

để làm sạch răng trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao (89,4%), tỷ lệ học sinh chải răng ≥ 2 lần/ngày chiếm tới 84,4%, tỷ lệ chải răng trước khi ăn sáng và trước khi đi ngủ tối đều chiếm hơn 76%. Tuy nhiên, tỷ lệ học sinh sử dụng chỉ nha khoa vẫn còn thấp (19,5%), tỷ lệ sử dụng tăm xỉa răng sau ăn vẫn chiếm tỷ lệ cao (16,5%). Do đó cần có những chương trình truyền thông giáo dục dinh dưỡng học đường hướng tới học sinh có thói quen thực hành vệ sinh răng miệng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH. Oral health.** World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
2. **AlGhamdi AS, Almarghani AA, Alyafi RA, Kayal RA, Al-Zahrani MS.** Gingival health and oral hygiene practices among high school children in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* Mar-Apr 2020;40(2):126-135. doi:10.5144/0256-4947.2020.126
3. **M AL.** Oral health patterns among schoolchildren in Mafrq Governorate, Jordan. *J Sch Nurs.* Apr 2012;28(2):124-9. doi:10.1177/1059840511427405
4. **Chen L, Hong J, Xiong D, et al.** Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC Oral Health.* Jul 11 2020;20(1):203. doi:10.1186/s12903-020-01186-4
5. **Mahmoud SA, El Moshy S, Rady D, Radwan IA,** Abbass MMS, Al Jawaldeh A. The effect of unhealthy dietary habits on the incidence of dental caries and overweight/obesity among Egyptian school children (A cross-sectional study). *Front Public Health.* 2022;10:953545. doi:10.3389/fpubh.2022.953545
6. **Amarasena N, Gnanamanickam ES, Miller J.** Effects of interdental cleaning devices in preventing dental caries and periodontal diseases: a scoping review. *Aust Dent J.* Dec 2019;64(4):327-337. doi:10.1111/adj.12722
7. **Hoàng Bảo Duy, Dương Thị Nga,** Trần Thanh Bình, Phạm Thu Hương, Phùng Lâm Tới, Ong Thế Duệ, Khúc Thị Hồng Hạnh. So sánh thực hành chăm sóc vệ sinh răng miệng ở học sinh 12-15 tuổi giữa hai tỉnh Hải Phòng và Bình Định. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;525(2):125-129.
8. **Attin T, Hornecker E.** Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health Prev Dent.* 2005;3(3):135-40.

ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP CÓ CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH RAU CÀI RĂNG LỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Phùng Đức Nhật Nam¹, Nguyễn Duy Ánh^{1,2,3},
Lê Duy Toàn¹, Đỗ Xuân Vinh¹, Trương Quang Vinh^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp có chẩn đoán Giải phẫu bệnh là rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 100 trường hợp có chẩn đoán rau cài răng lược và phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022. **Kết quả:** Tuổi sản phụ trung bình trong nghiên cứu là $34,29 \pm 4,56$ tuổi; lứa tuổi gặp nhiều nhất là dưới 29 tuổi, chiếm tỷ lệ 47,0%. Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm 92% tổng số đối tượng nghiên cứu, trong đó đa số là mổ lấy thai cũ 1 và 2 lần chiếm 42% và 39%. Ra máu là dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất (chiếm 57,0%). Phần lớn các sản phụ bị rau tiền đạo trung tâm chiếm 77%. Tỷ lệ sản phụ chẩn đoán RCRL độ II chiếm tỷ lệ cao hơn 71,6%; tỷ lệ RCRL độ I chiếm

28,4%. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các kết quả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ có giải phẫu bệnh cài răng lược đặc biệt là các dấu hiệu trên siêu âm Doppler đánh giá trước mổ sẽ góp phần cho các phẫu thuật viên tiền lượng mức độ khó, cũng như khả năng mất máu của các ca rau cài răng lược để có hướng xử trí thích hợp cho từng ca bệnh. **Từ khóa:** Rau cài răng lược, giải phẫu bệnh, siêu âm.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CASES WITH DIAGNOSIS PATHOLOGY PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRIC HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of cases with a pathological diagnosis of placenta accreta at Hanoi Obstetrics Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study of over 100 cases diagnosed with placenta accreta and cesarean section at Hanoi Obstetrics Hospital from January 2021 to January 2022. **Results:** The average maternal age in the study was 34.29 ± 4.56 years old; the most common age group is under 29 years old, accounting for 47.0%; Pregnant women with a history of cesarean section accounted for 92% of the total study subjects, of which the majority were 1 and 2 previous cesarean

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Trường Đại Học Y - Dược Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đức Nhật Nam

Email: phungnam1609@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

sections, accounting for 42% and 39%. Bleeding is the most common clinical sign (accounting for 57.0%). The majority of pregnant women have placenta praevia, accounting for 77%. The proportion of pregnant women diagnosed with placenta accreta level II is higher than 71.6%; The rate of placenta accreta level I accounts for 28.4%. **Conclusion:** Our study records the results of clinical and paraclinical characteristics of pregnant women with dental implants, especially the signs on Doppler ultrasound assessed before surgery, which will contribute to the surgery. Technicians predict the level of difficulty, as well as the possibility of blood loss, in cases of placenta accreta to provide appropriate treatment for each case. **Keywords:** Placenta accreta, pathology, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược được mô tả và công bố chính thức hợp pháp lần đầu tiên vào năm 1937 bởi Frederick C. Irving và nhà giải phẫu bệnh Arthur T. Hertig tại Bệnh viện Boston Lyng – In [1]. Theo các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, tần suất gặp RCRL tăng gần gấp 3 lần từ 0,04% lên 0,11%[2],[3]. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỷ lệ mổ lấy thai từ năm 2015 – 2020 tăng lên trong những năm gần đây, tỷ lệ mổ lấy thai tăng là nguy cơ gia tăng rau cài răng lược. Đây là một cấp cứu sản khoa với các biến chứng nặng nề trong mổ như chảy máu nặng, cắt tử cung, tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, ruột non, trực tràng, thậm chí tử vong mẹ và sơ sinh. Cắt tử cung vẫn luôn được đặt ra hàng đầu chiếm tỷ lệ cao trong phẫu thuật RCRL, điều đó đã để lại nhiều hệ lụy về tâm lý cũng như sức khỏe sinh sản của người phụ nữ. Phẫu thuật cắt tử cung ở phụ nữ đã có con có thể gây ảnh hưởng đến 41% tỷ lệ tổn thương cơ thể; phẫu thuật cắt tử cung (bán phần hoặc hoàn toàn) ở phụ nữ chưa có con thì tỷ lệ này là 51 – 55% [4]. Chẩn đoán trước mổ và xử trí cầm máu trong mổ RCRL còn gặp nhiều khó khăn, gây nhiều biến chứng nặng nề cho người bệnh như xuất huyết nặng, phải truyền nhiều máu, đa số phải cắt tử cung, thậm chí gây tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, ruột non, trực tràng... Tỷ lệ tử vong của RCRL khoảng 7%. Chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp có chẩn đoán Giải phẫu bệnh là rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những sản phụ có chẩn đoán giải phẫu bệnh rau cài răng lược tại bệnh viện phụ sản Hà Nội trong khoảng thời gian (01/01/2021 – 01/01/2022).

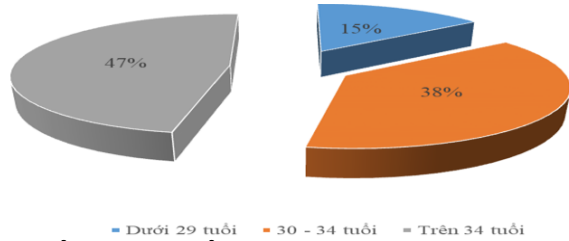
Tiêu chuẩn lựa chọn: Những sản phụ mổ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong khoảng thời gian từ 01/01/2021 đến 01/01/2022 và được chẩn đoán xác định là RCRL qua kết quả GPBL.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các sản phụ RCRL nhưng hồ sơ bệnh án của họ không có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp mô tả hồi cứu trên 100 trường hợp được tiến hành chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận lợi: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có bất kỳ tiêu chuẩn loại trừ nào sẽ được đưa vào nghiên cứu. Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án các thông tin cần thiết theo bệnh án nghiên cứu. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tuổi sản phụ trong nghiên cứu

- Tuổi mẹ trung bình trong nghiên cứu là 34,29 ± 4,56 tuổi.

- Gặp nhiều nhất là dưới 29 tuổi, chiếm tỷ lệ 47,0%.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Ra máu âm đạo	57	57
Đau bụng	52	52
Ra máu âm đạo và đau bụng	46	46
Không triệu chứng	35	35

- Chảy máu là dấu hiệu thường gặp nhất chiếm 57%, đa số là kết hợp với triệu chứng đau bụng.

- Có 35% các trường hợp RCRL không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Bảng 2. Nồng độ Hemoglobin trước mổ và sau mổ

	<80	80 - < 110	≥ 110	Tổng	p
Hb trước mổ	0	40	60	100	>0,05
Hb sau mổ	17	53	30	100	

- Trước mổ có 40 bệnh nhân thiếu máu,

- Sau mổ có 70 bệnh nhân thiếu máu, trong đó Hb < 110 g/l chiếm 53%.

- Thiếu máu nặng sau mổ 17 trường hợp
- Không có sự khác biệt giữa nồng độ Hb trước và sau phẫu thuật với $p > 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ RCRL phân bố theo tiền sử mổ lấy thai

Số lần mổ lấy thai	n	%
0	8	8
1	42	42
2	39	39
3	10	10
Tổng	100	100

- Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm 92% tổng số đối tượng nghiên cứu, trong đó đa số là mổ lấy thai cũ 1 và 2 lần chiếm 42% và 39%

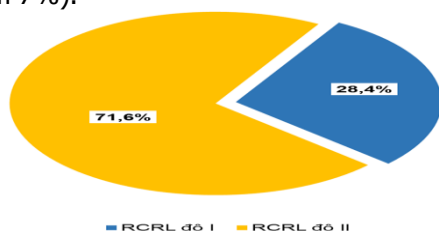
- Số bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ 10%.

Bảng 4. Vị trí rau bám theo siêu âm trước mổ

Loại rau tiền đạo	n	Tỷ lệ (%)
Thấp, bên	7	7
Mép	16	16
Bán trung tâm, trung tâm	77	77
Tổng	100	100

- Phần lớn các sản phụ bị rau tiền đạo trung tâm chiếm 77%.

- Tỷ lệ sản phụ bị rau bám mép thấp hơn 16%; tỷ lệ sản phụ bị rau bám mép thấp nhất (chiếm 7%).



Biểu đồ 2: Kết quả GPB rau cài răng lược

- Tỷ lệ sản phụ chẩn đoán RCRL độ II chiếm tỷ lệ cao hơn 72%; RCRL độ I chiếm 28%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi sản phụ (theo biểu đồ 1): trung bình là $31,70 \pm 3,90$ tuổi, nhiều nhất là dưới 29 tuổi, chiếm tỷ lệ 47,0%. Nghiên cứu cũng tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Phạm Thị Linh (2019) ghi nhận trong 255 bệnh nhân RCRL ở rau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2014 -2018 có 161 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 25 đến 34 tuổi, tương ứng với tỷ lệ 63,2%, tiếp đến là nhóm tuổi ≥ 35 có 84 bệnh nhân tương ứng với tỷ lệ 32,9. Nghiên cứu của Hassan S. Abduljabbar 2016 cũng ghi nhận độ tuổi từ 26 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,9%, sau đó là độ tuổi từ 36 đến 45 tuổi với 34,3%; thấp nhất

là 18 tuổi và cao nhất là 45 tuổi. Các kết quả của các tác giả đều cho thấy các sản phụ chủ yếu nằm trong độ tuổi sinh đẻ và điều này được giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trên những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai.

Kết quả tại bảng 1: chảy máu là dấu hiệu thường gặp nhất chiếm 57%, đa số là kết hợp với triệu chứng đau bụng, có 35% các trường hợp RCRL không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, được phát hiện tình cờ khi khám thai và siêu âm định kỳ. Ra máu âm đạo là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất. Tính chất ra máu âm đạo của RCRL giống với tính chất của ra máu âm đạo trong rau tiền đạo là tự nhiên và tái phát trong ba tháng cuối thai kỳ. Đau bụng trong RCRL chủ yếu do cơ co tử cung ở bệnh nhân dọa đẻ non hoặc có dấu hiệu chuyển dạ. Kết quả chúng tôi cũng xu hướng với nghiên cứu trước: nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công cũng cho thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 51%, Nguyễn Mạnh Hùng tỷ lệ này là 50%; nghiên cứu của Nguyễn Hùng Sơn dấu hiệu ra máu âm đạo chiếm 54,3%, nghiên cứu của Đinh Văn Sinh cho thấy dấu hiệu ra máu âm đạo gặp ở 62,5%, nghiên cứu của Lê Thị Hương tỷ lệ ra máu ở sản phụ rau tiền đạo là 64,3%. Về mặt cơ chế chảy máu, đây là đặc trưng của bệnh lý rau tiền đạo. Đa số các bệnh nhân đều ra máu tự nhiên và tái phát nhiều lần trong 3 tháng cuối thai kỳ. Triệu chứng thường gặp sau chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi là triệu chứng đau bụng (chiếm 33,0%). Đau bụng chỉ xuất hiện khi có cơ co tử cung của chuyển dạ, dọa đẻ non hoặc chảy máu trong ổ bụng do rau đâm xuyên thủng cơ tử cung. Tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của Lê Hoài Chương cũng nhận thấy có 30,8% bệnh nhân trong nghiên cứu của mình có triệu chứng đau bụng. Đây không phải là dấu hiệu đặc trưng của bệnh lý rau tiền đạo và rau cài răng lược. Dấu hiệu đau bụng ở bệnh nhân rau cài răng lược chủ yếu là do cơ co tử cung ở những trường hợp dọa đẻ non hay chuyển dạ nhưng cũng cần hết sức lưu ý bởi nó có thể gợi ý cho biến chứng chảy máu nặng của bệnh.

Kết quả ở bảng 2: trước mổ có 40 bệnh nhân thiếu máu, sau mổ có 70 bệnh nhân thiếu máu, trong đó Hb < 110 g/l chiếm 53%, thiếu máu nặng sau mổ 17 trường hợp. Mức độ thiếu máu trước mổ và sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa (2018), đa số sản phụ không thiếu máu trước mổ với tỷ lệ nồng độ Hemoglobin ≥ 110 g/l là 80,7%; tỷ lệ

thiếu máu sau mổ cũng tăng lên từ 19,23% lên 61,53% [5]. Nồng độ Hemoglobin trung bình trước phẫu thuật và sau phẫu thuật lần lượt là $108,9 \pm 14,76$ và $106,5 \pm 15,21$. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công có tỷ lệ thiếu máu trước mổ là 31,4%, thiếu máu nặng là 5,9%; giá trị Hemoglobin trung bình trước và sau mổ là $115,8 \pm 15,5g/l$ và $114,1 \pm 9,8g/l$; trong nghiên cứu của Nguyễn Hùng Sơn cũng cho thấy tỉ lệ thiếu máu là 32,6%, thiếu máu nặng là 8,7%, tuy nhiên trung bình Hb thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi $104,8 \pm 20,3g/l$ và $100,2 \pm 19,3g/l$. Sự khác biệt này có lẽ do tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội bệnh nhân đã được truyền máu tốt trước mổ, chuẩn bị máu đầy đủ trong quá trình mổ để truyền cho bệnh nhân. Nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hùng (2017) cũng cho thấy tỷ lệ thiếu máu trước mổ là 54,17% trong đó có 5,56% sản phụ bị thiếu máu nặng. Tỷ lệ thiếu máu sau mổ tăng lên 72,22% trong đó có 10,06% sản phụ thiếu máu nặng, có 5 trường hợp thiếu máu rất nặng với Hemoglobin là 45g/l - 54g/l.

Bảng 3 cho thấy sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm 92% tổng số đối tượng nghiên cứu, trong đó đa số là mổ lấy thai cũ 1 và 2 lần chiếm 42% và 39%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Mitric (2019): tỷ lệ mổ lấy thai từ 2 lần trở lên chiếm 68,1%; mổ lấy thai 1 lần là 27,7% [7]. Một trong những giả thuyết được cho là bệnh cảnh mô học chủ yếu của RCRL, đó là sự mất một phần hoặc toàn bộ màng rụng do đó gai rau bám trực tiếp vào cơ TC. Theo nghiên cứu của Klar M và Michels KB công bố năm 2014 thì có sự gia tăng tần suất RTĐ sau mổ lấy thai, thường là do khiếm khuyết màng rụng hơn là do nguyên bào nuôi xâm lấn bất thường. Nghiên cứu này cũng đưa ra nhận định là có hiện tượng giảm lượng máu nuôi vùng sẹo mổ lấy thai cũ cũng như có tổn thương niêm mạc TC tại vùng này. Hậu quả là sự tương tác kéo dài bất thường của nguyên bào nuôi nơi rau bám và tăng sinh mạch máu vùng sâu nơi rau hình thành [8]. Trong nghiên cứu của Silver, có 36/124 trường hợp (chiếm 29%) thai bám sẹo mổ cũ có RCRL so với 4/62 trường hợp (chiếm 6,5%) không bám sẹo mổ cũ [9]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2010 – 2011, tỷ lệ RCRL trên sẹo mổ cũ 1 lần là 51,5%, 17,9% có tiền sử mổ đẻ cũ 2 lần và 2,6% trường hợp là có sẹo mổ cũ 3 lần [10]. Với những kết quả đã được nghiên cứu ở trên, những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai cũng như

nao hút thai là những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ RCRL.

Ở bảng 4, thể hiện tương quan của vị trí rau bám so với cổ tử cung trên siêu âm. Phần lớn các sản phụ bị rau tiền đạo trung tâm chiếm 77%. Tỷ lệ sản phụ bị rau bám mép thấp hơn 16%; tỷ lệ sản phụ bị rau bám mép thấp nhất (chiếm 7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Phương Lan với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm cao nhất chiếm 49,4%; tác giả Lê Xuân Thăng với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 78,4%; tác giả Nguyễn Hùng Sơn với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm 82,6% hay tác giả Nguyễn Tiến Công với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 98%. Điều đó cho thấy rau tiền đạo trung tâm có khả năng rất cao bám vào sẹo mổ cũ tử cung và chủ yếu là mổ lấy thai hiện nay. Các nghiên cứu trước cho thấy vị trí rau bám ở mặt trước tử cung trong rau tiền đạo của thai phụ sẹo mổ lấy thai cũ làm cho các gai rau ở vị trí rau bám ăn sâu vào lớp cơ tử cung gây nên biến chứng rau cài răng lược. Nghiên cứu của Phạm Thị Phương Lan cho thấy nhóm có sẹo mổ lấy thai rau tiền đạo bám mặt trước gây nguy cơ rau cài răng lược- rau đâm xuyên cao gấp 4,96 lần nhóm rau bám mặt sau ($OR = 4,96$; $95\%CI = 1,45 \div 18,62$; $p < 0,01$). Kết quả chúng tôi tương đồng với xu hướng một số nghiên cứu trước: Nguyễn Tiến Công 90,2% bánh rau bám mặt trước tử cung, 9,8% bánh rau bám mặt sau tử cung, Nguyễn Hùng Sơn với 82,6% bánh rau bám ở mặt trước tử cung. Điều này hoàn toàn phù hợp với nhận xét rau tiền đạo bám mặt trước có tỷ lệ biến chứng rau cài răng lược cao hơn rau bám mặt sau.

Tại biểu đồ 2: tỷ lệ sản phụ chẩn đoán RCRL độ II chiếm tỷ lệ cao hơn 72%; tỷ lệ RCRL độ I chiếm 28%. Phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi mắc RCRL độ II với tỉ lệ khá cao. Nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Năm (2021), đa số sản phụ có giải phẫu bệnh là RCRL độ II chiếm 78,6% và độ I là 21,4% [8].

V. KẾT LUẬN

Rau cài răng lược ngày càng thường gặp trong thực hành lâm sàng sản khoa, đặc biệt tại các bệnh viện chuyên khoa Phụ sản hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Nghiên cứu chúng tôi đã ghi nhận các kết quả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ có giải phẫu bệnh là rau cài răng lược, đặc biệt là các dấu hiệu trên siêu âm Doppler đánh giá trước mổ sẽ góp phần cho các phẫu thuật viên tiên

lượng mức độ khó, cũng như khả năng mất máu của các ca rau cài răng lược để có hướng xử trí thích hợp cho từng ca bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Irving FC., Hertig AT.** (1937). "A study of placenta accreta", Surg Gynec Obstet, 64, 178 – 200.
2. **Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM** (1997). "Clinical risk factor of previa placenta accreta", Am.J. Obstet Gynecol, 177(1), 210-214.
3. **Eller AG, Porter TF, Soisson P.** (2009). "Optimal management strategies for placenta accreta", BJOG, 116, 648.
4. **Trần Khánh Hoa** (2018), Nghiên cứu thái độ xử trí rau tiền đạo cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **C. Mitric, J. Desilets, J. Balayla, et al** (2019). "Surgical Management of the Placenta Accreta Spectrum: An Institutional Experience", J Obstet Gynaecol Can, 41(11), 1551-1557.
6. **Klar M, Michels KB** (2014). "Caesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies – A metaanalysis", J Perinat Med, 42, 571-83.
7. **Silver RM** (2015). "Abnormal placentation: Placenta previa, vasa previa and placenta accreta", Obstet Gynecol, 126(3), 654-68.
8. **Lê Thị Năm** (2021), Nghiên cứu các trường hợp bảo tồn tử cung trong mổ lấy thai bệnh lý Rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **D. De Vita, G. Capobianco, G. Gerosolima, et al** (2019). "Clinical and Ultrasound Predictors of Placenta Accreta in Pregnant Women with Antepartum Diagnosis of Placenta Previa: A Multicenter Study", Gynecol Obstet Invest, 84(3), 242-247.
10. **Trần Danh Cường** (2011). "Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu", Hội nghị Sản Phụ khoa Việt - Pháp năm 2011 - Chuyên đề chẩn đoán trước sinh - sơ sinh, 119 - 124

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA THANG ĐIỂM PASS Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Nguyễn Quỳnh Phương¹, Nguyễn Bá Cường¹,
Bùi Thị Hương Giang¹, Đỗ Như Hùng²

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tiên lượng tử vong, thang điểm PASS, trung tâm hồi sức tích cực.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm PASS (The Pancreatitis Activity Scoring System) ở bệnh nhân viêm tụy cấp (VTC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 152 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy cấp theo Atlanta 2012 từ 08/2021 đến 8/2022 tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai được tính điểm PASS trong 24 giờ đầu, được chia làm 3 nhóm nhẹ, vừa, nặng theo tiêu chuẩn Atlanta 2012, thu thập thông tin kết cục điều trị: Ra viện, tử vong, chuyển viện (thông qua gọi điện xác nhận với gia đình bệnh nhân). Tính điểm cắt và đường cong phân loại tử vong với các kết quả điều trị khác. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm PASS trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 272.8 ± 10.9. Điểm PASS ở nhóm bệnh nhân nhẹ là 170.1 ± 22.0, khác biệt có ý nghĩa thống kê với 2 nhóm nặng (303.0 ± 16.2) và trung bình (271.4 ± 16.1). Điểm PASS lúc vào viện có khả năng phân biệt kết cục tử vong ở bệnh nhân VTC với diện tích dưới đường cong AUC (CI 95): 0,83 (0.67- 0.99) (p < 0.05); điểm Cut off: 310. **Kết luận:** Điểm PASS có giá trị trong chẩn đoán sớm mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Công ty TNHH Y tế Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quỳnh Phương

Email: hung.donhu@yetevietnam.info

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

SUMMARY

EVALUATION OF THE PROGNOSTIC VALUE OF MORTALITY OF THE PASS SCORE IN ACUTE PANCREASITIS PATIENTS

Research objective: Evaluate the mortality prognostic value of the PASS score in acute pancreatitis patients. **Research subjects and methods:** 152 patients diagnosed with acute pancreatitis according to Atlanta 2012 from August 2021 to August 8 2022 at the Intensive Care Center - Bach Mai Hospital, the PASS score is calculated in the first 24 hours, divided into 3 groups: mild, moderate, severe according to Atlanta 2012 standards, collecting information on treatment outcomes: hospital discharge, death, hospital transfer (through a phone call to confirm with the patient's family). Calculate cut points and mortality classification curves with other treatment outcomes. **Research results:** The average PASS score of study patients was 272.8 ± 10.9. The PASS score in the mild patient group was 170.1 ± 22.0, a statistically significant difference with the severe (303.0 ± 16.2) and moderate (271.4 ± 16.1) groups. PASS score at admission has the ability to distinguish mortality outcomes in patients with VTC with area under the curve AUC (CI 95): 0.83 (0.67-0.99) (p < 0.05); Cut off score: 310. **Conclusion:** PASS score is valuable in early diagnosis of severity in acute pancreatitis patients