

adenoma hay cystadenoma đều giàu mạch.

+ N.Nwude [8] báo cáo ca BN nam, 75 T, XHTH nặng do leiomyoma D2-D3 tá tràng. BN được truyền 12 ĐV máu. Chụp mạch thấy thoát thuốc từ ĐM vị tá tràng, nút mạch cấp cứu bằng 6-10 mm nitinol coil.

+ Như vậy số liệu của chúng tôi có 6 BN GIST tá tràng (60%) chủ yếu là GIST DII D' bóng Vater và DII-DIII, 1 BN ung thư tá tràng (10%), 2 BN u cơ tá tràng (20%), 1BN u lympho DIV. Mổ cắt đoạn tá tràng 60%, 10% cắt khối tá tụy, 10% khâu cầm máu XHTH nặng sốc mất máu do leiomyome D2 dưới bóng Vater, 1 BN nội mật ruột, vị tràng. Không có TV trong và sau mổ. 3 BN rò tự liền.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị các khối U hay ung thư tá tràng chủ yếu là phẫu thuật. Đối với ung thư tá tràng AC, cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy phụ thuộc vào vị trí U đều cho kết quả tương đương với điều kiện đạt được di căn R0. Giá trị tiên lượng quan trọng nhất là di căn hạch. Nên nạo vét hạch rộng rãi

Đối với GIST tá tràng, mổ cắt khối tá tụy khi khối U GIST nằm ở vị trí bóng Vater. Cắt khối tá tụy, cắt đoạn tá tràng cho kết quả tương đương với điều kiện diện cắt R0 (cách khối U 1-2 cm). Do có tỷ lệ di căn hạch rất thấp nên phẫu thuật GIST không cần nạo vét hạch.

Đối với các khối u leiomyoma có thể nút mạch trước (khi có XHTH) sau đó mổ cắt U sau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Legue LM, Bernard N, Gerritse SL, et al.** Trends in incidence, treatment and survival of small bowel adenocarcinomas between 1999 and 2013: a population base study in the Netherlands. *Acta Oncologica* 2016; 55 (9-10):118-9.
2. **Jabbour SK, Mulvihill D.** Defining the role of adjuvant therapy: ampullary and duodenal adenocarcinoma. *Semin Radiat Onco.*2014;24(2): 85-93.
3. **Onkendi EO, Boostrom SY, Sarr MG.** 15 years experience with surgical treatment of duodenal carcinoma: a comparison of periampullary and extraampullary duodenal carcinomas. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(4):682-91.
4. **Kaklamanos IG, Bathe OF, Franceschi D et al.** Extent of resection in the management of duodenal adenocarcinoma. *Am J Surg.*2000; 179(1): 37-41.
5. **Haoji Du, Longgui Ning, Shali, Xinhe Lou.** Diagnosis and treatment of Duodenal Gastrointestinal Stromal Tumors. *Clin Transl Gastroenterol* 2020; 11(3),1-10.
6. **Georgi Povivanov, Mihai Tabakov, George Mantese et al.** Surgical treatment of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: a literature review. *Translation gastroenterology and hepatology.*2018.3(9):1-19
7. **Keisuke Nonoyama Hidehiko Kitagami et al.** A Giant Leiomyoma Showing Increased Uptake on 18F-Fluorodeoxyglucose Position Emission Tomography. *Hindawi Case Reports in Surgery* volume 2018, Article ID: 7827163, 1-5.
8. **N.Nwude et al.** Duodenal leiomyoma as a rare cause of gastrointestinal bleeding in a Nigerian-case report with presentation of minimally invasive therapeutic intervention. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine.* 2023.Vol 21.No 1 68-70

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA RAU TIỀN ĐẠO RAU CÀI RĂNG LỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo trung tâm rau cài răng lược được xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 76 sản phụ được chẩn

đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Kết quả:** 76 thai phụ tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình thai phụ là 34,3 tuổi, tiền sử hút thai chiếm 36,8%, tiền sử mổ lấy thai 1 lần, 2 lần, 3 lần chiếm lần lượt 35,5%, 51,3%, 13,2%. Triệu chứng ra máu âm đạo chiếm 36,8%, đau bụng chiếm 26,3%; cả đau bụng và ra máu chiếm tỷ lệ 11,9% và 48,7% không có triệu chứng. Rau bám mặt trước chiếm 94,8%, bám mặt sau chỉ chiếm 5,2%. Tỷ lệ thai phụ bị rau tiền đạo trung tâm, bám mép, bám thấp chiếm lần lượt 81,6%; 7,9% và 10,5%. **Kết luận:** Rau cài răng lược thường xuất hiện trên những thai phụ rau tiền đạo trung tâm, bám mặt trước và có tiền sử mổ lấy thai nhiều lần.

**Từ khóa:** Rau cài răng lược, rau tiền đạo

### SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

## CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women diagnosed with placenta accreta treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of 76 pregnant women diagnosed with placenta accreta and cesarean section scars treated at Hanoi Obstetrics Hospital. **Results:** 76 pregnant women participated in the study, the average age of pregnant women was 34.3 years old, history of abortion accounted for 36.8%, history of cesarean section 1 time, 2 times, 3 times accounted for 35.5%, 51.3%, 13.2% respectively. Vaginal bleeding accounted for 36.8%, abdominal pain accounted for 26.3%, both abdominal pain and bleeding accounted for 11.9%; and 48.7% had no symptoms. Anterior placenta account for 94.8%, posterior placenta only accounts for 5.2%. The proportion of pregnant women with central placenta previa, marginal attachment, and low attachment accounted for 81.6%; 7.9%, and 10.5% respectively. **Conclusions:** Placenta accreta often appears in pregnant women with central placenta previa, attached to the anterior surface, and with a history of multiple cesarean sections.

**Keywords:** Placenta accreta, Placenta praevia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là bệnh cảnh lâm sàng khi một phần hay toàn bộ bánh rau xâm lấn và không thể tách rời khỏi thành tử cung, khi đó gai rau ăn vào cơ tử cung hoặc đâm xuyên qua cơ tử cung và thanh mạc, đôi khi vào các cơ quan lân cận như ruột hay bàng quang [1]. Tỷ lệ rau cài răng lược chiếm khoảng 1/1000 trẻ sinh sống, thay đổi từ 0,04%-0,9% tùy theo quần thể dân số và nghiên cứu khác nhau [2-3]. Rau cài răng lược được coi là biến chứng nghiêm trọng trong thai kỳ với nguy cơ chảy máu trong và sau đẻ [4]. RCRL thường gặp ở phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ như sản phụ lớn tuổi, đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt trong sẹo mổ cũ do mổ tạo hình tử cung, bóc nhân xơ tử cung và nhiều nhất hiện nay là do mổ lấy thai [5]. Tỷ lệ mắc RCRL được chứng minh là tăng lên có ý nghĩa thống kê cùng với tỷ lệ mổ lấy thai và trên các sản phụ bị rau tiền đạo. Nghiên cứu của Kathryn (2012) ghi nhận nguy cơ mắc RCRL cao gấp 14,41 lần ở những bệnh nhân đã mổ lấy thai trước đó [6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ RCRL có xu hướng tăng. Theo Nguyễn Đức Hình, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ

lệ RCRL ở các sản phụ bị RTĐ có sẹo mổ lấy thai cũ là 2,9% (1989 – 1990) và 6,4% (1993 – 1994) [7]. Tỷ lệ này tăng lên 12% trong nghiên cứu của Phạm Thị Phương Lan (2007) [8]. Có nhiều tác giả trên thế giới và trong nước đã nghiên cứu và công bố các kết quả về xu hướng tăng RCRL nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về những yếu tố nguy cơ của rau cài răng lược trên thai phụ tại Việt Nam. Do vậy, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai phụ chẩn đoán rau tiền đạo rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội" nhằm đánh giá các yếu tố nguy cơ cũng như phân tích một số đặc điểm rau cài răng lược trên siêu âm.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Là những sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại BVPS Hà Nội trong 2 năm (1/2021 – 12/2022).

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những sản phụ vào mổ tại BVPS Hà Nội trong vòng 2 năm, được chẩn đoán trước mổ là rau tiền đạo cài răng lược được xử trí tại BVPS Hà Nội, có kết quả siêu âm chẩn đoán trước mổ mô tả đầy đủ các dấu hiệu của rau tiền đạo cài răng lược, có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các sản phụ bị RCRL nhưng không kèm theo RTĐ, các sản phụ RTĐ nhưng hồ sơ bệnh án của họ không có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu. Sản phụ không tuân thủ điều trị, chuyển viện hoặc các sản phụ được chẩn đoán trước sinh là RCRL nhưng sau sinh không phải RCRL.

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

- **Thời gian nghiên cứu:** 1/2021 – 12/2022

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên những hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán RTĐ có sẹo mổ lấy thai.

**2.4. Phương pháp chọn mẫu.** Mẫu thuận lợi không xác suất trong thời gian nghiên cứu có đủ các tiêu chuẩn đã chọn.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu.** Thu thập số liệu có sẵn từ bệnh án và các sổ sách lưu tại kho hồ sơ của phòng kế hoạch tổng hợp BVPSHN trong 2 năm (01/2021 – 12/2022).

**2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa: đẻ, nạo hút, số lần mổ lấy thai

- **Đặc điểm lâm sàng:** Ra máu, đau bụng,

thiếu máu

- **Đặc điểm cận lâm sàng:** siêu âm đánh giá các dấu hiệu: có tổn thương hình khuyết trong bánh rau, mất đường ranh giới giữa bánh rau và cơ tử cung, dấu hiệu tại thành bàng quang, dấu hiệu trên Doppler – hình ảnh đường ray

**2.7. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được nhập, quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

**2.8. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân. Các thông tin về tiền sử, đặc trưng cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 30 tuổi	6	7,9
	30 – 34 tuổi	36	47,4
	≥ 35 tuổi	34	44,7
<b>Tổng</b>		76	100
<b>Trung bình tuổi (X ± SD)</b>		34,3 ± 3,8 tuổi	
Địa dư	Hà Nội	40	52,6
	Tỉnh thành khác	36	47,4
<b>Tổng</b>		76	100
Nghề nghiệp	Công chức	25	32,9
	Nông dân	4	5,3
	Công nhân	5	6,6
	Khác	42	55,3
<b>Tổng</b>		76	100

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình thai phụ là 34,3 tuổi, trong đó nhóm từ 30 – 34 hay gặp nhất với tỷ lệ là 47,4%. Trẻ nhất là 26 tuổi, người lớn tuổi nhất là 43 tuổi. Nhóm nghề nghiệp khác đa phần là buôn bán, lao động tự do, nội trợ và các công việc ngoài công lập – chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 40 sản phụ trong đối tượng nghiên cứu ở địa bàn Hà Nội chiếm tỷ lệ 52,6%.

**Bảng 3.2. Tiền sử nạo, hút thai của sản phụ**

Tiền sử sản khoa		n	Tỷ lệ (%)
Số lần nạo, hút thai	0 lần	48	63,2
	1 lần	19	25,0
	2 lần	6	7,9
	≥ 3 lần	3	3,9
Số lần mổ lấy thai	1 lần	27	35,5
	2 lần	39	51,3
	≥ 3 lần	10	13,2
<b>Tổng</b>		76	100

**Nhận xét:** 36,8% sản phụ có tiền sử nạo

hút thai, trong đó 25% có nạo hút thai 1 lần, 7,9% nạo hút thai 2 lần và có 3,9% nạo hút từ 3 lần trở lên.

Tất cả sản phụ đều có tiền sử mổ lấy thai trước đây, trong mổ lấy thai trước đây 2 lần chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 51,3%. Có 13,2% số BN đã mổ từ 3 lần trở lên.

**Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng		n	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu lâm sàng	Ra máu	28	36,8
	Đau bụng	20	26,3
	Không có triệu chứng	37	48,7
<b>Tổng</b>		76	100

**Nhận xét:** Số ca bệnh không có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,7%. Có 9 trường hợp có cả triệu chứng ra máu + đau bụng.

**Bảng 3.4. Vị trí rau bám**

Vị trí rau bám	N	Tỷ lệ
Mặt trước	72	94,8
Mặt sau	4	5,2
<b>Tổng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số rau thai bám mặt trước tử cung, chiếm 94,8% trường hợp.

**Bảng 3.5. Loại rau tiền đạo (n=76)**

Loại rau tiền đạo	N	Tỷ lệ
Thấp, bên	6	7,9
Mép	8	10,5
Bán trung tâm, trung tâm	62	81,6
<b>Tổng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ thai phụ bị rau tiền đạo trung tâm chiếm 81,6%.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu trên 76 thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược cho thấy độ tuổi trung bình là 34,3 tuổi, trong đó nhóm thai phụ từ 30 – 34 và ≥ 35 tuổi là hay gặp nhất với tỷ lệ cho mỗi nhóm tương ứng là 47,4% và 44,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Tiến Công trên đối tượng rau cài răng lược cho thấy nhóm thai phụ trong độ tuổi từ 30 – 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,1% [9]. Độ tuổi trung bình thì tuổi trung bình các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,3 ± 3,8 tuổi, tương đồng với tác giả Ngô Anh Quang là 33,5 ± 4,4 tuổi [10].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng ở Hà Nội chiếm 52,6% và ngoài Hà Nội là 47,4%, thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác ngay tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Cùng địa điểm, năm 2017 tác giả Nguyễn Mạnh Hùng

nghiên cứu cho thấy đối tượng ở Hà Nội chiếm 72,22%, năm 2020 tác giả Lê Xuân Thăng chỉ ra đối tượng ở Hà Nội chiếm 79,7%. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ thai phụ đã từng nạo hút thai ít nhất 1 lần chiếm 36,8%. Theo Baldwin và cộng sự, các thai phụ có tiền sử can thiệp xâm lấn vào buồng tử cung có nguy cơ cao hơn bị rau bám chặt, rau cài răng lược hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử mổ lấy thai 1 lần chiếm 35,5%, mổ lấy thai lần 2 cao nhất với 51,3%, và có 10 trường hợp có tiền sử mổ lấy thai 3 lần, chiếm 13,2%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng nguy cơ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai cũ tăng lên cùng số lần mổ lấy thai. Theo đó, thai phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai 1 lần thì nguy cơ rau cài răng lược là 11 – 25%, 2 lần mổ lấy thai thì tăng lên 35 – 47%, và 3 lần mổ đẻ nguy cơ tăng tới 50 – 67% [14]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu năm 2010 của Đinh Văn Sinh thì những thai phụ bị rau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai  $\geq 2$  lần có nguy cơ gấp 6,77 lần nhóm thai phụ mổ đẻ 1 lần. Kết quả cho thấy tỷ lệ rau cài răng lược tăng lên với sự tăng lệ của tỷ lệ mổ lấy thai cũng như số lần mổ lấy thai. Kết luận này cho thấy việc quản lý thai nghén đầy đủ ngay từ những thai phụ con so nhằm giảm tỷ lệ thai to, giảm tỷ lệ thai kỳ bệnh lý nhằm giảm tỷ lệ mổ lấy thai là chiến lược quan trọng nhằm giảm tỷ lệ rau cài răng lược.

Ra máu âm đạo đỏ tươi lẫn máu cục là triệu chứng điển hình thường gặp của rau tiền đạo. Trong nghiên cứu của tôi, ra máu âm đạo chiếm 36,8% tương đồng với nghiên cứu của Lê Xuân Thăng là 29,7% và Phạm Thị Linh là 37,8% và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Sinh chỉ ra dấu hiệu ra máu âm đạo là 62,5%. Việc chẩn đoán sớm, quản lý và điều trị các trường hợp rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược tại các bệnh viện có khả năng phẫu thuật là việc rất quan trọng nhằm giảm nguy cơ chảy máu nhiều.

Nghiên cứu còn chỉ ra triệu chứng đau bụng xuất hiện ở 26,3% số thai phụ. Trong đó có 9 thai phụ có cả đau bụng và ra máu, chiếm tỷ lệ 11,9%. Không có trường hợp nào có đái máu. Triệu chứng đau bụng có thể xuất hiện khi thai phụ có cơn co tử cung nhưng cũng có thể xuất hiện trong trường hợp rau cài răng lược thể đâm xuyên gây hội chứng chảy máu trong ổ bụng. Các tác giả Nguyễn Tiến Công và Lê Mạnh Hùng cũng ghi nhận số thai phụ xuất hiện triệu chứng đau bụng lần lượt là 35 và 30,6% [9-10].

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi

nhận 37 thai phụ không có triệu chứng, chiếm 48,7%. Những thai phụ này được chẩn đoán trước mổ dựa trên hình ảnh siêu âm sàng lọc và siêu âm hội chẩn. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của việc thăm khám thai định kỳ bởi các bác sỹ có kinh nghiệm siêu âm và quản lý các thai nghén nguy cơ cao.

Rau cài răng lược là bệnh lý có rất ít triệu chứng lâm sàng, trước kia thông thường chỉ chẩn đoán khi mổ lấy thai hoặc sau đẻ rau không bong. Những dấu hiệu gợi ý cho bác sỹ có thể nghĩ tới rau cài răng lược là rau tiền đạo, tiền sử mổ lấy thai và các gợi ý trên hình ảnh siêu âm.

Hiện nay trên thế giới để chẩn đoán rau cài răng lược phương pháp thường được dùng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm Doppler màu, chụp cộng hưởng từ và định lượng một số chất được chứng minh là tăng cao trong máu mẹ: Alpha foetoprotein. Ở Việt Nam, siêu âm Doppler màu là phương tiện được dùng rộng rãi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rau bám mặt trước tử cung có tổng cộng 72/76 trường hợp, chiếm 94,8%; rau bám mặt sau chỉ chiếm 5,2%. Tác giả Nguyễn Tiến Công có kết quả tương tự với 90,2% trường hợp rau bám mặt trước [9]. Tác giả Nguyễn Mạnh Hùng có tỷ lệ rau bám mặt trước lên tới 97,22%. Điều này là phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Phương Lan: nhóm có sẹo mổ lấy thai rau bám mặt trước có nguy cơ rau cài răng lược – rau đâm xuyên cao gấp 4,96 lần nhóm rau bám mặt sau [8].

Bảng 3.5 cũng cho thấy tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm tới 81,6%; rau bám thấp và bám mép lần lượt là 7,9% và 10,5%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Xuân Thăng với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm là 78,4%; thấp hơn so với Nguyễn Tiến Công có tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 98% [9]. Tuy nhiên, kết quả này lại cao hơn nhiều so với tác giả Phạm Thị Phương Lan với 49,4% [8]; và Đinh Văn Sinh với 50,9%.

## V. KẾT LUẬN

- Rau cài răng lược thường xuất hiện trên những thai phụ rau tiền đạo trung có tiền sử mổ lấy thai, đặc biệt từ 2 lần mổ lấy thai trở lên.

- Triệu chứng ra máu âm đạo thường xuyên gặp (36,8%) nhưng vẫn có tới 48,7% thai phụ không có triệu chứng trong suốt thai kỳ.

- Tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm trong nghiên cứu chiếm tới 81,6%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Eshkoli, A. Y. Weintraub, R. Sergienko et

- al (2013). Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol*, 208 (3), 219.e211-217.
- G. Garmi and R. Salim** (2012). Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int*, 2012, 873929.
  - S. Wu, M. Kocherginsky and J. U. Hibbard** (2005). Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 192 (5), 1458-1461.
  - R. Faranesh, S. Romano, E. Shalev et al** (2007). Suggested approach for management of placenta percreta invading the urinary bladder. *Obstet Gynecol*, 110 (2 Pt 2), 512-515.
  - G. M. Mussalli, J. Shah, D. J. Berck et al** (2000). Placenta accreta and methotrexate therapy: three case reports. *J Perinatol*, 20 (5), 331-334.
  - K. E. Fitzpatrick, S. Sellers, P. Spark et al** (2012). Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS One*, 7 (12), e52893.
  - N. Đ. Hình** (1999). So sánh mổ lấy thai vì RTĐ ở 2 giai đoạn 1989 – 1990 và 1993 – 1994 tại viện BVBMSTSS. *Tạp chí thông tin y dược, Số đặc biệt chuyên đề Sản phụ khoa*, 12/ 1999, 107 – 111.
  - P. T. P. Lan** (2007). Biến chứng của rau tiền đạo ở những sản phụ có sẹo mổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2002 – 12/2006, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
  - N. T. Công** (2017). Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội.
  - N. A. Quang** (2022). 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 trung ương, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

## RÒ TÚI MẬT - TÁ TRÀNG: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Bùi Anh Hào<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Rò đường mật – đường tiêu hóa là một biến chứng hiếm gặp của bệnh lý sỏi mật có thể gây nhiều hậu quả nặng nề với tỷ lệ tử vong cao. Trong đó rò túi mật – tá tràng là nhóm hay gặp nhất. Cùng với trình bày ca lâm sàng, chúng tôi xem xét lại y văn thế giới về chẩn đoán và điều trị biến chứng hiếm gặp này. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 51 tuổi tiền sử không có bệnh lý nền đặc biệt, vào viện vì đau bụng âm ỉ thượng vị, chán ăn, buồn nôn kèm sốt 38 độ C một tuần trước vào viện. Sau khi được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng đầy đủ, bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật hoại tử thủng vào tá tràng. Bệnh nhân được mổ mở cắt túi mật, khâu lỗ thủng tá tràng. Quá trình hậu phẫu ổn định, bệnh nhân được ra viện 7 ngày sau mổ.

**Từ khóa:** Rò túi mật-tá tràng, Rò đường mật-đường tiêu hóa

### SUMMARY

#### CHOLECYSTODUODENAL FISTULA: A CASE REPORT AND LITERATURE

Bilioenteric fistula is an uncommon complication of cholelithiasis that can cause many serious consequences with a high morbidity and mortality rate. Cholecystoduodenal fistula is most common

subtype. The report is followed by a review of the literature regarding the diagnostic and proper treatment of this rare entity. We present a case report of a 51-year-old male with no special underlying medical condition, who was admitted to the hospital because of dull epigastric abdominal pain, loss of appetite, nausea, and fever of 38 degrees Celsius in one week. The patient was diagnosed with necrotizing cholecystitis, cholecystoduodenal fistula after forming the proper clinical and paraclinical examination. The patient underwent open surgery to perform cholecystectomy and suture the duodenal perforation. The postoperative course was stable, the patient was discharged from the hospital 7 days after surgery.

**Keywords:** Cholecystoduodenal fistula, Bilioenteric fistula

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò đường mật – đường tiêu hóa là một biến chứng hiếm gặp của một bệnh lý thường gặp. Tỷ lệ mắc sỏi mật ở người trưởng thành phương tây từ 10-20%, trong số đó rò đường mật – đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ 0,2-0,5%.<sup>1-2</sup> Vị trí rò đường mật- tiêu hóa có thể gặp bất cứ đâu trong ống tiêu hóa, thường gặp nhất rò túi mật-tá tràng chiếm 68%, túi mật-đại tràng chiếm 17%, túi mật-dạ dày chiếm 5%.<sup>3</sup> Các triệu chứng hay gặp bao gồm đau bụng (75,9%), buồn nôn (44,8%), nôn (27,6%), sốt (20,7%).<sup>4</sup> Đây là các triệu chứng không đặc hiệu và khó phân biệt với các bệnh lý đường tiêu hóa hay viêm túi mật cấp thông thường. Do đó hầu hết các trường hợp đều được chẩn đoán trong mổ.<sup>2</sup> Tuy nhiên với sự

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024