

6. **Qin Y, Kumar Bundhun P, Yuan ZL, Chen MH.** The effect of high-intensity interval training on exercise capacity in post-myocardial infarction patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* Mar 25 2022;29(3):475-484.
7. **Vilela EM, Ladeiras-Lopes R, João A, et al.** Cardiac rehabilitation in elderly myocardial

- infarction survivors: focus on circulatory power. *Rev Cardiovasc Med.* Sep 24 2021;22(3):903-910.
8. **World Health Organization.** Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Accessed Oct 30, 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Đức Việt¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹,
Lương Hoàng Thành^{1,2}, Lê Văn Đạt^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ bảo tồn tử cung 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:** Phần lớn sản phụ RCRL không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chiếm 69,9%. Có 95,7% sản phụ RCRL được chẩn đoán trước mổ trên siêu âm. Rau bám tại mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 76,3%. RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ 75,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL là 23,7%. **Kết luận:** Phần lớn các sản phụ rau cài răng lược không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Rau cài răng lược độ 2 chiếm 75,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật rau cài răng lược là 23,7%. **Từ khóa:** rau cài răng lược, rau tiền đạo, bảo tồn tử cung.

SUMMARY

DESCRIBE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PREVALENCE THE RATE OF UTERINE PRESERVATION IN THE TREATMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics and prevalence the rate of uterine preservation in the treatment 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:** Most pregnant women with placenta accreta do not show clinical symptoms, accounting for 69.9%. There are 95.7% of

pregnant women with placenta accreta diagnosed preoperatively on ultrasound. Placenta attached to the front of the uterus accounts for 76.3%. The grade 2 placenta accreta accounts for 75.3%. Prevalence the rate of uterine preservation in placenta accreta surgery is 23.7%. **Conclusions:** Most pregnant women with placenta accreta do not show clinical symptoms. The grade 2 placenta accreta accounts for 75.3%. Prevalence the rate of uterine preservation in placenta accreta surgery is 23.7%.

Keywords: placenta accreta, placenta previa, uterine preservation.

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 tỉ lệ này là 0,08% đến giai đoạn 2015 - 2017 là 0,29% [1]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2007 - 2011 tỉ 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 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

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đạt

Email: lvdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

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: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật 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: Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

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

* Cơ 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

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Ra máu	23	24,7
Đau bụng	2	2,2
Ra máu + đau bụng	3	3,2
Không có triệu chứng	65	69,9
Tổng	93	100

Nhận xét: Phần lớn sản phụ không có triệu chứng, chiếm tỉ lệ 69,9%. Sản phụ có triệu chứng ra máu chiếm tỉ lệ 24,7%. Chỉ có 2,2% có triệu chứng đau bụng. Sản phụ có cả triệu chứng đau bụng và ra máu chiếm tỉ lệ 3,2%.

Bảng 2: Tỉ lệ rau cài răng lược được chẩn đoán trước mổ qua siêu âm

Hình ảnh siêu âm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chẩn đoán RCRL	89	95,7
Không chẩn đoán RCRL	4	4,3
Tổng	93	100

Nhận xét: Có 89 sản phụ được chẩn đoán RCRL trên siêu âm, chiếm 95,7%. Tỉ lệ sản phụ không được chẩn đoán RCRL trên siêu âm chiếm 4,3%.

Bảng 3. Vị trí rau bám và mức độ RCRL

Đặc điểm siêu âm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Vị trí rau bám	Mặt trước	71	76,3
	Mặt sau	16	17,2
	Mặt đáy	3	3,2
	Cả mặt trước và mặt sau	3	3,2
Tổng	93	100	
Mức độ RCRL	Độ 1	18	19,4
	Độ 2	70	75,3
	Độ 3	5	5,4
	Tổng	93	100

Nhận xét: Tỉ lệ rau bám mặt trước chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ là 76,3%. Tỉ lệ rau bám mặt

sau chiếm tỉ lệ đứng thứ 2 với 17,2%. Rau bím cả mặt trước và mặt sau, rau bím mặt đáy chiếm tỉ lệ bằng nhau và thấp nhất là 3,2%. RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,3%. RCRL độ 3 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5,4%.

Bảng 4: Nồng độ Hemoglobin trước mổ và sau mổ

Hemoglobin	Trước mổ		Sau mổ		p
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
< 70 g/l	0	0,0	5	5,4	> 0,05
70 – 90 g/l	10	10,8	19	20,4	
91-110 g/l	22	23,7	29	31,2	
> 110 g/l	61	65,6	40	43,0	
Tổng	93	100	93	100	

Nhận xét: Tỉ lệ thiếu máu trước mổ là 34,4%. Tỉ lệ thiếu máu sau mổ là 57,0%, trong đó có 31,2% có thiếu máu nhẹ, 20,4% có thiếu máu vừa và 5,4% thiếu máu nặng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 5. Thời điểm mổ lấy thai và phương pháp vô cảm

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thời điểm mổ lấy thai	Mổ cấp cứu	11	11,8
	Mổ chủ động	82	88,2
Tổng		93	100
Phương pháp vô cảm	Gây tê tủy sống	8	8,6
	Gây mê nội khí quản	83	89,2
	Gây mê tĩnh mạch	2	2,2
Tổng		93	100

Nhận xét: Đa số sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động với tỉ lệ 88,2%. Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 11,8%. Phương pháp vô cảm được sử dụng nhiều nhất là gây mê nội khí quản với tỉ lệ 89,2%. Đứng thứ hai là phương pháp gây tê tủy sống với tỉ lệ 8,6%. Chỉ có 2,2% được tiến hành vô cảm bằng phương pháp gây mê tĩnh mạch.

Bảng 6. Đường rạch da và đường rạch tử cung

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đường rạch da	Đường ngang trên vệ	47	50,5
	Đường trắng giữa rốn	46	49,5
Tổng		93	100
Đường rạch tử cung	Rạch ngang đoạn dưới tử cung	33	35,5
	Rạch dọc thân tử cung	60	64,5
Tổng		93	100

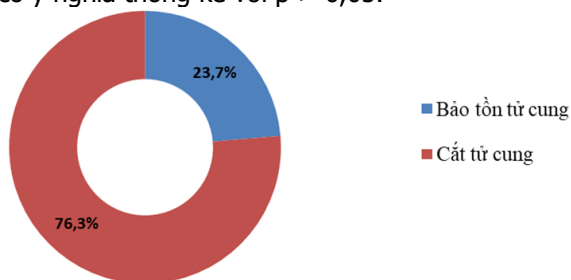
Nhận xét: Đường rạch da ngang trên vệ chiếm tỉ lệ 50,5%. Đường rạch da trắng giữa dưới rốn chiếm 49,5%. Đường mổ vào tử cung thường dùng là rạch dọc thân tử cung với tỉ lệ

64,5%. Đường mổ vào tử cung là rạch ngang đoạn dưới tử cung để vào tử cung chiếm tỉ lệ thấp hơn với 35,5%.

Bảng 7: Mối liên quan giữa đường rạch vào tử cung và thời điểm mổ lấy thai

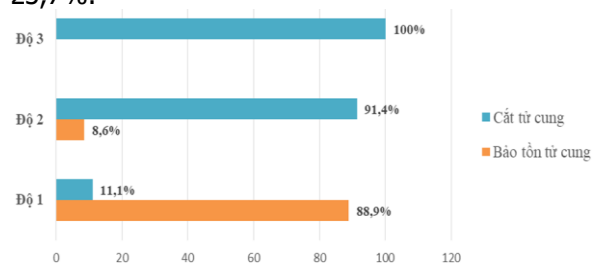
Thời điểm mổ lấy thai	Mổ cấp cứu		Mổ chủ động		p
	n	%	n	%	
Rạch ngang đoạn dưới tử cung	3	27,3	30	36,6	> 0,05
Rạch dọc thân tử cung	8	72,7	52	63,4	
Tổng	11	100	82	100	

Nhận xét: Tỉ lệ rạch dọc thân tử cung để vào tử cung ở nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm mổ chủ động với tỉ lệ lần lượt là 72,7% và 63,4%. Tỉ lệ rạch ngang đoạn dưới thân tử cung ở nhóm mổ chủ động cao hơn ở nhóm mổ cấp cứu với tỉ lệ lần lượt là 36,6% và 27,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.



Biểu đồ 1: Phương pháp xử trí tử cung

Nhận xét: Có 71 sản phụ có chỉ định cắt tử cung, chiếm 76,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung chiếm 23,7%.



Biểu đồ 2: Mức độ RCRL và phương pháp xử trí

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 27,9% trong đó có 3,2% ra máu âm đạo kèm đau bụng. Tỷ lệ sản phụ có triệu chứng ra máu âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trong nước trước đó. Điều này là do thời điểm nghiên cứu và nghiên cứu trên những

đối tượng có đặc điểm khác nhau nên cho kết quả khác nhau.

Nghiên cứu ghi nhận 5,4% sản phụ có triệu chứng đau bụng trong đó có 3,2% sản phụ đau bụng kèm ra máu âm đạo. Với những sản phụ có triệu chứng đau bụng, các thầy thuốc cần hết sức thận trọng vì đây có thể là một trong những dấu hiệu cảnh báo nguy cơ chảy máu nặng cho sản phụ.

Chiếm tỉ lệ nhiều nhất là nhóm sản phụ không có triệu chứng chiếm 69,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác do những năm gần đây việc quản lý thai nghén ngày càng được chú trọng nhiều hơn, giúp phát hiện sớm những trường hợp thai nghén nguy cơ cao như rau tiền đạo, RCRL trước khi có biểu hiện triệu chứng. Tuy nhiên, việc không biểu hiện triệu chứng cũng gây rất nhiều khó khăn cho các thầy thuốc trong việc định hướng chẩn đoán và phát hiện chính xác bệnh. Bởi vậy để chẩn đoán chính xác các trường hợp RCRL còn phải dựa vào sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng như phụ thuộc rất nhiều vào trình độ của người làm siêu âm.

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Hình ảnh siêu âm. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ RCRL được chẩn đoán trên siêu âm trước mổ là 94,3%. Tỉ lệ RCRL được chẩn đoán trên siêu âm qua các nghiên cứu rất khác nhau, điều đó nói lên rằng để siêu âm chẩn đoán chính xác RCRL phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, đặc biệt là trình độ và kinh nghiệm của người làm siêu âm.

Qua nghiên cứu có thể thấy tỉ lệ rau bám mặt trước chiếm ưu thế hơn trong bệnh cảnh RCRL. Các đặc điểm thường được mô tả trên siêu âm là: mất khoảng sáng sau rau, nhiều hốc tăng sinh mạch, tăng tín hiệu mạch từ bánh rau vào cơ tử cung và thành bàng quang.

Mức độ RCRL được chẩn đoán sau mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất với 75,3%, đứng thứ 2 là RCRL độ 1 với 19,4% và thấp nhất là RCRL độ 3 với 5,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của các nghiên cứu trước đây, phần lớn là RCRL độ 2, có ít hoặc không có RCRL độ 3.

Theo phân loại mới của FIGO (2018), RCRL được chia làm 3 mức độ: độ 1,2,3 lần lượt tương ứng với thể placenta accrete, placenta increta và placenta percreta [6]. Có thể chẩn đoán RCRL theo thể dựa vào kết quả siêu âm. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ chẩn đoán RCRL theo mức độ RCRL dựa trên kết quả giải phẫu bệnh.

Kết quả xét nghiệm. Trước phẫu thuật có 65,6% sản phụ không thiếu máu, sau mổ tỉ lệ này giảm còn 43,0%. Có 57,0% sản phụ thiếu máu sau phẫu thuật, trường hợp sản phụ có nồng độ Hemoglobin sau mổ thấp nhất là 45 g/l. Tỉ lệ thiếu máu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác. Điều này có thể lý giải vì nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ phát hiện RCRL rất cao (95,7%) nên đã được dự trữ máu và chuẩn bị kĩ lưỡng trước mổ.

Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về nồng độ Hemoglobin trước mổ và sau mổ với $p > 0,05$, điều này không có nghĩa rằng phẫu thuật RCRL không gây chảy máu mà thậm chí chảy máu rất nhiều, kết quả thể hiện rằng các sản phụ thiếu máu trước mổ và trong mổ đã được bồi phụ số lượng máu cần thiết. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, việc dự trữ máu trước mổ đã trở thành thường quy đối với các bệnh nhân chẩn đoán RCRL.

4.2. Tỷ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL

Thời điểm mổ lấy thai. Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu hay chủ động trên các sản phụ bị RCRL được lựa chọn dựa trên nhiều yếu tố như tiền sử mổ lấy thai, tuổi mẹ, tuổi thai, vị trí rau bám, mức độ xâm lấn vào cơ tử cung, tình trạng của mẹ và thai nhi... Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 5, cho thấy phần lớn các trường hợp RCRL được chỉ định MLT chủ động với 88,2%. Tỉ lệ MLT chủ động trong nghiên cứu của tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước có thể do trong những năm trở lại đây, công tác quản lý và chăm sóc thai nghén ngày càng được quan tâm và có nhiều tiến bộ, giúp phát hiện sớm và theo dõi kịp thời những trường hợp mắc RCRL, hạn chế những ảnh hưởng cũng như những biến chứng của RCRL đến thai nghén.

Phương pháp vô cảm. Theo bảng 5 phương pháp vô cảm được sử dụng nhiều là gây mê nội khí quản với tỉ lệ 89,2%; gây tê tuỷ sống được sử dụng với tỉ lệ 8,6% và có 2,2% sử dụng phương pháp gây mê tĩnh mạch.

Lựa chọn phương pháp gây mê tốt nhất ở phụ nữ mắc RCRL trong nghiên cứu của các tác giả trên thế giới còn nhiều tranh cãi. Hiệp hội Bác sĩ gây mê Hoa Kỳ về sản khoa cũng cho rằng gây mê toàn thân có thể là lựa chọn thích hợp nhất [7]. Trong khi đó, Chestnut và các cộng sự lại cho rằng gây tê ngoài màng cứng có thể là một lựa chọn thích hợp cho những bệnh nhân này [8]. Tuy nhiên, quyết định lựa chọn phương pháp gây mê nên được cá nhân hóa và chỉ được đưa ra sau khi xem xét tiền sử thích hợp, kiểm

tra thể trạng và xét nghiệm thích hợp.

Đường rạch da và đường rạch tử cung.

Nghiên cứu cho kết quả tỉ lệ đường rạch da ngang trên vệ chiếm 50,5% và đường rạch da theo đường trắng giữa dưới rốn chiếm tỉ lệ 49,5%. Về kiểm soát trong mổ, các tác giả khuyến cáo nên rạch da theo đường dọc dưới rốn để bộc lộ tốt hơn. Trường hợp rạch ngang làm cho phẫu trường chật hẹp khó quan sát và khó thao tác, nhất là thao tác buộc động mạch hạ vị; đồng thời nhất trí rằng đường rạch tử cung lấy thai cũng nên là đường dọc và tránh đi qua bánh rau. Tuy nhiên vì các sản phụ phần lớn đã MLT trước đó nên đường rạch da theo đường mổ cũ. Do vậy trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt lớn giữa tỉ lệ rạch da theo đường ngang trên vệ và đường trắng giữa dưới rốn.

Theo bảng 6 đường rạch vào tử cung thường là đường rạch dọc với tỉ lệ 64,5% và đường rạch ngang tử cung để vào tử cung chiếm tỉ lệ 35,5%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hùng, đường rạch vào tử cung là đường rạch dọc chiếm tỉ lệ 61,1% và trong nghiên cứu của Trần Khánh Hoa tỉ lệ này chiếm 86,6% [4][5]. Kỹ thuật mở tử cung theo đường rạch dọc ở nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự như các nghiên cứu trên và chiếm ưu thế hơn, được các phẫu thuật viên lựa chọn nhiều hơn có thể được lý giải như sau: RCRL là yếu tố nguy cơ gây chảy máu nhiều trong đẻ vì vậy các phẫu thuật viên cần lấy thai dễ dàng và nhanh chóng, ít tổn thương động mạch tử cung và ít tổn thương các cơ quan xung quanh.

Khi phân tích liên quan giữa thời điểm MLT và đường rạch vào tử cung (bảng 7) đường rạch dọc thân tử cung ở nhóm mổ cấp cứu chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm mổ chủ động với tỉ lệ lần lượt là 72,7% và 63,4%. Kết quả này ngược với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa [5], tỉ lệ rạch dọc tử cung để vào tử cung ở nhóm mổ chủ động cao hơn nhóm mổ cấp cứu với tỉ lệ 87,18% và 84,62%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ở cả 2 nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do thời điểm điểm nghiên cứu khác nhau, đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Phương pháp xử trí tử cung. Trong phẫu thuật RCRL, cắt tử cung là biện pháp cầm máu cuối cùng nhằm cứu sống sản phụ thoát khỏi tình trạng chảy máu, mất máu nặng nề do chảy máu sau đẻ, khi mà thực hiện các biện pháp khác không có kết quả. Đối với những trường hợp RCRL độ 2 và RCRL độ 3, mổ lấy thai và cắt tử cung ngay mà không bóc rau là biện pháp xử trí được nhiều tác giả ủng hộ. Theo biểu đồ 1,

phần lớn phương pháp xử trí RCRL là cắt tử cung với tỉ lệ 76,3% và bảo tồn tử cung với tỉ lệ 23,7%. Theo biểu đồ 2, tỉ lệ bảo tồn tử cung ở RCRL độ 1 lên tới 88,9%, tỉ lệ bảo tồn tử cung ở RCRL độ 2 là 8,9% và 100% RCRL độ 3 được xử trí cắt tử cung 100%.

Như vậy khả năng bảo tồn tử cung trong các trường hợp RCRL phụ thuộc vào mức độ RCRL, nếu bánh rau ăn sâu vào lớp cơ, thậm chí xuyên vào bàng quang thì không thể giữ được tử cung.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu từ 1/1/2020 đến 30/4/2022 trên 93 bệnh nhân RCRL thực hiện phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chúng tôi có một số kết luận sau:

- Phần lớn sản phụ RCRL không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chiếm 69,9%
- Có 95,7% sản phụ RCRL được chẩn đoán trước mổ trên siêu âm. Rau bám tại mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 76,3%
- RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ 75,3%
- Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL là 23,7%.

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. **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.
6. **FIGO** (2018), "FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders", *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*.
7. **Arens JF, Hawkins JL, Bucklin BA, et al** (2007), "Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on obstetric anesthesia", *Anesthesiology*, 106(4), tr. 843 - 863.
8. **Dewan DM, Chestnut DH, Redick LF, et al** (1989), "Anesthetic management for obstetric hysterectomy: a multi-institutional study", *Anesthesiology*, 70(4), tr. 607 - 610.