

- Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2021;16(3):68 - 93.
3. **Nguyễn Quang Đức.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và X-quang gãy lồi cầu xương hàm dưới tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2022;17(8)
 4. **Amir Tabatabaee, Amin Javanbakht, Meysam Mohammadi Khah, Mehrdad Shahsavari-Pour, Farnaz Dehabadi.** Comparison of therapeutic results of closed and open repair of mandibular condylar fractures. Int J Burn Trauma 2021;11(5):385-390.
 5. **Nihal Durmus Kocaaslan, Beyza Karadede Ünal, Melekber Çavuş Özkan, Berşan Karadede, Özhan Çelebiler.** Comparison of different treatment techniques in the mandibular condyle fracture. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. Jan, 2022;28(1):99-106.
 6. **Neff A, Cornelius CP, Rasse M, et al.** The comprehensive AOCMF classification system: condylar process fractures: level 3 tutorial. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2014;7(1):44–58.
 7. **Bhagol A, Singh V, Kumar I, Verma A.** Prospective evaluation of a new classification system for the management of mandibular sub-condylar fractures. J Oral Maxillofac Surg 2011;69:1159–1165.
 8. **Gupta K, Kohli A, Katiyar A, Singh G, Sakar B.** Paediatric Condylar Fracture. Rama Univ J Dent Sci. 2015;2(4):23-26.
 9. **Vũ Trung Trực, Lê Trung Kiên, Nguyễn Tấn Văn** (2024). Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới. Y học Việt Nam, 540:7 (1), tr 12-15. <https://doi.org/10.51298/vmj.v540i1.10219>

KẾT QUẢ SẢN KHOA TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Trương Quang Vinh^{1,2}, Lê Văn Đạt^{1,2},
Trương Minh Phương², Đinh Huy Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sản khoa trong xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 sản phụ được chẩn đoán và xử trí RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2020 đến hết 30/04/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng đối với mẹ là 20,4% trong đó rách bàng quang chiếm 14,0%, nhiễm khuẩn sau sinh chiếm 4,35, tổn thương niệu đạo chiếm 2,1%. Tuổi thai khi sinh trung bình $36,7 \pm 2,2$ tuần, cân nặng trẻ khi sinh là $2602,2 \pm 455,1$ gr, không có trường hợp nào tử vong sơ sinh. **Kết luận:** Tỷ lệ biến chứng đối với mẹ là 20,4% trong đó rách bàng quang là biến chứng hay gặp nhất chiếm 14,0%. Tuổi thai khi sinh trung bình $36,7 \pm 2,2$ tuần. Cân nặng trẻ khi sinh là $2602,2 \pm 455,1$ gr. Không có trường hợp nào tử vong sơ sinh. **Từ khóa:** rau cài răng lược, tổn thương bàng quang, tử vong sơ sinh.

SUMMARY

OBSTETRICS OUTCOMES THE TREATMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: This study seeks to evaluate treatment outcomes of placenta accreta at Ha Noi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 93

pregnant women diagnosed and treated with placenta accreta at Hanoi Hospital from January 1, 2020 to April 30, 2022. **Results:** The rate of complications for mothers is 20.4%, of which bladder tears account for 14.0%, postpartum infections account for 4.35, and urethral injuries account for 2.1%. The average gestational age at birth was 36.7 ± 2.2 weeks. The baby's weight at birth was 2602.2 ± 455.1 grams. There were no cases of neonatal death. **Conclusions:** The rate of complications for the mother is 20.4%, of which bladder tears are the most common complication, accounting for 14.0%. The average gestational age at birth was 36.7 ± 2.2 weeks. The baby's weight at birth was 2602.2 ± 455.1 grams. There were no cases of neonatal death. **Keywords:** placenta accreta, bladder injury, neonatal death

I. 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, có thể lan đến cơ quan xung quanh như bàng quang, trực tràng,... RCRL là biến chứng hiếm gặp, tuy nhiên trong những năm gần đây số sản phụ mắc bệnh lý này ngày càng gia tăng. Tại Hoa Kỳ, giai đoạn 1996 - 2002 tỷ lệ này là 0,08% đến giai đoạn 2015 - 2017 là 0,29% [1]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2007 - 2011 tỷ lệ RCRL quan sát trên tổng số ca đẻ là 0,1%, năm 2015 là 0,29% và đến năm 2017 là 0,39% [2][3][4].

RCRL thường xảy ra ở phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai với hình thái RCRL đâm xuyên qua cơ

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đạt

Email: lvdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

tử cung, xâm lấn vào các cơ quan xung quanh. RCRL tuy là bệnh hiếm gặp nhưng biến cố chảy máu tối cấp trong RCRL lại là lý do hàng đầu dẫn đến chỉ định cắt tử cung cấp cứu và cũng là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ và sơ sinh trong sản khoa. Việc chẩn đoán sớm để chủ động xử trí RCRL là vô cùng quan trọng để tránh biến chứng nặng nề cho sản phụ như chảy máu ồ ạt, rối loạn đông máu, có thể làm tổn thương các cơ quan xung quanh như bàng quang, ruột, trực tràng trong khi phẫu thuật, thậm chí tử vong.

Hiện nay tiên lượng cho RCRL đã tốt hơn trước rất nhiều nhờ những tiến bộ trong y học về chẩn đoán sớm và điều trị. Tuy nhiên sản phụ và sơ sinh vẫn còn phải chịu rất nhiều tai biến và biến chứng, nặng nhất là tử vong. Nhằm góp phần đánh giá thực trạng chẩn đoán cũng như điều trị RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sản khoa trong xử trí RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trường hợp được chẩn đoán và điều trị RCRL tại BVPSHN có bệnh án lưu trữ tại phòng Kế hoạch Tổng hợp của bệnh viện từ ngày 01/01/2020 đến hết ngày 30/4/2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những sản phụ được chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và giải phẫu bệnh là RCRL đã phẫu thuật tại BVPSHN.
- Tuổi sản phụ từ 18 - 45 tuổi.
- Tuổi thai từ 28 - 42 tuần
- Có đủ các thông tin của bệnh nhân bao gồm: tiền sử sản phụ khoa, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm, giải phẫu bệnh, thông tin cuộc mổ, đánh giá kết quả xử trí.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu
- Các sản phụ được chẩn đoán trước mổ là RCRL nhưng sau mổ không phải RCRL như: RTĐ, rau bong non....
- Các sản phụ dưới 18 tuổi và trên 45 tuổi.
- Các tuổi thai dưới 28 tuần tuổi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian làm nghiên cứu: Từ tháng 11/2022 – 6/2022.

Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 3/2022 – 4/2022.

Thời gian bệnh án được hồi cứu: Từ 01/01/2020 – 30/4/2022.

Địa điểm nghiên cứu: Bv Phụ Sản Hà Nội.

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

* Cỡ mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, lấy toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Trên thực tế, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 93 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

* **Xử lý số liệu:** - Sử dụng phiếu thu thập số liệu để lấy thông tin từ hồ sơ bệnh án theo các biến số và chỉ số của nghiên cứu.

- Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán sau:

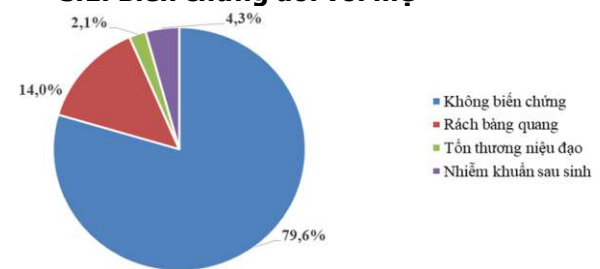
+ Thống kê mô tả các biến định lượng bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất

+ Thống kê mô tả các biến định tính bao gồm tỉ lệ phần trăm

+ Thống kê suy luận cho biến định lượng được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Biến chứng đối với mẹ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ biến chứng phẫu thuật đối với mẹ

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có 19/93 trường hợp có biến chứng do RCRL chiếm tỉ lệ 20,4%. Rách bàng quang có 13 trường hợp chiếm tỉ lệ 14,0%. Nhiễm khuẩn sau sinh có 4 trường hợp chiếm tỉ lệ 4,3%. Tổn thương niệu đạo chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2,1%.

Bảng 1. Lượng máu mất và lượng máu được truyền trong phẫu thuật

Lượng máu (ml)	Số lượng	Trung bình	GTNN	GTLN
Mất	93	1727,4±1197,0	500	8000
Được truyền	89	1231±731,3	350	3550

Nhận xét: Có 89/93 bệnh nhân được truyền máu sau phẫu thuật. Lượng máu mất trung bình là $1727,4 \pm 1194,0$ ml. Lượng máu được truyền trung bình là $1231 \pm 731,3$ ml. Lượng máu mất ít nhất là 500ml, lượng máu mất nhiều nhất là

8000ml. Lượng máu được truyền ít nhất là 350ml, lượng máu được truyền nhiều nhất là 3550ml.

Bảng 2. Liên quan giữa lượng máu mất và mức độ rau cài răng lược

Mức độ RCRL	n	Trung bình	GTLN	GTNN	P
Độ 1	18	1233,3 ± 705,4	3500	500	>0,05
Độ 2	70	1903,6 ± 1276,4	8000	500	
Độ 3	5	1040,0 ± 577,1	2000	500	
Tổng	93	1727,4 ± 1193,9	8000	500	

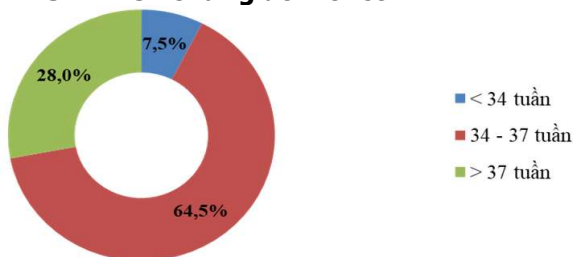
Nhận xét: Lượng máu trung bình mất ở RCRL độ 1 là 1233,3 ± 705,4ml, lượng máu mất ít nhất là 500ml, nhiều nhất là 3500 ml. Lượng máu trung bình mất ở RCRL độ 2 là 1903,6 ± 1276,4ml, lượng máu mất ít nhất là 500ml, nhiều nhất là 8000ml. Lượng máu trung bình mất ở RCRL độ 3 là 1040,0 ± 577,1ml, lượng máu mất ít nhất là 500 ml, nhiều nhất là 2000ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa lượng máu truyền và mức độ RCRL

Mức độ RCRL	n	Trung bình	GTLN	GTNN	P
Độ 1	17	926,5±552,6	2450	350	>0,05
Độ 2	68	1308,1±768,6	3550	320	
Độ 3	4	1225,0±451,8	1750	700	
Tổng	89	1231,5±731,3	3550	350	

Nhận xét: Lượng máu trung bình được truyền ở RCRL độ 1 là 926,5 ± 552,6 ml, lượng máu được truyền ít nhất là 500 ml, nhiều nhất là 2450 ml. Lượng máu trung bình mất ở RCRL độ 2 là 1308,1 ± 768,6 ml, lượng máu được truyền ít nhất là 320 ml, nhiều nhất là 3550 ml. Lượng máu trung bình mất ở RCRL độ 3 là 1225,0 ± 451,8 ml, lượng máu được truyền ít nhất là 700 ml, nhiều nhất là 1750 ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Biểu chứng đối với con



Biểu đồ 1. Tuổi thai khi mổ

Nhận xét: Tuổi thai khi sinh chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 34 – 37 tuần với 60 trường hợp, chiếm 64,5%. Tuổi thai khi sinh đứng số 2 là tuổi thai trên 37 tuần với 26 trường hợp, chiếm 28%. Tuổi thai chiếm tỉ lệ ít nhất là dưới 34 tuần với tỉ lệ 7,5%.

Bảng 4. Liên quan giữa tuổi thai khi sinh và mức độ rau cài răng lược

Tuổi thai	<34 tuần	34-37 tuần	>37 tuần	Tổng	p
Độ RCRL	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Độ 1	1 14,3	12 20,0	5 19,2	18 19,4	>0,05
Độ 2	5 71,4	45 75,0	20 76,9	70 75,3	
Độ 3	1 14,3	3 5,0	1 3,9	5 5,4	
Tổng	7 100	60 100	26 100	93 100	

Nhận xét: Mức độ RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là RCRL độ 1 và chiếm tỉ lệ thấp nhất là RCRL độ 3, kết quả này xảy ra ở tất cả các nhóm tuổi thai. Mức độ RCRL độ 1 ở nhóm tuổi thai từ 34 - 37 tuần chiếm 20%, ở nhóm tuổi thai trên 37 tuần chiếm 19,2%, ở nhóm thai dưới 34 tuần chiếm 14,3%. Mức độ RCRL độ 2 ở nhóm tuổi thai trên 37 tuần là 76,9%; cao hơn các nhóm tuổi thai dưới 34 tuần (71,4%) và nhóm tuổi thai từ 34 -37 tuần (75%). Mức độ RCRL độ 3 gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi thai dưới 34 tuần. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Môi liên quan giữa tuổi thai khi mổ và thời điểm mổ

Thời điểm mổ	n	Trung bình	GTLN	GTNN	p
Mổ cấp cứu	11	34,0±2,8	37	30	<0,05
Mổ chủ động	82	37,0±1,9	41	30	
Tổng	93	36,7±2,2	78	30	

Nhận xét: Tuổi thai trung bình khi phẫu thuật là 36,7 ± 2,2 tuần. Tuổi thai trung bình tại thời điểm mổ lấy thai cấp cứu là 34,0 ± 2,8 tuần, tuổi thai nhỏ nhất là 30 tuần, lớn nhất là 37 tuần. Tuổi thai trung bình tại thời điểm mổ lấy thai chủ động là 37,0 ± 1,9 tuần.

Bảng 6. Liên quan giữa tuổi thai khi sinh và phương pháp xử trí tử cung

Tuổi thai	<34 tuần	34-37 tuần	>37 tuần	Tổng	p
Xử trí	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Bảo tồn tử cung	2 28,6	13 21,7	7 26,9	22 23,7	>0,05
Cắt tử cung	5 71,4	47 78,3	19 73,1	71 76,3	
Tổng	7 100	60 100	26 100	93 100	

Nhận xét: Phương pháp xử trí cắt tử cung chiếm tỉ lệ cao hơn phương pháp xử trí bảo tồn tử cung ở tất cả các nhóm tuổi thai. Bảo tồn tử cung có tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi thai dưới 34 tuần. Cắt tử cung có tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi thai từ 34 – 47 tuần. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Tình trạng sơ sinh sau mổ lấy thai

Tình trạng sơ sinh	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
--------------------	--------------	-----------

Apgar phút thứ nhất	Dưới 7 điểm	29	31,2
	Trên 7 điểm	64	68,8
Apgar phút thứ năm	Dưới 7 điểm	10	10,8
	Trên 7 điểm	83	89,2
Cân nặng trẻ		2602,2 ± 455,1	
Tổng		100	100

Nhận xét: Có 31,2% trẻ sơ sinh có apgar phút thứ nhất dưới 7 điểm và 10,8% có apgar phút thứ 5 dưới 7 điểm. Cân nặng trẻ sơ sinh nặng nhất là 3950 gr và trẻ sơ sinh nhẹ cân nhất là 1350 gr, cân nặng trẻ trung bình là 2602,2 ± 455,1. Không có trường hợp nào tử vong sơ sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến chứng đối với mẹ

Biến chứng của phẫu thuật đối với mẹ.

Có 19/93 (20,4%) sản phụ có biến chứng của RCRL trong đó có 13 sản phụ (14,0%) có biến chứng rách bàng quang, 2 sản phụ (2,1%) có tổn thương niệu đạo và 4 sản phụ (4,3%) có nhiễm khuẩn sau sinh. Ngoài ra còn có 2/93 (2,1%) sản phụ phải phẫu thuật lần 2 do mất máu nhiều sau phẫu thuật không cầm được máu. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Hùng phân tích 72 trường hợp RCRL được xử trí phẫu thuật ghi nhận có 17 trường hợp có tai biến cho mẹ chiếm tỉ lệ 23,61%; trong số này có 12 trường hợp tổn thương bàng quang (16,67%), 5 trường hợp chảy máu móm cắt (6,94%); 11 trường hợp phải mổ lại do chảy máu móm cắt gây chảy máu trong ổ bụng và tổn thương bàng quang [4]. Kết quả tỉ lệ các biến chứng rất khác nhau ở các nghiên cứu có thể do trình độ của kĩ thuật viên, thời điểm nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Trường hợp biến chứng nặng nhất trong nghiên cứu là sản phụ 40 tuổi, sinh con lần 3, tiền sử 2 lần mổ đẻ, 1 lần nạo hút thai. Quá trình mang thai sản phụ không có triệu chứng lâm sàng như đau bụng hay ra máu bất thường. Theo kết quả siêu âm, rau bám mặt trước, xét nghiệm máu trước mổ có nồng độ Hemoglobin 145 g/l. Sản phụ nhập viện khi thai được 38 tuần 3 ngày, đủ tháng. Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động, gây mê nội khí quản, rạch da theo đường trắng giữa dưới rốn và rạch dọc thân tử cung. Quá trình mổ bệnh nhân mất nhiều máu, tổng lượng máu mất 8000ml và được chỉ định cắt tử cung bán phần thấp. Sản phụ bị biến chứng rách bàng quang tiến hành khâu bàng quang cầm máu. Trong mổ được truyền 3550 ml khối hồng cầu, 1600ml plasma, 300 khối tiểu cầu và các dung dịch bồi phụ tuần hoàn khác. Sau phẫu thuật, xét nghiệm máu có nồng độ

Hemoglobin 45 g/l. Thời gian mổ của bệnh nhân 235 phút là thời gian mổ kéo dài nhất trong 93 sản phụ được đưa vào nghiên cứu. Trẻ sơ sinh nặng 3950 gam, Apgar phút thứ nhất 5 điểm, phút thứ 5 là 8 điểm.

Từ kết quả nghiên cứu và những so sánh với các nghiên cứu khác, chúng ta có thể thấy những biến chứng trong RCRL là rất nặng nề. Trong nghiên cứu của tôi không có trường hợp nào tử vong mẹ.

Lượng máu mất, lượng máu được truyền và mối liên quan với mức độ RCRL.

Chảy máu là biến chứng hay gặp nhất cho các sản phụ mắc RCRL, xảy ra chủ yếu trong quá trình chuyển dạ ở thời kỳ bong rau. Theo Phạm Huy Hiền Hào cũng cho tỉ lệ chảy máu sau đẻ do RCRL chiếm 5,7% và do RBC là 1,5% [5].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy số lượng máu mất trong mổ trung bình là 1727,4 ± 1194,0 ml trong đó trường hợp mất ít nhất là 500 ml và mất nhiều nhất là 8000 ml.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của tôi có cao hơn so với 2 nghiên cứu trong nước gần đây có thể do thời gian, địa điểm và cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau [4][6].

Có 89/93 (95,7%) bệnh nhân được truyền máu, lượng máu truyền trung bình là 1231 ± 731,3 ml, bệnh nhân được truyền ít nhất là 350 ml, nhiều nhất là 3550 ml. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương Trà cho kết quả tỉ lệ truyền máu của sản phụ có RCRL là 57%; trung bình số đơn vị máu truyền cho 1 bệnh nhân là 3,3 đơn vị tương đương 825 ml, một bệnh nhân phải truyền nhiều nhất là 9 đơn vị tương đương 2250 ml [2]. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do nghiên cứu được thực hiện đã lâu (2007 - 2011) khi điều trị RCRL còn chưa có nhiều kinh nghiệm. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả trong 2 nghiên cứu gần đây của Nguyễn Mạnh Hùng 100% sản phụ được truyền máu và trong nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa 90,4% sản phụ được truyền máu [4][6], điều này là do thời gian gần đây, ở BVPSHN luôn luôn dự phòng máu truyền cho các trường hợp RCRL nhằm giảm tỉ lệ thiếu máu sau phẫu thuật.

Vì vậy có thể thấy phẫu thuật mổ lấy thai ở sản phụ có RCRL là một phẫu thuật hết sức nặng nề, với biến chứng chảy máu ồ ạt, mất máu nhiều, đòi hỏi phải có sự chuẩn bị kỹ lưỡng trước trong và mổ về phương tiện gây mê hồi sức, dự trữ máu đặc biệt các trường hợp nhóm máu hiếm, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trình độ nhằm đảm bảo an toàn cho sản phụ, hạn chế tối đa chảy máu.

Theo bảng 2 và bảng 3 lượng máu mất, lượng máu được truyền nhiều nhất ở nhóm RCRL độ 2. Lượng máu trung bình mất ít nhất ở nhóm RCRL độ 3. Lượng máu trung bình được truyền ít nhất ở nhóm RCRL độ 1. Trong nghiên cứu của Trần Khánh Hoa cũng cho kết quả lượng máu mất trung bình nhiều nhất và lượng máu trung bình được truyền nhiều nhất ở nhóm RCRL độ 2 [6]. Kết quả này giống với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thứ tự sắp xếp nhưng số lượng cụ thể lại khác nhau. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Hùng, rau tiền đạo cài răng lược làm xuất hiện nhiều mạch máu tăng sinh ở đoạn dưới tử cung gây chảy máu nhiều hơn trong lúc mổ; số lượng máu phải truyền còn phụ thuộc vào mức độ RCRL [4].

Như vậy có sự khác nhau trong kết quả nghiên cứu của tôi và 2 tác giả ở trên, sự khác biệt có thể giải thích do thời điểm nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau.

4.2. Biến chứng đối với con

Tuổi thai khi sinh và các yếu tố liên quan. Nghiên cứu ghi nhận tuổi thai khi sinh chiếm tỉ lệ cao nhất là 34 – 37 tuần với 64,5%, thai trên 37 tuần chiếm 28,0% và tỉ lệ thai dưới 34 tuần chiếm tỉ lệ ít nhất với 7,5%. Tuổi thai khi sinh cao nhất là 41 tuần và tuổi thai khi sinh thấp nhất là 30 tuần. Tuổi thai khi sinh trung bình là $36,7 \pm 2,2$ tuần.

Theo bảng 5, tuổi thai trung bình ở nhóm có chỉ định mổ chủ động là $37,0 \pm 1,9$ tuần tuổi cao hơn nhóm chỉ định mổ cấp cứu với tuổi thai trung bình là $34,0 \pm 2,8$ tuần tuổi. Khi tìm hiểu về mối liên quan giữa chỉ định mổ lấy thai trong RCRL và tuổi thai khi mổ tác giả Nguyễn Mạnh Hùng ghi nhận: tuổi thai trung bình của sản phụ mổ chủ động là 37 $\pm$ 1,44 cao hơn tuổi thai trung bình của sản phụ mổ cấp cứu là $34,85 \pm 3,33$ [4]. Nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa cũng đưa ra kết quả tuổi thai trung bình ở nhóm có chỉ định mổ chủ động là 37 ± 1 tuần tuổi cao hơn nhóm chỉ định mổ cấp cứu với tuổi thai trung bình là 34 ± 5 tuần tuổi [6]. Các kết quả trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Ta có thể thấy tuổi thai tại thời điểm MLT của sản phụ mắc RCRL đang gần với tuổi thai đủ tháng giúp làm giảm nguy cơ gặp các biến chứng nguy hiểm cho thai và sản phụ. Cũng từ đó ta thấy được lợi ích rõ rệt của sự phát triển khoa học công nghệ và tiến bộ trong y học tác động tích cực lên chẩn đoán, điều trị và theo dõi sản phụ có RCRL.

Khi phân tích liên quan giữa tuổi thai khi sinh và phương pháp xử trí (bảng 6) cho kết quả xử trí cắt tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi

thai từ 34 -37 tuần, tỉ lệ bảo tồn tử cung cao nhất ở nhóm tuổi thai dưới 34 tuần, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tình trạng sơ sinh sau mổ lấy thai. Sau mổ lấy thai điểm Apgar của trẻ ở phút thứ nhất và phút thứ năm có điểm số trên 7 chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 68,8% và 89,2%.

Cân nặng trẻ trung bình là $2602,2 \pm 455,1$ gr, sơ sinh có cân nặng thấp nhất là 1350 gr (1 trường hợp) và sơ sinh có cân nặng cao nhất là 3950 gr (1 trường hợp). Theo Nguyễn Mạnh Hùng cân nặng sơ sinh trung bình là $2609,72 \pm 601,03$ gr, nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa cũng cho cân nặng sơ sinh trung bình là $2686,54 \pm 579,05$ gr [4],[6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tương tự như các tác giả trên.

Không có trường hợp nào tử vong sơ sinh.

Như vậy tình trạng sơ sinh ở nghiên cứu của chúng tôi có cân nặng trung bình nằm trong khoảng đủ cân và apgar thể hiện trẻ khỏe mạnh sau đẻ, từ đó thể hiện các ưu điểm trong chẩn đoán và điều trị, theo dõi và đưa ra chỉ định hợp lý cho các sản phụ có RCRL của các bác sĩ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ biến chứng đối với mẹ là 20,4% trong đó rách bàng quang là biến chứng hay gặp nhất chiếm 14,0%.
- Tuổi thai khi sinh trung bình $36,7 \pm 2,2$ tuần.
- Cân nặng trẻ khi sinh là $2602,2 \pm 455,1$ gr.
- Không có trường hợp nào tử vong sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Porter TF, Eller AG., Soisson P., et al (2009), "Optimal management strategies for placenta accreta", BJOG 2009, 116, tr. 648.
2. Lê Thị Hương Trà (2012), "Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm (2007 - 2011)", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Liên Phương, Trần Danh Cường, Vũ Bá Quyết (2017), "Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017", Tạp chí sản phụ khoa, 2018, 16(01), tr. 87 - 91.
4. Nguyễn Mạnh Hùng (2017), "Nghiên cứu kết quả điều trị rau cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Phạm Huy Hiền Hào và Bạch Thu Cúc (2011), "Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2008 - 2009", Hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp, tháng 4/2011. Chuyên đề hỗ trợ sinh sản - Vô sinh - Sản phụ khoa, tr. 202 - 209
6. Trần Khánh Hoa (2019), "Nghiên cứu thái độ xử trí rau tiền đạo rau cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.