

về hen và kiểm soát triệu chứng đã được ghi nhận trong nghiên cứu ở Saudi Arabia và nghiên cứu của Nguyễn Như Vinh[7]. Chúng tôi cho rằng mối tương quan này có thể cần được kiểm định thêm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra mức độ hiểu biết của bệnh nhân về tự quản lý hen còn thấp và tỷ lệ mắc lỗi khi thao tác với bình hít của bệnh nhân còn khá cao. Các phát hiện này là cơ sở cho việc xây dựng một chương trình giáo dục hen cho bệnh nhân nhằm giúp bệnh nhân có thể tự kiểm soát hen hiệu quả hơn với sự giúp đỡ chuyên môn của các nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abubaker Elbur, Bj Alharthi, et al. (2017)**, "Self-management and control of asthma among adult patients in King Faisal Medical Complex Taif, KSA", International Journal of Research in Pharmacy and Science, 7, pp. 24 – 29.
2. **Al-Showair R. A., Tarsin W. Y., et al. (2007)**, "Can all patients with COPD use the correct inhalation flow with all inhalers and does training help?", Respir Med, 101(11), pp. 2395-401.
3. **Arora P., Kumar L., et al. (2014)**, "Evaluating the technique of using inhalation device in COPD

and bronchial asthma patients", Respir Med, 108(7), pp. 992-8.

4. **Federman A. D., O'Connor R., et al. (2019)**, "Effect of a Self-management Support Intervention on Asthma Outcomes in Older Adults: The SAMBA Study Randomized Clinical Trial", JAMA Intern Med, 179(8), pp. 1113-21.
5. **Mancuso C. A., Choi T. N., et al. (2013)**, "Improvement in asthma quality of life in patients enrolled in a prospective study to increase lifestyle physical activity", J Asthma, 50(1), pp. 103-7.
6. **Meyer I. H., Sternfels P., et al. (2001)**, "Characteristics and correlates of asthma knowledge among emergency department users in Harlem", J Asthma, 38(7), pp. 531-9.
7. **Nguyen V. N., Huynh T. T. H., et al. (2018)**, "Knowledge on self-management and levels of asthma control among adult patients in Ho Chi Minh City, Vietnam", Int J Gen Med, 11, pp. 81-89.
8. **Ozturk A. B., Ozyigit Pur L., et al. (2015)**, "Association between asthma self-management knowledge and asthma control in the elderly", Ann Allergy Asthma Immunol, 114(6), pp. 480-4.
9. **Vos Theo (2017)**, "Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", Lancet Respir Med, 5(9), pp. 691-706.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM DOPPLER MÀU TRONG CHẨN ĐOÁN RAU CÀI RĂNG LƯỢC Ở BỆNH NHÂN RAU TIỀN ĐẠO TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Hồng*, Lê Đức Thọ*,
Bé Thị Hoa*, Bùi Ngọc Diệp*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rau tiền đạo là bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung gây cản trở đường ra của thai nhi đồng thời gây ra một số biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của siêu âm doppler màu trong tiền lượng rau cài răng lược tại khoa sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Nhận xét thái độ xử trí rau tiền đạo tại khoa sản bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 44 trường hợp chẩn đoán và điều trị rau tiền đạo tại Bệnh viện Trung Ương từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020. **Kết quả và kết luận:** Sản phụ có độ tuổi

≥35 chiếm 45,5% cao nhất. Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai mổ lấy thai 1 lần 45%. Rau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm chiếm tỉ lệ 45,5%. Siêu âm Doppler màu chẩn đoán rau cài răng lược có độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 85,71%. Tuổi thai trung bình lúc vào viện là: 34± 2,5; Tuổi thai lúc mổ 36 ± 2,4 tuần. Mổ lấy thai cấp cứu do chảy máu chiếm tỉ lệ cao nhất 31,8%, mổ chủ động vì rau cài răng lược 20,9%. Tỉ lệ thai phụ phải truyền máu chiếm 74,6%

Từ khóa: Rau tiền đạo, Siêu âm Doppler, rau cài răng lược, tuổi thai, chầu máu.

SUMMARY

RESEARCH ON THE VALUE OF COLOR DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PLACENTA ACCRETA SPECTRUM IN PATIENTS WITH PLACENTA PREVIA AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Introduction: Placenta previa is when the placenta attaches inside the uterus but in an abnormal

*Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: drnguyenthinhong77@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2021

Ngày duyệt bài: 17.3.2021

position near or over the cervical opening. It obstructs the delivery of the fetus and also causes a number of dangerous complications for the mother and baby.

Objective: Evaluate the value of color doppler ultrasonography in the prognosis of placenta accreta spectrum at the Department of Obstetrics and Gynecology in Thai Nguyen Natinal Hospital, comment handling attitude placenta previa at the Department of Obstetrics and Gynecology in Thai Nguyen Natinal Hospital.

Objects and methods: A cross-sectional study in 44 cases of diagnosis and treatment placenta previa in Thai Nguyen Natinal Hospital from 01/2020 to 12/2020. Results and Conclusion: Pregnant women aged ≥ 35 accounted for the highest 45.5%. Women with a history of one-time cesarean section accounted for 45%. The rate of placenta previa partial and placenta previa total is 45,5%. Color Doppler ultrasonography in the diagnosis of placenta accreta spectrum has sensitivity 77,8% specificity 85,71%. The average gestational age at admission was $34 \pm 2,5$ weeks. Gestational age at cesarean section was $36 \pm 2,4$ weeks. Emergency cesarean section due to bleeding accounts for the highest 31,8%. Having cesarean section before labour due to placenta accreta spectrum accounts for 20,9%. The proportion of pregnant women requiring blood transfusion was 74,6%

Keywords: placenta previa, Doppler ultrasonography, placenta accreta spectrum, gestational age, bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau tiền đạo là bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung. Rau tiền đạo xảy ra khoảng 1/200 trường hợp thai nghén. Rau tiền đạo có thể gây ra rau cài răng lược. Rau cài răng lược là hình thái rau đâm xuyên qua cơ tử cung, xâm lấn vào các cơ quan lân cận 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 [7]. Hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới cũng như ở Việt Nam đang ngày một tăng lên. Sẹo mổ cũ làm tăng nguy cơ rau tiền đạo và rau cài răng lược [1]. Việc chẩn đoán trước mổ rau cài răng lược trong các trường hợp rau tiền đạo rất cần thiết giúp bác sỹ có kế hoạch chuẩn bị cho cuộc mổ tránh gây nhiều biến chứng nặng nề cho người bệnh như xuất huyết nặng phải truyền nhiều máu, đa số phải cắt tử cung. Tại khoa Sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên hàng năm có nhiều sản phụ rau tiền đạo nhập viện điều trị. Tuy nhiên chưa có đề tài nào nghiên cứu về giá trị của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán rau cài răng lược ở những bệnh nhân rau tiền đạo tại khoa Sản Bệnh viện Trung

ương Thái Nguyên" với hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá giá trị của siêu âm doppler màu trong tiên lượng rau cài răng lược tại khoa sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên.*

2. *Nhận xét thái độ xử trí rau tiền đạo tại khoa sản bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo và được mổ lấy thai tại khoa Phụ sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Tuổi thai ≥ 28 tuần
- Có kết quả siêu âm thai Doppler màu bánh rau trước đẻ hoặc mổ 1 tuần tại khoa Phụ sản bệnh viện trung ương Thái Nguyên

- BN được mổ lấy thai hoặc đẻ tại BVTW Thái Nguyên

Tiêu chuẩn loại trừ: - Không có kết quả siêu âm thai Doppler màu bánh rau

- Đã sinh con ở tuyến trước chuyển đến

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị, chuyển viện, trốn viện

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả thiết kế cắt ngang.

2.3. Quy trình thu thập số liệu. Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, theo bộ phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu, lấy toàn bộ các trường hợp được chẩn đoán rau tiền đạo được phẫu thuật tại khoa sản bệnh viện trung ương thái nguyên

Tiến hành siêu âm 2D-Doppler màu trong vòng 1 tuần trước khi mổ lấy thai

*Siêu âm - Doppler màu: có 3 tiêu chuẩn chính chẩn đoán trước mổ có rau cài răng lược khi có từ 2 tiêu chuẩn trở lên:

- Tiêu chuẩn 1: Mất khoảng sáng sau bánh rau hoặc khoảng sáng sau bánh rau $< 2\text{mm}$, thấy có các mạch máu chạy thẳng góc về phía cơ tử cung.

- Tiêu chuẩn 2: Có các xoang mạch nằm trong nhu mô của bánh rau: không đều, có dạng xoáy bất thường, có mạch máu chạy thẳng góc về phía cơ tử cung.

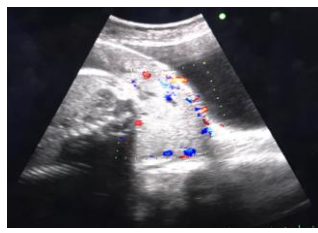
- Tiêu chuẩn 3: Dấu hiệu giả khối u do thành bàng quang bị bánh rau đâm xuyên đẩy lồi vào trong lòng của nó, thành TC mỏng $< 1\text{mm}$, rau đẩy lồi vào lớp cơ TC

2.4. Chỉ số biến số nghiên cứu: Độ tuổi, tiền sử sản khoa, tuổi thai, kết quả siêu âm, phương pháp mổ, trọng lượng trẻ sinh, lượng máu truyền, kết quả giải phẫu bệnh của tử cung sau cắt.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0



Hình 1. Hình ảnh siêu âm rau tiền đạo



Hình 2. Hình ảnh siêu âm mạch máu thành bàng quang bị bành rau đẩy lùi

Chẩn đoán xác định các trường hợp rau cài răng lược: dựa vào kết quả giải phẫu bệnh lý tử cung sau khi cắt.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và giá trị của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán rau cài răng lược:

Bảng 3.1. Phân bố tuổi mẹ theo nhóm

Nhóm tuổi	N	%
25- 20 tuổi	10	22,7
20 – 34 tuổi	14	31,8
≥ 35 tuổi	20	45,5
Tổng	44	100

Nhận xét: Sản phụ có độ tuổi từ 35 trở lên chiếm tỷ lệ 45,5% cao nhất

Bảng 3.2. Phân bố tiền sử sản khoa

Số lần	Tiền sử nạo, hút, sảy		Mổ lấy thai	
	N	%	N	%
0	20	45,4	14	31,8
1	16	36,4	20	45,4
2	5	11,4	9	20,5
≥ 3	3	6,8	1	2,3
Tổng	44	100	44	100

Nhận xét: Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao: mổ lấy thai 1 lần 45%, mổ lấy thai 2 lần chiếm 20,2%. Tiền sử nạo hút thai 1 lần chiếm 36,3%

Bảng 3.3. Phân loại RTĐ theo siêu âm

Loại RTĐ	N	%
Bám thấp, bên	11	25,0
Rau bám mép	13	29,5
Trung tâm, bán trung tâm	20	45,5
Tổng	44	100

Nhận xét: Rau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm chiếm tỷ lệ 45,5%

Bảng 3.4. Giá trị của siêu âm Doppler trong chẩn đoán rau cài răng lược

Siêu âm Doppler cài	Giải phẫu bệnh rau cài răng lược	Tổng
---------------------	----------------------------------	------

răng lược	Có	Không	
Có	7	5	12
Không	2	30	32
Tổng	9	35	44

Nhận xét: Độ nhạy của siêu âm Doppler trong chẩn đoán rau cài răng lược là 77,8%. Độ đặc hiệu 85,71%

Bảng 3.5. Phân bố tuổi thai lúc nhập viện và tuổi thai lúc mổ

Thời điểm	28 - 32 tuần (n %)	33 - 36 tuần (n %)	≥ 37 tuần (n %)
Lúc vào viện	6 (13,6)	24(54,6)	14(31,8)
Lúc mổ lấy thai	2(4,6)	15(34,1)	27(61,3)
Trung bình	Tuổi thai lúc vào: 34 ± 2,5 tuần Tuổi thai lúc mổ: 36 ± 2,4 tuần		

Nhận xét: Tuổi thai trung bình lúc vào viện là: 34 ± 2,5; Tuổi thai lúc mổ 36 ± 2,4 tuần

Bảng 3.6. Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định mổ	N	%	
Mổ cấp cứu	Chảy máu	14	31,8
	Thai suy	1	2,3
	Chuyển dạ	6	13,6
	Lý do khác	2	4,5
Mổ chủ động	RTĐ	12	27,3
	RCRL	9	20,5

Nhận xét: Mổ lấy thai cấp cứu do chảy máu chiếm tỉ lệ cao nhất 31,8%, mổ chủ động vì rau cài răng lược 20,9%.

Bảng 3.7. Phương pháp Phẫu thuật

Phương pháp Phẫu thuật mổ lấy thai kết hợp	n	%
Khâu cầm máu bảo tồn tử cung	31	70,4
Cắt tử cung bán phần	11	24,1
Cắt tử cung toàn phần	2	4,5
Tổng số	44	100

Nhận xét: Tỷ lệ cắt tử cung bán phần chiếm 24,1%, cắt tử cung toàn phần 4,5%

Bảng 3.8. Phân bố cân nặng trẻ sơ sinh sau sinh

Tuần thai	< 37 tuần (n,%)	≥ 37 tuần (n,%)	Tổng (n,%)
< 2500gram	15(88,2)	3(11,1)	18(40,9)
≥2500 gr	2(11,8)	24(88,9)	26(59,1)
Tổng	17(100)	27(100)	44(100)

Nhận xét: Có 40,9% có trong lượng thai <2500g.

Bảng 3.9. Số lượng máu phải truyền (khôì hồng cầu)

Số lượng máu truyền (đơn vị)	Rau cài răng lược (n, %)	Không có rau cài răng lược (n, %)	Tổng (n,%)
0	0 (0)	11 (31,4)	11 (31,4)
1-2	2 (22,2)	18 (51,4)	20 (45,5)

≥ 3	7 (77,8)	6 (17,2)	13 (29,1)
Tổng	9 (100)	35(100)	44(100)

Nhận xét: Số trường hợp phải truyền máu từ ≥ 3 đơn vị chiếm 29,1% truyền 1-2 đơn vị chiếm 45,5%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho thấy Sản phụ có độ tuổi từ 35 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%. So sánh với tác giả, Trần Danh Cường [1], Lê Hoài Chương [2] phân bố nhóm tuổi dưới 35 tuổi (59,3%) và trên 35 tuổi (40,7%) thì kết quả của chúng tôi có sự tương đồng

Kết quả ở bảng 2 sản phụ có tiền sử nạo hút thai 1 lần chiếm 36,3% lệ nạo hút thai ≥ 2 lần trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,6%. Tỷ lệ sản phụ bị rau tiền đạo có tiền sử nạo hút thai ngày càng tăng đặc biệt nạo hút thai nhiều lần thì rau tiền đạo càng tăng. Một số tác giả cho rằng sau mỗi lần nạo hút thai sẽ làm giảm cấp máu đến niêm mạc tử cung ở những lần có thai sau nên bánh rau phải trải rộng để đảm bảo nuôi dưỡng cho thai và làm tăng nguy cơ rau tiền đạo. Đồng thời, cũng làm tổn thương niêm mạc tử cung là nguyên nhân khiến cho các gai rau có điều kiện bám chặt, ăn sâu vào lớp cơ tử cung gây rau cài răng lược. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Đinh Văn Sinh [5](33,6%) và Lê Thị Hương Trà (34%). Như vậy, qua nhiều nghiên cứu các kết quả đều cho thấy rằng nạo hút thai nhiều lần là một yếu tố làm tăng nguy cơ mắc rau tiền đạo và rau cài răng lược hoàn toàn phù hợp.

Về tiền sử mổ lấy thai, các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ gây ra rau cài răng lược, một số tác giả cho rằng tiền sử mổ lấy thai và rau tiền đạo là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất. Nguyên nhân có thể do sẹo mổ cũ làm tổn thương niêm mạc tử cung khiến cho bánh rau không phát triển được qua sẹo mổ cũ trong quá trình di chuyển dẫn đến rau tiền đạo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tiền sử mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao: mổ lấy thai 1 lần 45%, mổ lấy thai 2 lần chiếm 20,2%. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Hoài Chương (2012): 51,5% mổ lấy thai 1 lần và 17,9% mổ lấy thai 2 lần, tương tự nghiên cứu của Phạm Hùng Sơn [4]: 52,2% tiền sử mổ lấy thai 1 lần và 28,2% có tiền sử mổ lấy thai 2 lần trở lên. Nghiên cứu của Đinh Văn Sinh (2010) cho thấy sản phụ có rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai từ 2 lần trở lên thì nguy cơ mắc rau cài răng lược tăng gấp 6,77 lần [5]. Như vậy, tỷ lệ rau cài răng lược sẽ tăng lên khi bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ như tuổi mẹ, tiền sử nạo hút thai

và tiền sử mổ lấy thai. T

Việc phân loại rau tiền đạo chúng tôi dựa vào khoảng cách mép dưới bánh rau và lỗ trong cổ tử cung theo tiêu chuẩn phân loại của Phan Trường Duyệt. Kết quả cho thấy tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm và bán trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%. Tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của các tác giả khác: Phạm Thị Phương Lan (49,4%), Đinh Văn Sinh (50,9%). Thấp hơn nghiên cứu Phạm Hùng Sơn (82,6%) do đối tượng nghiên cứu khác nhau, Hiện nay, để chẩn đoán rau cài răng lược có thể sử dụng phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm Doppler màu, đây là phương tiện hữu ích trong chẩn đoán rau cài răng lược. Dấu hiệu siêu âm đặc trưng để chẩn đoán rau cài răng lược là hình ảnh các nang dịch trong nhu mô rau và hình ảnh các mạch máu đi thẳng góc với thành tử cung. Tỷ lệ chẩn đoán rau cài răng lược có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Theo Twickler D.M thì siêu âm cho ta đánh giá rau cài răng lược với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 72%[6]. Nghiên cứu của Trần Danh Cường cho thấy siêu âm Doppler màu có thể chẩn đoán rau cài răng lược tới 55,6% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 85,71%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Đinh Văn Sinh (89%). Việc chẩn đoán rau cài răng lược trước mổ bằng siêu âm Doppler màu quan trọng giúp phẫu thuật viên chuẩn bị dự trữ máu để giảm các tai biến của mẹ và con

Trong phẫu thuật rau tiền đạo thì cắt tử cung là biện pháp cầm máu cuối cùng nhằm cứu sống bệnh nhân thoát khỏi tình trạng chảy máu, mất máu mà khi đã thực hiện các biện pháp cầm máu khác: khâu cầm máu, thắt động mạch tử cung, không kết quả. Đối với rau cài răng lược thì mổ lấy thai và cắt tử cung cả khối là biện pháp mà nhiều tác giả ủng hộ. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cắt tử cung 28,6% ở tất cả các trường hợp rau tiền đạo, do rau cài răng lược 9/13 chiếm 69,23% cũng tương tự như của Phạm Thị Phương Lan (57,8%), thấp hơn Lê Hoài Chương (82,1%), Phạm Hùng Sơn (84,8%) Theo Cieninski.A cắt tử cung do rau cài răng lược chiếm 48,4% cắt tử cung ở rau tiền đạo và chiếm 32,3% tất cả các chỉ định cắt tử cung trong sản khoa [7]. Có thể cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi CỖ MÁU CHỨA ĐỦ LỚN nên có sự chênh lệch về tỷ lệ cắt tử cung. Việc cắt tử cung hay bảo tồn tử cung còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: tuổi mẹ, số con, loại rau cài răng lược, loại rau tiền đạo trình độ phẫu thuật viên.

Số trường hợp phải truyền máu từ ≥ 3 đơn vị chiếm 40,9% truyền 1-2 đơn vị chiếm 45,5% tương tự nghiên cứu Lê Thị Hương Trà (57%), Lê Hoài Chương (tỷ lệ truyền 2 đơn vị máu trở lên là 38,5%) điều này hoàn toàn phù hợp vì trong rau tiền đạo, lượng máu mất nhiều do chảy máu vị trí rau bám, đồng thời các trường hợp sẹo cũ dính nên nguy cơ mất máu tăng hơn. Như vậy, tỷ lệ phải truyền máu của bệnh nhân rau cài rặng lược rất cao và số lượng máu, chế phẩm máu phải truyền cho mỗi bệnh nhân là rất nhiều, ngân hàng máu hiện nay còn nhiều khó khăn đặc biệt ở bệnh nhân có nhóm máu hiếm. Vì vậy trước phẫu thuật người phẫu thuật viên cần dự trữ máu để giảm các tai biến của mẹ và con. Hiện nay tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, các bệnh nhân mổ chủ động việc dự trữ khối hồng cầu đã trở thành thường quy đối với các bệnh nhân rau cài rặng lược.

Tình trạng cân nặng của trẻ sơ sinh được 40,9% có cân nặng trẻ dưới 2500 gram Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Đinh Văn Sinh (30,9%) [5] và Lê Thị Hương Trà 48% điều này phù hợp vì những trường hợp rau tiền đạo điều trị nội khoa không kết quả thường phải mổ lấy thai trước khi thai đủ tháng. Vì vậy, việc phát hiện, chẩn đoán và nhập viện sớm các trường hợp rau tiền đạo ra máu, rau cài rặng lược, có sự quản lý theo dõi và điều trị nội trú sẽ giảm tỷ lệ phải kết thúc khi thai non tháng.

V. KẾT LUẬN

1. Siêu âm Doppler màu chẩn đoán chẩn đoán rau cài rặng lược có độ nhạy là 77,8%. Độ đặc hiệu 85,71%.

2. Mổ lấy thai cấp cứu do chảy máu chiếm tỷ lệ cao nhất 31,8%, mổ chủ động vì rau cài rặng lược 20,9%. Số trường hợp phải truyền máu từ ≥ 3 đơn vị chiếm 40,9% truyền 1-2 đơn vị chiếm 45,5%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Danh Cường (2011)** "Chẩn đoán rau cài rặng lược bằng siêu âm Doppler màu". Hội Nghị sản phụ khoa Việt-Pháp-2011, Chuyên đề chẩn đoán trước sinh - sơ sinh, 119-124.
2. **Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng (2018)**. "Nhận xét về tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2017". Tạp chí phụ sản, 16(01), 92-96.
3. **Đinh Văn Sinh, Đặng Thị Minh Nguyệt (2011)** "Nhận xét 24 trường hợp rau cài rặng lược bị rau cài rặng lược ở thai phụ bị rau tiền đạo có sẹo mổ cũ tại BVPSW trong 2 năm (2008 - 2009)". Nghiên cứu y học, supplement, Vol.74, No 3. Đại học Y Hà Nội, 2011-225-229
4. **Washecka R, Behling A (2020)**. "Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder : a case report and review of the literature", Hawaii Med J; 61: 66-69
5. **Usta I.M., Hobeika E.M., Musa A.A. (2015)**. "Placenta previa – accreta: risk factors and complication", Am J Obstet Gynecol, Sep; 193(3 Pt2), pp. 1045 - 9.

GIÁ TRỊ BƯỚC ĐẦU CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐA THÔNG SỐ THEO PHÂN LOẠI PI-RADSv2.1 TRONG PHÁT HIỆN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ Ý NGHĨA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Nhân*, Nguyễn Thanh Hải*,
Lê Hồng Chiến*, Ngô Văn Đoàn*, Vũ Thị Hậu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu nghiên cứu về giá trị của cộng hưởng từ đa thông số theo phân loại PI-RADSv2.1 trong phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân với 38 tổn thương tuyến tiền liệt tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 1 năm 2021. Chúng tôi phân loại tổn

thương phát hiện trên cộng hưởng từ đa thông số (mpMRI) dựa theo phân loại PI-RADSv2.1. Các tổn thương nghi ngờ ung thư được sinh thiết hệ thống dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng. Phân tích mối tương quan giữa tổn thương trên cộng hưởng từ theo phân loại PI-RADSv2.1 với kết quả mô bệnh học từ các bệnh phẩm sinh thiết thu nhận được. **Kết quả:** Tỷ lệ ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng theo phân loại PI-RADS nhóm ≤ 2 , 3, 4, 5 trong nghiên cứu lần lượt là: 0%; 12.5%; 58.3%; 85.7%. PI-RADS 3 chỉ gặp ung thư tuyến tiền liệt có phân nhóm Gleason 1, 2; PI-RADS 4,5 gặp trong ung thư tuyến tiền liệt có phân nhóm Gleason ≥ 2 . **Kết luận:** Cộng hưởng từ đa thông số có giá trị trong phát hiện ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng với mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa loại PI-RADS 4,5 với phân nhóm Gleason ≥ 2 .

*Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải
Email: v.haint1@vinmec.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài: