

assessment of myocardial infarction: an international, multicenter, double-blinded, randomized trial. *Circulation*, 117(5), 629–637.

6. Klein C., Gebker R., Kokocinski T. và cộng sự. (2008). Combined magnetic resonance coronary artery imaging, myocardial perfusion and late gadolinium enhancement in patients with

suspected coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance*, 10(1), 45.

7. Lê Thị Thùy Liên, Nguyễn Khôi Việt, Nguyễn Ngọc Tráng và cộng sự (2014), Bước đầu áp dụng cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, *Tạp chí Điện quang Việt Nam*, (15), 46–55.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CÁC TRƯỜNG HỢP NHAU BONG NON TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Nguyễn Trương Bảo Long¹, Trịnh Duy Thức², Trịnh Tiến Đạt³,
Hồ Đăng Chung⁴, Hoàng Thị Thanh Thảo¹, Phạm Hùng Cường⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhou bong non (NBN) là cấp cứu sản khoa tuy có tỉ lệ bệnh không cao (0,6 – 1%), nhưng gây tử vong cho thai nhi và mẹ rất cao nếu không xử trí kịp thời. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của từng thể nhau bong non khác nhau với hi vọng tìm ra các yếu tố có thể tiên lượng mức độ nặng của nhau bong non, hướng tới mục tiêu hạn chế các biến chứng do nhau bong non gây ra. **Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của từng thể nhau bong non được chẩn đoán sau mổ tại bệnh viện Hùng Vương. **Phương pháp:** Báo cáo loạt ca hồi cứu tất cả thai phụ được chẩn đoán nhau bong non sau mổ tại Bệnh viện Hùng Vương trong vòng 5 năm từ 01/2017 đến 12/2021. **Kết quả:** Trong 290 trường hợp nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng gồm đau bụng 84,5%, xuất huyết âm đạo 55,9%, tiền sản giật nặng 64,9%, siêu âm ghi nhận khối máu tụ sau nhau 30,7%. Kết cục mẹ gồm tổn thương cơ tử cung nặng và lan rộng 1,8%, máu mất trung bình 458,3 ± 237,56ml, rối loạn đông máu 3,5%, thời gian nằm viện trung bình 4,5 ± 1,78 ngày. Kết cục con gồm cần can thiệp lúc sinh 2311 ± 779 gram, tỉ lệ trẻ sống 86,2%, nhập khoa sơ sinh: 32,7%. Các yếu tố liên quan đến NBN thể nặng bao gồm tuổi mẹ: tuổi mẹ ≥ 35 OR = 0,27 [KTC 95% 0.1-0.72], p = 0,01; tiền sản giật OR = 2,30 [KTC 95% 1.05-5.03], p = 0,04; thời gian từ lúc có chẩn đoán đến lúc được mổ ≥ 20 phút OR = 2,32 [KTC 95% 1.13-4.77], p = 0,02. **Kết luận:** NBN là một cấp cứu sản khoa, cần chẩn đoán và can thiệp kịp thời để làm giảm các kết cục xấu cho mẹ và con. **Từ khóa:** nhau bong non, cấp cứu sản khoa, kết cục thai kỳ

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FINDINGS, AND PREGNANCY OUTCOMES OF PLACENTAL ABRUPTION CASES AT HUNG VUONG HOSPITAL

Background: Placental abruption is an obstetric emergency with a relatively low incidence (0.6–1%), but it is associated with high fetal and maternal mortality if not managed promptly. Studying the clinical and paraclinical characteristics of different types of placental abruption may help identify factors that predict disease severity, thereby reducing related complications. **Objective:** To investigate the clinical features, paraclinical findings, and pregnancy outcomes of different types of placental abruption diagnosed intraoperatively at Hung Vuong Hospital. **Methods:** This was a retrospective case series including all pregnant women diagnosed with placental abruption after surgery at Hung Vuong Hospital over a 5-year period, from January 2017 to December 2021. **Results:** Among 290 cases, common clinical features included abdominal pain (84.5%), vaginal bleeding (55.9%), severe preeclampsia (64.9%), and ultrasound-detected retroplacental hematoma (30.7%). Maternal outcomes included severe and extensive uterine muscle damage (1.8%), mean blood loss of 458.3 ± 237.56 mL, coagulopathy in 3.5% of cases, and a mean hospital stay of 4.5 ± 1.78 days. Neonatal outcomes showed a mean birth weight of 2311 ± 779 grams, a live birth rate of 86.2%, and neonatal intensive care unit admission in 32.7% of cases. Factors associated with severe placental abruption included maternal age ≥ 35 years (OR = 0.27; 95% CI: 0.10–0.72; p = 0.01), preeclampsia (OR = 2.30; 95% CI: 1.05–5.03; p = 0.04), and a time interval ≥ 20 minutes from diagnosis to surgery (OR = 2.32; 95% CI: 1.13–4.77; p = 0.02). **Conclusions:** Placental abruption is a critical obstetric emergency that requires timely diagnosis and intervention to reduce adverse maternal and neonatal outcomes. **Key words:** Placental abruption, obstetric emergency, pregnancy outcomes

¹ Bệnh viện Hùng Vương

² Đại học Washington

³ Đại học Hutech

⁴ Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Duy Thức

Email: bsphcuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2026

Ngày duyệt bài: 14.4.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau bong non là cấp cứu sản khoa gây tử vong cho thai nhi và mẹ rất cao nếu không xử trí kịp thời. Nguy cơ mẹ và con liên quan đến mức độ nhau bong non. Nguy cơ mẹ bao gồm xuất huyết sản khoa, cần phải truyền máu, cắt tử cung cấp cứu, đông máu nội mạch lan tỏa, suy thận và thậm chí tử vong. Nguy cơ thai liên quan đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhẹ cân, ngạt, thậm chí thai chết trong tử cung và tử vong chu sinh. Khả năng sống của thai không chỉ phụ thuộc vào mức độ nhau bong mà còn phụ thuộc vào tuổi thai. Vài nghiên cứu gần đây còn ghi nhận trẻ sinh ra có nguy cơ bất thường thần kinh về sau [1].

Việc điều trị nhau bong non phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh và các biến chứng, tình trạng của mẹ và thai, đồng thời phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ từ đó quyết định cho theo dõi sinh ngã âm đạo hay phải mổ lấy thai. Sau sanh, bác sĩ có thể bảo tồn tử cung hay phải cắt tử cung, kết hợp thắt động mạch tử cung hay các can thiệp khác, cùng với việc điều trị rối loạn đông máu, theo dõi chảy máu sau sinh là các vấn đề quan trọng [1].

Bệnh viện Hùng Vương là một trong những bệnh viện lớn về sản khoa cả nước nói chung và TP. HCM nói riêng. Các biến chứng nặng nề cho mẹ và con thường gặp nhất ở nhau bong non thể nặng. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của từng thể nhau bong non khác nhau với hi vọng tìm ra các yếu tố có thể tiên lượng mức độ nặng của nhau bong non, hướng tới mục tiêu hạn chế các biến chứng do nhau bong non gây ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca hồi cứu

Tất cả thai phụ được chẩn đoán nhau bong non sau mổ tại Bệnh viện Hùng Vương trong vòng 5 năm từ 01/2017 đến 12/2021 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Các trường hợp được chẩn đoán với:

+ Thời điểm chẩn đoán và điều trị từ 01/2017 đến 12/2021.

+ Chẩn đoán nhau bong non sau mổ lấy thai.
+ Có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án phù hợp cho phiếu thu thập số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: đa thai

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhau bong non: đánh giá của phẫu thuật viên về khối máu tụ sau nhau trong trường trình phẫu thuật.

Tiêu chuẩn phân loại thể nhau bong non: hệ thống phân loại nhau bong non theo mức độ tiến triển nặng dần của theo Colau J.C (1985) [2]

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian thu thập số liệu với mẫu trong 5 năm từ 01/2017 đến 12/2021 tại Bệnh viện Hùng Vương, chúng tôi thu thập được 367 trường hợp nhau bong non được chẩn đoán sau mổ, dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, chúng tôi đã loại bỏ 77 trường hợp (trong đó: 03 ca song thai, 74 ca không đủ thông tin trong hồ sơ) và đưa 290 trường hợp vào nghiên cứu.:

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=290)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ		
< 20	5	1,7
20 - 34	208	71,7
≥ 35	77	26,6
Tuổi trung bình	30,6 ±5,86	
Thể nhau bong non		
Ấn	4	1.3
Nhẹ	156	53.7
Trung bình	85	29.7
Nặng	45	15.5
Tuổi thai		
20 - < 28	12	4,1
28 - < 32	43	14,8
32 - < 34	31	10,7
34 - < 37	84	29,0
≥ 37	120	41,4

Trong mẫu nghiên cứu, sản phụ có nhóm tuổi từ 20 - 34 chiếm tỉ lệ cao nhất (71,7%), nhau bong non thể nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 53,7%. Sản phụ mang thai đủ tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 41,4%, chỉ có 4,1% (12 trường hợp) sản phụ mang thai dưới 28 tuần.

Bảng 5: Đặc điểm lâm sàng của nghiên cứu

Đặc điểm	An N=4(%)	Nhẹ N=156(%)	Trung bình N=85(%)	Nặng N=45(%)	Tổng số N=290(%)
Ra máu âm đạo					
Không	1(25,0)	63 (40,4)	47 (55,3)	17 (37,8)	128 (44,1)
Có	3(75,0)	93 (59,6)	38 (44,7)	28 (62,2)	162 (55,9)
Đau bụng					
Không	0 (0)	21 (13,5)	11 (12,9)	13 (28,9)	45 (15,5)
Có	4 (100)	135 (86,5)	74(97,1)	32 (71,1)	245 (84,5)

Đặc điểm	An N=4(%)	Nhẹ N=156(%)	Trung bình N=85(%)	Nặng N=45(%)	Tổng số N=290(%)
Siêu âm thấy khối máu tụ sau nhau					
Không	4 (100)	113 (72,4)	65 (76,5)	19 (42,2)	201 (69,3)
Có	0 (0)	43 (27,6)	20 (23,5)	26 (57,8)	89 (30,7)
Thời gian can thiệp					
< 20	1 (25,0)	88 (57,5)	47 (55,3)	15 (33,3)	151 (52,1)
≥ 20	3 (75,0)	68 (42,5)	38 (44,7)	30 (66,7)	139 (47,9)
Trung bình	24,5±20,24	20,9±16,34	20,0±12,89	26,7±17,97	21,8±15,88

Đa số sản phụ nhau bong non có triệu chứng đau bụng, chiếm 84,5%, kể đến là tình trạng ra máu âm đạo 55,9%. 30,7% sản phụ (89 trường hợp) siêu âm thấy có khối máu tụ sau nhau. Thời gian can thiệp trung bình là 21,8 ± 15,88 phút, 52,1% sản phụ được can thiệp dưới 20 phút. NBN thể nặng thời gian can thiệp trung bình dài nhất 26,7± 17,97 phút.

Bảng 3: Đặc điểm kết cục thai kỳ

Đặc điểm	Tổng số N=290	Tỉ lệ (%)
Tổn thương tử cung		
Không	194	66,8
Nhẹ	91	31,4
Nặng và lan rộng	5	1,8
Can thiệp trong mổ		
Thắt ĐMTC	94	32,4
B-Lynch	44	15,1
Thắt ĐM hạ vị	1	0,3
Cắt tử cung toàn phần	1	0,3
Lượng máu mất (ml)		
< 500	186	64,1
500 – 1000	89	30,6
> 1000	15	5,1
Trung bình	458,3 ± 237,56	
Rối loạn đông máu		
Không	280	96,5
Có	10	3,5
Thời gian nằm viện (ngày)		
< 4	98	33,7
4-6	166	57,3
> 6	26	9,0
Trung bình	4,5 ± 1,78	
Cân nặng (gram)		
Cực nhẹ cân < 1000	22	7,5
Rất nhẹ cân 1000-1499	32	11,0
Nhẹ cân 1500-2499	100	34,4
Đủ cân ≥ 2500	136	46,8
Trung bình	2311,2 ± 779,04	
Nhập khoa sơ sinh		
Có	95	32,7
Không	195	67,3
Kết cục chu sinh		
Thai lưu trong tử cung	29	10,0
Chết sau sinh	11	3,7
Sống	250	86,2

Đa phần không có tổn thương cơ tử cung chiếm 66,8%. Can thiệp chủ yếu là thắt ĐMTC chiếm 32,4%, tiếp theo B-Lynch chiếm 15,1%. Chỉ có 01 trường hợp thắt ĐM hạ vị và 01 trường hợp cắt tử cung. Lượng máu mất trung bình 458,3 ± 237,56 ml, ít nhất 200ml, nhiều nhất 1800ml. 64,1% có lượng máu mất < 500ml, chỉ có 5,1% (15 trường hợp) có băng huyết sau mổ (>1000ml). Chỉ 10 trường hợp sản phụ có rối loạn đông máu, chiếm 3,5%. Thời gian nằm viện trung bình là 4,5 ± 1,78 ngày, ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 17 ngày. Nằm viện từ 6 ngày trở xuống chiếm hơn 90%. Cân nặng trung bình của trẻ 2311,2 ± 779,04 gram với thấp nhất là 350 gram và nặng nhất là 4000 gram. Có 32,7% trẻ phải nhập khoa sơ sinh và 86,2% trường hợp sống sau sinh.

Bảng 4: Phân tích hồi quy đa biến mô liên quan các yếu tố với NBN thể nặng

Yếu tố	OR	OR*	KTC 95%	p**
Tuổi mẹ ≥ 35	0,38	0,27	0,10 - 0,72	0,01
Tuổi thai				
28 - <37	2,56	1,80	0,79 - 4,10	0,16
< 28	6,81	2,60	0,64 - 10,53	0,18
Bệnh lý TSG	2,64	2,30	1,05 - 5,03	0,04
Đau bụng	0,37	0,61	0,26 - 1,47	0,27
Ra máu	0,26	0,41	0,16 - 1,06	0,07
Thời gian can thiệp				
≥ 20 phút	2,30	2,32	1,13 - 4,77	0,02

Sau khi đưa 06 yếu tố có liên quan đến NBN thể nặng vào mô hình hồi quy đa biến để kiểm soát yếu tố gây nhiễu, đã cho kết quả có mối tương quan thực sự giữa các yếu tố sau với mức độ nặng NBN, P < 0,05:

- Tuổi mẹ: Những sản phụ có độ tuổi ≥ 35 với OR 0,27 (KTC 95% 0,10 - 0,72).
- Bệnh lý tiền sản giật với OR 2,30 (KTC95% 1,05- 5,03).
- Những sản phụ có thời gian can thiệp ≥ 20 với OR 2,32 (KTC95% 1,13 - 4,47).

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu, nhau bong non thể nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 53,7%, chỉ 4 trường hợp (1,3%) nhau bong non thể ẩn, còn lại

29,3% nhau bong thể non trung bình và 15,5% nhau bong non thể nặng. Trong các nghiên cứu trước đây cũng như nghiên cứu này, tỉ lệ nhau bong non thể nặng giảm dần và giảm một cách đáng kể theo thời gian như nghiên cứu của Đinh Tiến Đức [3] 2011-2014 tỷ lệ lần lượt là 16,2%, 53,3%, 21,9%, 8,6%; Nguyễn Thị Minh Huệ [4] 2004-2010 là 21,3%, 36,9%, 27,7%, 12,1%. Kết quả nghiên cứu một lần nữa ghi nhận sự tiến bộ của y học, kinh nghiệm trong thực hành của các bác sĩ sản khoa, cũng như các thăm dò hỗ trợ, để có thể chẩn đoán nhau bong non từ sớm và xử trí một cách kịp thời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số sản phụ nhau bong non có triệu chứng đau bụng, chiếm 84,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mukherjee [5] là 71,7%. Tỉ lệ ra máu âm đạo theo từng thể nhau bong non từ thể nhẹ đến thể nặng lần lượt là 59,6%; 44,7%; 62,2%. So sánh nghiên cứu của Đinh Tiến Đức [3] ra máu âm đạo tập trung nhiều ở thể nhẹ 62,2%, với thể trung bình 27,0%, thể nặng 8,1%. So sánh với tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ [4] cho thấy tỉ lệ ra máu âm đạo tập trung nhiều ở thể trung bình 50,4% với thể nhẹ 33,1%, thể nặng 16,5%. Vấn đề chảy máu sớm hay muộn, có hay không chảy máu là phụ thuộc vị trí chảy máu và khối lượng máu tụ và việc máu có thoát ra khỏi màng nhau để ra ngoài âm đạo. Vì vậy không có máu âm đạo không có nghĩa là bệnh không nặng mà thậm chí còn rất nặng do ít dấu hiệu chỉ điểm khiến người thầy thuốc dễ bỏ sót NBN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian can thiệp trung bình là 21,8 ± 15,88 phút, lớn hơn thời gian can thiệp trung bình của tác giả Lê Anh Nam [6] là 15,79 ± 4,22 phút ở nhóm bệnh được chẩn đoán tại cấp cứu và 17,41 ± 9,31 phút ở nhóm bệnh được chẩn đoán khi nằm viện. Tác giả Nguyễn Thị Mộng Tuyền [7] cho rằng ở nhóm được chẩn đoán trước mổ là nhau bong non, 59,7% có thời gian này từ 10-< 20 phút, còn ở nhóm được chẩn đoán trước mổ không phải là nhau bong non thì tỉ lệ này tập trung ở nhóm ≥ 40 phút. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do sự chia nhóm bệnh khác nhau so với 2 nghiên cứu trên. Trong thực tế lâm sàng việc chẩn đoán nhau bong non tùy thuộc vào nhiều yếu tố và tham khảo sự hỗ trợ của cận lâm sàng để chẩn đoán chính xác bệnh.

Lượng máu mất trung bình 458,3 ± 237,56 ml, ít nhất 200ml, nhiều nhất 1800ml. 64,1% có lượng máu mất < 500ml, chỉ có 5,1% (15 trường

hợp) có bằng huyết sau mổ (>1000ml). Lượng máu mất trung bình của chúng tôi nhiều hơn so với các tác giả Nguyễn Thị Mộng Tuyền (2019) [7] $293,5 \pm 117,9$ ml, của tác giả Lê Anh Nam (2018) [6] 341 ± 282 ml. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu, thời điểm tiến hành nghiên cứu.

Trong nhóm nghiên cứu, cân nặng trung bình của trẻ sau sinh là $2311,2 \pm 779,04$ gram, tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mộng Tuyền [7] là $2374,4 \pm 764,4$ gram và cao hơn tác giả Lê Anh Nam [6] là 1992 ± 847 gram. Tỷ lệ chết sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả tác giả Nguyễn Thị Mộng Tuyền [7] là 6,1%, của Lê Anh Nam [6] là 6,9%. Nghiên cứu của chúng tôi, có thể do nhau bong non được phát hiện sớm, đồng thời bệnh viện Hùng Vương có khoa sơ sinh cũng là một khoa rất phát triển, với sự nỗ lực của các bác sĩ đã làm giảm tỷ lệ tử vong xuống rất thấp.

Phân tích mô hình hồi quy đa biến cho kết quả tuổi mẹ ≥ 35 và mỗi liên quan với NBN thể nặng OR 0,27 (0,10-0,72), $P=0,01$. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả của nghiên cứu của Kayani và cộng sự [8] cho rằng tuổi mẹ không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể nhau bong non. Sự khác biệt này có thể do chủng tộc, tỷ lệ phân bố nhóm tuổi khác nhau trong 2 nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm sản phụ bị TSG, nhau bong non thể nặng chiếm 26,0%, nhau bong non thể nhẹ còn lại chiếm 74,0%, trong khi nhóm sản phụ không bị bệnh lý tiền sản giật, nhau bong non thể nặng chỉ chiếm 11,7%. So với nghiên cứu của Đinh Tiến Đức [3], nhau bong non thể nặng chiếm 19% trong nhóm TSG nặng, của Nguyễn Thị Minh Huệ [4], NBN thể nặng chiếm 7,4% trong nhóm TSG nặng. Các nghiên cứu đều thấy rằng TSG, đặc biệt TSG nặng có khả năng làm tăng mức độ nặng của NBN. Khi phân tích hồi quy đa biến để loại bỏ yếu tố nhiễu, cho kết quả OR=2,30 (1,05 - 5,03) và $P=0,04$, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa những sản phụ có tình trạng TSG với mức độ nặng NBN

Một nghiên cứu của Kayani và cộng sự tại Bệnh viện phụ sản Liverpool năm 2003 [8] nghiên cứu bệnh chứng ở 33 trường hợp có nhau bong non nặng và tim thai chậm đã cho thấy rằng quyết định cho sinh trong vòng 20 phút (55% trường hợp) thì con sinh ra không có di chứng não, và đồng thời tác giả cũng nêu lên rằng nếu sinh trong vòng 20 phút ở những trường hợp có nhau bong non thể nặng thì hiếm

khi có tình trạng nghiêm trọng về mẹ. Chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đa biến, ghi nhận những sản phụ có thời gian can thiệp ≥ 20 phút để bị NBN thể nặng hơn có ý nghĩa thống kê với OR 2,32 (1,13 -4,47), $P=0,02$. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi khẳng định thêm vai trò của thời gian can thiệp, từ lúc có chẩn đoán đến lúc được mổ không nên quá 20 phút, sẽ giảm tỉ lệ NBN thể nặng.

V. KẾT LUẬN

Nhau bong non là một cấp cứu sản khoa nghiêm trọng, tuy có tỷ lệ mắc không cao nhưng gây hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, diễn tiến nhanh và khó tiên lượng, dễ dẫn đến các biến chứng nặng như băng huyết, rối loạn đông máu, tổn thương tử cung, thai chết lưu hoặc suy thai cấp. Việc nhận diện sớm các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ như tiền sản giật, tuổi mẹ cao, cũng như rút ngắn thời gian từ chẩn đoán đến can thiệp phẫu thuật có vai trò quan trọng trong tiên lượng mức độ nặng và cải thiện kết cục thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ananth CV, Friedman AM, Lavery JA, VanderWeele TJ, Keim S, Williams MA.** Neurodevelopmental outcomes in children in relation to placental abruption. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2017; 124(3):463-472.
- Colau JC et Uzan.** Hématome rétroplacentaire ou DPPNI, *Med.Chir, Obstétrique.* 1985: 5071.
- Đinh Tiến Đức.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.2015, 30-74.
- Nguyễn Thị Minh Huệ.** Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí rau bong non tại bệnh viện phụ sản trung ương. Luận văn thạc sỹ Y học.Trường Đại học Y Hà Nội.2011, 28-84.
- Mukherjee Soma, Bawa Amarjeet Kaur, Sharma Surbhi, Nandanwar Yogeshwar S, Gadam Mohan.** Retrospective study of risk factors and maternal and fetal outcome in patients with abruption placetac. *Journal of natural science, biology, and medicine.* 2014; 5(2):425.
- Lê Anh Nam.** Kết cục thai kỳ ở các trường hợp nhau bong non tại Bệnh viện Từ Dũ. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP.HCM.2018, 32-68.
- Nguyễn Thị Mộng Tuyền.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp nhau bong non được chẩn đoán sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược TP.HCM.2019, 36-85
- Kayani S. I., Walkinshaw S. A., Preston C.** Pregnancy outcome in severe placental abruption. *Bjog.* 2003; 110(7):679-83.