI = 1,73±16,57; p < 0,01).

KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ đẻ bệnh nhân bị RTĐ có SMĐC là 99% trong đó mổ chủ động chiếm 64,2% và mổ cấp cứu chiếm 35,8%. Truyền máu trung bình 4,3 ± 2,5 đơn vị. Tỷ lệ phải truyền máu là 25,4%, trong đó số trường hợp RTĐTT phải truyền trên 2 đơn vị máu chiếm tỷ lệ 85,8%. Tỷ lệ phải truyền máu của phương pháp cầm máu cắt TCBPT là 75%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Chi (2004), Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí RTĐ tại bện viện phụ sản Trung ương năm 2003. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa khoá 1999 – 2004. Hà Nội năm 2004.
2. Nguyễn Đức Hinh (1999)," So sánh mổ lấy thai vì RTĐ ở 2 giai đoạn 1989-1990 và 1993-1994 tại viện BVBMTSS", Tạp chí thông tin y dược, Số đặc biệt chuyên đề Sản phụ khoa(12/1999), tr.107-111
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 Trưng 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. Bonner, SM, Haynes, SR, Ryall, D. The anaesthetic management of Caesarean section for placenta praevia: a questionnaire survey. Anaesthesia 1995; 50:992.