

đơn biến và đa biến. Tỷ lệ SSTT ở nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên là 10,2%, thấp hơn 7 lần so với nhóm chưa học hết tiểu học (72,9%). Các yếu tố kinh tế xã hội khác bao gồm tình trạng lao động, nghề nghiệp chính và nguồn thu nhập chính không có ý nghĩa thống kê sau phân tích đa biến. Tỷ lệ SSTT ở nhóm có tiền sử tai biến mạch máu não (52,0%) cao hơn nhóm không có tiền sử bệnh này (28,0%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($OR=5,22$). Mỗi liên quan giữa SSTT và tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường chưa có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,4 ($\pm 7,1$) và nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (55,9%), tương tự một số nghiên cứu về SSTT ở NCT trong cộng đồng tại Việt Nam.^{2,3} Đa số đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên (69,8%); nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên chiếm 19,8%.

Với điểm cắt 23/24, tỷ lệ chẩn đoán sàng lọc SSTT bởi trắc nghiệm MMSE là 29,2%. So với các nghiên cứu khác cũng sử dụng trắc nghiệm MMSE để chẩn đoán sàng lọc, tỷ lệ SSTT trong nghiên cứu của chúng tôi nằm giữa mức 28,8% theo Doan Vương Diem Khanh² và 46,4% theo Nguyen Ngoc Bich.³ Nhìn chung, tỷ lệ SSTT dao động theo báo cáo khác nhau do sự khác nhau về đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội, phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán và quy trình nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bị SSTT ở nữ giới (36,7%) cao hơn ở nam giới (20,7%), sự khác biệt không còn ý nghĩa thống kê sau phân tích hồi quy logistic đa biến. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ mắc SSTT theo giới tính hoặc chỉ có liên quan khi phân tích đơn biến, có thể là do nhóm nữ trong nghiên cứu này có tuổi trung bình cao hơn nam giới.²

Tuổi là yếu tố liên quan chặt chẽ với SSTT; có ý nghĩa thống kê cả khi phân tích đơn biến và đa biến. Năm 2016, Nguyen Ngoc Bich tiến hành nghiên cứu trên 3308 NCT tại 3 miền Bắc, Trung, Nam cho thấy tuổi là một trong những yếu tố liên quan mạnh nhất với SSTT sau phân tích hồi quy logistic.³ Các nghiên cứu khác cả trong nước và quốc tế cũng nhận thấy tuổi là yếu tố tương quan mạnh mẽ với SSTT.^{2,4,5} Mỗi liên quan giữa tuổi và SSTT có thể được giải thích bằng các cơ chế sinh học của sự già hoá, dẫn đến giảm chức năng thần kinh. Diễn tiến SSTT tăng dần cùng với tốc độ già hoá của cơ thể.

Học vấn càng cao tỷ lệ bị SSTT càng thấp. Sau phân tích đa biến, nguy cơ SSTT ở nhóm đã tốt nghiệp trung học phổ thông chỉ bằng 0,08 so với nhóm có trình độ học vấn thấp nhất. Trong nghiên cứu của Nguyen Ngoc Bich,³ 94,8% nhóm có học vấn dưới tiểu học có triệu chứng SSTT, trong khi tỷ lệ này ở nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên chỉ 12,9%. Các yếu tố kinh tế xã hội khác bao gồm tình trạng lao động, nghề nghiệp chính và nguồn thu nhập chính không có ý nghĩa thống kê sau phân tích đa biến.

Tiền sử tai biến mạch máu não là yếu tố liên quan với SSTT, cả khi phân tích đơn biến và đa biến. Kết quả này tương tự các nghiên cứu đã công bố cho thấy tai biến mạch máu não là một yếu tố nguy cơ thậm chí được coi là nguyên nhân của SSTT, đặc biệt là SSTT do mạch máu.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp và đái tháo đường không phải là yếu tố liên quan với SSTT. Đây là hai yếu tố nguy cơ của SSTT do mạch máu, vì vậy thường không còn liên quan với SSTT sau khi hiệu chỉnh với yếu tố tiền sử tai biến mạch máu não.³

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc SSTT ở NCT tại Hà Nội theo chẩn đoán sàng lọc bằng trắc nghiệm MMSE ở điểm cắt 23/24 là 29,2%. Các yếu tố nguy cơ SSTT sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến bao gồm: tuổi cao, trình độ học vấn thấp, và tiền sử tai biến mạch máu não. Chưa thấy mối liên quan giữa các yếu tố giới tính, tình trạng lao động, nghề nghiệp chính, nguồn thu nhập chính, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường với nguy cơ SSTT. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường sàng lọc sớm sa sút trí tuệ tại y tế cơ sở, đặc biệt ở người cao tuổi và/hoặc có tiền sử tai biến mạch máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Association American Psychiatric.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
2. **Doan Vương Diem Khanh, Vo Van Thang, Ho Dung, et al.** Prevalence of dementia among the elderly and health care needs for people living with dementia in an urban community of central Vietnam. *Vietnam J Public Health.* 2015;3(1):16-23.
3. **Bích NN, Dung NTT, Vu T, et al.** Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* 2019;13. doi:10.1186/s13033-019-0314-7
4. **Collaborators GBDD.** Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(1):88-106. doi:10.1016/S1474-4422(18)30403-4
5. **Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, von**

- Strauss E.** The Magnitude of Dementia Occurrence in the World. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2003;17(2):63-67. doi:10.1097/00002093-200304000-00002
6. **Korinek K, Teerawichitchainan B, Zimmer Z, et al.** Design and measurement in a study of war exposure, health, and aging: protocol for the Vietnam health and aging study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1351. doi:10.1186/s12889-019-7680-6
7. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.** "Mental state". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

GIÁ TRỊ CỦA HÌNH ẢNH “HỒ MÁU CỔ TỬ CUNG” TRÊN SIÊU ÂM ĐẦU DÒ ÂM ĐẠO Ở NHỮNG BỆNH NHÂN RAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM – RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Hoàng Đình Thiệp¹, Trần Danh Cường¹,
Đặng Quang Hùng², Trần Việt Hòa², Nguyễn Văn Phú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của hình ảnh “hồ máu cổ tử cung” – ICL (Intracervical lakes) trong việc chẩn đoán và tiên lượng phẫu thuật ở bệnh nhân RTĐTT – RCRL. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 40 bệnh án rau tiền đạo trung tâm – rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Các bệnh nhân được siêu âm qua đầu dò âm đạo, đánh giá sự có mặt của hình ảnh “hồ máu cổ tử cung”. Mục tiêu là đánh giá sự chính xác của hình ảnh “hồ máu cổ tử cung” trong việc tiên lượng cuộc phẫu thuật như: cắt tử cung, bảo tồn tử cung, số lượng máu truyền, thời gian phẫu thuật. **Kết quả:** Có 40 bệnh nhân được chẩn đoán rau cài răng lược trước phẫu thuật có dấu hiệu ICL trên siêu âm đầu dò âm đạo và được xác nhận bằng kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 34,4 tuổi. Tất cả số bệnh nhân RCRL đều có tiền sử phẫu thuật lấy ít nhất một lần. Tỷ lệ cắt tử cung giữa nhóm bệnh nhân có ICL độ 2 cao gấp 8.4 lần so với nhóm bệnh nhân có ICL độ 1 (OR 8.4, CI 95%: 1.27- 55.39); tỷ lệ này tăng lên 18.2 lần nếu bệnh nhân thuộc nhóm ICL độ 3 (OR 18.2, CI 95%: 1.76 -188.07); thời gian phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân có ICL độ 3 kéo dài hơn 1.4 lần so với nhóm bệnh nhân có ICL độ 1 (p=0.016); thể tích máu truyền trung bình ở nhóm bệnh nhân có ICL độ 3 cao hơn gấp 3 lần so với nhóm bệnh nhân có ICL độ 1 và gần gấp đôi so với nhóm bệnh nhân có ICL độ 2 (p=0.016). **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung (ICL) có ảnh hưởng rõ rệt đến một số yếu tố quan trọng trong quá trình phẫu thuật bao gồm: thời gian phẫu thuật, lượng máu truyền và tỷ lệ bảo tồn tử cung.

Từ khóa: Rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược, hồ máu cổ tử cung, siêu âm đầu dò âm đạo, cắt tử cung, bảo tồn tử cung trong RCRL

SUMMARY

THE VALUE OF THE “INTRACERVICAL LAKES” SIGNS ON TRANSVAGINAL ULTRASOUND IN PATIENTS WITH PLACENTA ACCRETA SPECTRUM

Objective: An evaluation of the diagnostic and surgical prognostic significance of the “Intracervical lakes (ICL)” sign in patients with placenta accreta spectrum (PAS). **Methods:** This prospective descriptive study investigated into 40 patients diagnosed with PAS at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology between January 1st, 2024, and December 31st, 2024. All patients underwent transvaginal ultrasound to assess for the presence of the ICL sign. The primary objective was to evaluate the accuracy of the ‘intracervical lakes’ sign in diagnosing placenta accreta spectrum and in predicting surgical outcomes, including: hysterectomy, uterine preservation, the volume of blood transfusion required, and the duration of the surgical procedure. **Results:** 40 patients preoperatively diagnosed with placenta accreta spectrum (PAS) exhibiting the ICL sign on transvaginal ultrasound were included and subsequently confirmed by postoperative histopathological findings. The mean age of the patient cohort was 34.4 years. Notably, all patients with PAS had a history of at least one prior cesarean section. The odds ratio for requiring hysterectomy was 8.4 times higher in patients with Grade 2 ICL compared to those with Grade 1 ICL (OR 8.4, 95% CI: 1.27-55.39); this ratio increased to 18.2 in patients with Grade 3 ICL (OR 18.2, 95% CI: 1.76-188.07). Furthermore, the surgical duration in the Grade 3 ICL group was 1.4 times longer than in the Grade 1 ICL group (p=0.016). The mean volume of blood transfusion was nearly threefold higher in patients with Grade 3 ICL compared to those with Grade 1 ICL, and almost double that of patients with Grade 2 ICL (p=0.016). **Conclusion:** Our study has demonstrated that the degree of increased conspicuity of lower uterine segment vessels/intracervical lakes (ICL) has a significant impact on several critical intraoperative factors, including surgical duration, blood transfusion volume, and the rate of uterine preservation.

Keywords: Placenta previa, placenta accreta

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Thiệp

Email: thiephmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

spectrum, intracervical lakes, transvaginal ultrasound, hysterectomy, uterine preservation in placental accreta spectrum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược là một bệnh lý sản khoa nghiêm trọng do các gai rau bám bất thường vào cơ tử cung, gây chảy máu ồ ạt khi sổ rau và có thể dẫn đến các biến chứng nặng nề cho mẹ và thai nhi. Trước đây bệnh ít gặp và ít được nghiên cứu nên dễ bị chẩn đoán sót. Gần đây, tỷ lệ mắc có xu hướng tăng rõ rệt, từ 1/2510 ca sinh (1985–1994) theo Miller [1], đến 1/968 (1993–2002) theo Kayem [2], và 1/272 ca sinh (2016) theo ACOG [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại BV Phụ sản Trung ương tỉ lệ rau cài răng lược trên tổng số bệnh nhân vào đẻ từ 2007 đến 2011 là 0,1% [4]

Các yếu tố nguy cơ bao gồm: phẫu thuật lấy thai, bóc u xơ tử cung, nạo hút thai, cắt dính buồng tử cung, đặc biệt thường gặp ở bệnh nhân có sẹo phẫu thuật đẻ cũ kèm rau tiền đạo trung tâm. Sự gia tăng phẫu thuật lấy thai kéo theo tỷ lệ rau tiền đạo có sẹo phẫu thuật cũ tăng, dẫn đến tỷ lệ rau cài răng lược tăng.

Siêu âm 2D và Doppler qua đường bụng là phương pháp được sử dụng phổ biến và hiệu quả nhất để chẩn đoán rau cài răng lược. Ngoài ra MRI được dùng để đánh giá mức độ xâm lấn, đặc biệt khi bánh rau bám sau. Gần đây, một số nghiên cứu quốc tế đề xuất sử dụng siêu âm đầu dò âm đạo cho kết quả chẩn đoán chính xác hơn và hỗ trợ điều trị hiệu quả hơn. Tuy vậy, tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Chính vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: *Đánh giá vai trò của hình ảnh hồ máu cổ tử cung trong việc chẩn đoán và tiên lượng phẫu thuật rau cài răng lược.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo trung tâm – rau cài răng lược trên siêu âm qua đường bụng và đầu dò âm đạo và được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2024 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những bệnh nhân được chẩn đoán rau tiền đạo trung tâm - rau cài răng lược bằng siêu âm đầu dò bụng và đầu dò âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Có kết quả siêu âm đầu dò âm đạo trước phẫu thuật mô tả dấu hiệu "hồ máu cổ tử cung".

- Những bệnh nhân này được theo dõi trước, trong và sau phẫu thuật, có cách thức phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh lý.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán RCRL nhưng hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện không xác suất trong thời gian nghiên cứu có đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 thu thập được 40 bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này là một nghiên cứu hồi cứu, sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

		n	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi mẹ	≤ 29	8	20
	30-34	10	25
	≥ 35	22	55
Số lần phẫu thuật lấy thai	1	14	35
	2	19	47,5
	≥ 3	7	17,5
Số lần đẻ	1	13	32,5
	2	16	40
	≥ 3	11	27,5
Số lần nạo, hút thai	0	14	35
	1	19	47,5
	2	7	17,5

Nhận xét: - Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi ≥ 35 (chiếm 55%)

- Phần lớn các bệnh nhân RCRL có ít nhất một lần nạo, hút thai trở lên (65%).

- Tất cả số bệnh nhân RCRL đều có tiền sử mổ lấy ít nhất một lần, trong đó số bệnh nhân mổ lấy thai 2 lần chiếm tỉ lệ cao nhất (47,5%). Tỉ lệ bệnh nhân có từ 2 lần sinh trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (67,5%)

Bảng 2: Liên quan của dấu hiệu "hồ máu cổ tử cung" đối với tiên lượng phẫu thuật bảo tồn tử cung

		Hồ máu cổ tử cung			Tổng	p
		Độ 1	Độ 2	Độ 3		
Cách thức PT	Bảo tồn TC	7 58,3%	2 14,3%	1 7,1%	10 25%	0,006

	Cắt TC	5 41,7%	12 85,7%	13 92,9%	30 75%
Tổng		12 100%	14 100%	14 100%	40 100%
OR 95% CI		1	8,4 1,3-55,4	18,2 1,8-188,1	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được bảo tồn tử cung cao nhất ở nhóm hồ máu CTC độ 1 (58,3%) và tỉ lệ cắt tử cung cao nhất ở nhóm hồ máu CTC độ 3 (92,9%)

Bảng 3: Giá trị của dấu hiệu hồ máu cổ tử cung đối với thời gian phẫu thuật và lượng máu truyền trong mổ

Hồ máu CTC	Thời gian phẫu thuật				Lượng máu truyền			
	Trung bình (ml)	X ± SD (ml)	Min (phút)	Max (phút)	Trung bình (ml)	X ± SD (ml)	Min (phút)	Max (phút)
Độ 1	98,75	80±20,1	55	110	866	460±525,5	0	1400
Độ 2		100±32,9	40	160		705,7±679,7	0	2000
Độ 3		113,6±31,8	80	190		1375,7±889	0	2700
p		0,022				0,007		

Nhận xét: - Thời gian phẫu thuật tăng dần theo mức độ xâm lấn của ICL. Thời gian mổ ở nhóm độ 3 (113,6 ± 31,8 phút) cao hơn đáng kể so với nhóm độ 1 (80 ± 20,1 phút, p = 0,016). Không có khác biệt rõ ràng giữa nhóm độ 2 với nhóm độ 1 hoặc độ 3.

- Tổng lượng máu truyền tăng dần theo phân độ ICL. Nhóm ICL độ 3 có lượng máu truyền cao hơn đáng kể so với độ 1 (p = 0,007) và độ 2 (p = 0,049). Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm độ 1 và độ 2 (p = 0,666).

Bảng 4: Liên quan giữa mức độ của dấu hiệu hồ máu cổ tử cung và kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Hồ máu cổ tử cung			p
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Rau bám chặt	6(50%)	7(50%)	2(14,3%)	0,034
Rau đâm sâu	6(50%)	6(42,9%)	12(85,7%)	
Rau đâm xuyên	0(0%)	1(7,1%)	0(0%)	

Nhận xét: - Tỷ lệ rau đâm sâu có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm ICL, với nhóm ICL 3 có tỷ lệ rau ăn sâu cao nhất (85,7%), trong khi nhóm ICL 1 và ICL 2 có tỷ lệ rau ăn sâu thấp hơn (50% và 42,9% tương ứng)

- Hệ số Gamma = 0,437 với p = 0,034 cho thấy có mối liên hệ thuận mức trung bình và có ý nghĩa thống kê giữa mức độ xâm lấn rau và mức độ hồ máu cổ tử cung.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tỉ lệ RCRL tăng tỉ lệ thuận với tuổi của bệnh nhân, tỉ lệ RCRL cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 35 tuổi (55%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số tác giả trong nước như Đinh Văn Sinh là 45.8% [5] và Ngô Quang Anh là 46% [6].

Tiền sử nạo hút thai được coi là một yếu tố làm tăng nguy cơ của RTĐTT – RCRL. Từ bảng 3.1 cho thấy 62.5% số bệnh nhân có tiền sử nạo

hút thai ít nhất 1 lần. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Ngô Quang Anh, 70.8% số bệnh nhân RCRL có ít nhất 1 lần nạo, hút thai [6]. Ở bệnh nhân từng nạo hút thai nhiều lần, lớp nội mạc tử cung thường bị tổn thương, đặc biệt là vùng đáy tử cung – nơi nhau thai thường bám. Khi đó, nhau thai trong thai kỳ tiếp theo dễ bám trực tiếp vào lớp cơ tử cung mà không có hàng rào nội mạc ngăn cách.

Phẫu thuật lấy thai là yếu tố nguy cơ của rau cài răng lược. Nguyên nhân có thể do phẫu thuật lấy thai làm tổn thương lớp nội mạc và lớp màng rụng, từ đó khiến bánh rau trong thai kỳ sau có thể bám bất thường, ăn sâu vào cơ tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân RCRL có tiền sử phẫu thuật lấy thai ít nhất 1 lần, trong đó số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật lấy thai 1 lần, 2 lần và 3 lần trở lên chiếm tỉ lệ lần lượt là 35%, 47.5% và 17.5%. Điều này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương với tỉ lệ lần lượt là 41.7%, 46.4% và 3.6% và Cù Chiến Thắng với tỉ lệ lần lượt là 36%, 50% và 10% [7].

4.2. Mối liên quan giữa các mức độ hồ máu cổ tử cung và khả năng bảo tồn tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bảo tồn tử cung ở bệnh nhân rau cài răng lược có tăng sinh mạch máu cổ tử cung độ 1 là 58,3%, độ 2 là 14,3%, và độ 3 là 7,1%. Những kết quả này cho thấy mối tương quan rõ ràng giữa mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung và khả năng bảo tồn tử cung.

Khi mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung tăng lên (độ 2 và độ 3), tỷ lệ bảo tồn tử cung giảm đáng kể. Điều này có thể được giải thích bằng sự gia tăng mạch máu và liên kết với cấu trúc tử cung, đặc biệt trong dấu hiệu hồ máu cổ tử cung vị trí các mạch máu nằm sâu, sát ống cổ tử cung, phía sau bàng quang, và phía trước các quai đại tràng, khiến cho phẫu thuật trở nên phức

tập hơn, mất máu nhiều hơn, khó kiểm soát chảy máu và khó có thể bảo tồn tử cung mà không ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân. Mức độ tăng sinh mạch máu càng cao có thể làm tăng nguy cơ mất máu và ảnh hưởng đến quá trình lành thương của tử cung sau phẫu thuật.

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so với nghiên cứu của Aryananda và cộng sự [8]. Trong nghiên cứu của họ, tỷ lệ bảo tồn tử cung ở các mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung lần lượt là 91,1% cho độ 1, 27,6% cho độ 2 và 14,3% cho độ 3. Sự khác biệt này có thể giải thích do kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như ekip phẫu thuật và cơ sở hạ tầng của mỗi bệnh viện và khu vực là khác nhau. Nhưng nhìn chung tỉ lệ bảo tồn tử cung đều giảm khi mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung tăng lên.

4.3. Mối liên hệ giữa dấu hiệu hồ máu cổ tử cung với thời gian phẫu thuật và lượng máu truyền trong phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật ở ba nhóm hồ máu cổ tử cung khác nhau lần lượt là 80 phút (Độ 1), 100 phút (Độ 2), và 113 phút (Độ 3). Điều này phản ánh một xu hướng rõ rệt rằng thời gian phẫu thuật tăng dần theo mức độ xâm lấn của nhau thai, đặc biệt là khi mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung tăng lên. Sự gia tăng thời gian phẫu thuật có thể được giải thích bởi sự phức tạp và khó khăn trong việc kiểm soát mạch máu trong các ca phẫu thuật có mức độ xâm lấn cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu trung bình cần phải truyền ở ba mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung lần lượt là 460 ml, 705 ml, và 1375 ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Aryananda về lượng máu truyền, với các giá trị lần lượt là 500 ml, 750 ml, và 1250 ml ở ba mức độ tương ứng [8]. Điều này cho thấy sự tương đồng giữa hai nghiên cứu, đặc biệt là trong việc chỉ ra rằng lượng máu cần truyền tăng dần theo mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung. Sự tương đồng này có thể hỗ trợ giả thuyết rằng mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung có ảnh hưởng trực tiếp đến nhu cầu truyền máu trong các ca phẫu thuật.

4.4. Mối liên quan giữa mức độ tăng sinh mạch máu cổ tử cung và kết quả giải phẫu bệnh. Tỷ lệ rau đâm sâu có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm ICL, với nhóm ICL độ 3 có tỷ lệ rau đâm sâu cao nhất (85,7%). Điều này trái ngược hẳn với nhóm ICL độ 1 và độ 2, nơi tỷ lệ rau đâm sâu thấp hơn nhiều (tương ứng 50% và 42,9%). Sự khác biệt rõ rệt này, cùng với giá trị $p = 0,034$, cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa

thống kê giữa mức độ hồ máu cổ tử cung và sự hiện diện của rau đâm sâu. Điều này gợi ý rằng mức độ hồ máu cổ tử cung càng cao, khả năng rau đâm sâu càng lớn.

Ngoài ra, hệ số Gamma = 0,437 với $p = 0,034$ cũng củng cố thêm nhận định về mối liên hệ thuận mức trung bình và có ý nghĩa thống kê giữa mức độ xâm lấn rau và mức độ hồ máu cổ tử cung. Hệ số Gamma dương cho thấy khi mức độ hồ máu cổ tử cung tăng lên, mức độ xâm lấn rau (đặc biệt là rau đâm sâu) cũng có xu hướng tăng theo. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc tiên lượng và quản lý thai kỳ, đặc biệt là đối với các trường hợp có nguy cơ rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm đầu dò âm đạo với dấu hiệu hồ máu cổ tử cung đóng một vai trò quan trọng trong việc dự đoán thời gian phẫu thuật, lượng máu truyền, kết quả giải phẫu bệnh lý và giúp tiên lượng khả năng bảo tồn tử cung hay cắt tử cung. Tuy nhiên cần thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và kiểm soát các yếu tố khác để làm rõ hơn các tác động này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miller D.A., Chollet J.A., and Goodwin T.M.** (1997). Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*, 177(1), 210–214.
2. **Kayem G., Seco A., Beucher G., et al.** (2021). Clinical profiles of placenta accreta spectrum: the PACCRETA population-based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 128(10), 1646–1655.
3. **Leonard S.A., Kennedy C.J., Carmichael S.L., et al.** (2020). An Expanded Obstetric Comorbidity Scoring System for Predicting Severe Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol*, 136(3), 440.
4. **Lê Thị Hương Trà** (2011). 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 sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Đinh Văn Sinh.** Nhận xét chẩn đoán và thái độ xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại BVPSTW trong 2 năm 2008 – 2009, Luận văn thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
6. **Ngô Quang Anh.** Nghiên cứu vai trò của siêu âm doppler và chụp cộng hưởng từ ở những thai phụ rau cài răng lược rau tiền đạo có sẹo mổ cũ tại bệnh viện Phụ sản TƯ, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Đại học Y Hà Nội, 2022.
7. **Cù Chiên Thắng** (2023). Mô tả hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán và định hướng xử trí rau tiền đạo – rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2021, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Đại học Y Hà Nội.
8. **Aryananda R.A., Duvekot J.J., Van Beekhuizen H.J., et al.** Transabdominal and transvaginal ultrasound findings help to guide the clinical management of placenta accreta spectrum cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(1), 93–102.