

qui trình an toàn và hiệu quả để điều trị các tổn thương cục bộ, khu trú của lách và giúp duy trì chức năng miễn dịch của lách sau mổ. Đây là phương pháp ít xâm lấn giúp bệnh nhân phục hồi nhanh hơn sau phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn hơn và mang tính thẩm mỹ tốt hơn so với mổ mở.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Mauro D, Fasano A, Gelsomino M, Manzelli A. Laparoscopic partial splenectomy using the harmonic scalpel for parenchymal transection: two case reports and review of the literature. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*. 2021; 92(S1): e2021137. doi: 10.23750/abm.v92iS1.10186
2. Héry G, Becmeur F, Méfat L, et al. Laparoscopic Partial Splenectomy: Indications and results of a multicenter retrospective study. *Surg Endosc*. 2008;22(1):45-49. doi:10.1007/s00464-007-9509-0
3. Balaphas A, Buchs NC, Meyer J, Hagen ME, Morel P. Partial splenectomy in the era of minimally invasive surgery: the current laparoscopic and robotic experiences. *Surg Endosc*. 2015;29(12): 3618-3627. doi:10.1007/s00464-015-4118-9
4. Esposito F, Noviello A, Moles N, et al. Partial splenectomy: A case series and systematic review of the literature. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2018;22(2):116. doi:10.14701/ahbps.2018. 22.2. 116
5. Poulin EC, Mamazza J. Laparoscopic splenectomy: lessons from the learning curve. 1998; 41(1).
6. Morgan TL, Tomich EB. Overwhelming Post-Splenectomy Infection (OPSI): A Case Report and Review of the Literature. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012;43(4):758-763. doi:10.1016/j.jemermed.2011.10.029
7. Slater BJ, Chan FP, Davis K, Dutta S. Institutional experience with laparoscopic partial splenectomy for hereditary spherocytosis. *Journal of Pediatric Surgery*. 2010;45(8):1682-1686. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2010.01.037
8. Winslow ER, Brunt LM. Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: A meta-analysis with an emphasis on complications. *Surgery*. 2003; 134(4): 647-653. doi:10.1016/S0039-6060(03)00312-X
9. De La Villeon B, Zarzavadjian Le Bian A, Vuarnesson H, et al. Laparoscopic partial splenectomy: a technical tip. *Surg Endosc*. 2015; 29(1):94-99. doi:10.1007/s00464-014-3638-z
10. Uranues S, Grossman D, Ludwig L, Bergamaschi R. Laparoscopic partial splenectomy. *Surg Endosc*. 2007;21(1):57-60. doi:10.1007/s00464-006-0124-2

## NHẬN XÉT VỀ XỬ TRÍ RAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM RAU CÀI RĂNG LƯỢC 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:** Đánh giá xử trí rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược 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 BVPS Hà Nội. **Kết quả:** Nghiên cứu 76 thai phụ rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược được chẩn đoán và xử trí tại BVPS Hà Nội. Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động 86,8%, mổ cấp cứu 13,2%; gây mê nội khí quản chiếm tới 98,7%, tê tủy sống 1,3%; đường rạch da đường ngang trên vệ và trắng giữa dưới rốn lần lượt là 61,8% và 38,2%; đường rạch ngang thân tử cung và dọc thân tử cung lấy thai lần lượt là 61,8% và 38,2%; Có 55,3% số sản phụ được bảo tồn tử cung và 43,4% cắt tử cung bán phần, 1,3% cắt tử cung hoàn toàn; 9,3% số trường hợp mổ có biến chứng trong đó biến

chứng bàng quang, niệu quản và mổ lại lần lượt là 6,7%; 1,3% và 1,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động ở thai phụ rau cài răng lược cao, được gây mê nội khí quản, rạch da đường ngang và rạch cơ tử cung đường ngang. Phẫu thuật rau cài răng lược có xu hướng bảo tồn tử cung với biến chứng thường gặp nhất là tổn thương bàng quang.

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

### SUMMARY

#### MANAGEMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation and treatment of placenta previa and placenta accreta at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of 76 pregnant women diagnosed with placenta previa and cesarean section scars treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** 76 pregnant women with placenta accreta were diagnosed and treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. The rate of planned cesarean section is 86.8%, emergency cesarean section is 13.2%; general anesthesia accounts for 98.7%, epidural anesthesia accounts for 1.3%; Horizontal incisions and the low midline incision

<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: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

are 61.8% and 38.2%, respectively; Transverse uterine body incision and longitudinal uterine body incision for cesarean section were 61.8% and 38.2%, respectively; 55.3% of pregnant women had conservative surgery, 43.4% had a partial hysterectomy, and 1.3% had a total hysterectomy; 9.3% of surgical cases had complications, of which bladder, ureteral complications and re-operation were 6.7%, 1.3% and 1.3%, respectively. **Conclusions:** The rate of planned cesarean section in pregnant women with placenta accreta is high, undergoing general anesthesia, horizontal incision, and horizontal uterine body incision. Placenta accreta surgery tends to conserve the uterus with the most common complication being bladder damage.

**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]. Thai phụ khi được chẩn đoán rau cài răng lược cần được chuyển viện tới các bệnh viện, trung tâm có các chuyên gia điều trị, phẫu thuật rau cài răng lược do các trường hợp rau cài răng lược làm tăng chảy máu trong và sau đẻ, tăng tỷ lệ chết mẹ [6]. Gần đây, chẩn đoán rau cài răng lược có nhiều cải thiện do cải thiện chất lượng và khả năng tiếp cận siêu âm, chụp cộng hưởng để dàng dẫn đến các chẩn đoán rau cài răng lược được đặt ra ngay từ khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Mặt khác, can thiệp chẩn đoán hình ảnh có thể giúp ích cho quá trình điều trị. Điều trị rau cài răng lược cần sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ sản khoa, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ can thiệp hình ảnh, bác sĩ nhi trong quá trình lên kế hoạch sinh [6]. Chẩn đoán, xử trí rau cài răng lược luôn được quan tâm và được nghiên cứu bởi nhiều tác giả trong và ngoài nước [6-8]. Tuy nhiên, nghiên cứu về xử trí rau tiền đạo rau cài răng lược còn ít, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Xử trí rau tiền đạo trung tâm rau cài răng lược tại bệnh*

*viện Phụ Sản Hà Nội*" với mục tiêu xác định xử trí ngoại khoa, gây mê trong phẫu thuật 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 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

- Phương pháp mổ lấy thai: chủ động hay cấp cứu, đường rạch da (đường dọc trắng giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ); đường mổ vào tử cung: rạch dọc thân tử cung hay rạch ngang đoạn dưới tử cung, các can thiệp trong phẫu thuật: cắt tử cung bán phần hay bảo tồn tử cung, phương pháp vô cảm

- Các biến chứng xảy ra trong mổ: rách bàng quang, tổn thương niệu quản, phẫu thuật lại.

**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. Chỉ định mổ lấy thai**

Loại chỉ định mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mổ cấp cứu	10	13,2
Mổ chủ động	66	86,8
<b>Tổng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tất cả các sản phụ đều có chỉ định mổ lấy thai, trong đó mổ cấp cứu chiếm tỷ lệ 13,2%.

**Bảng 3.2. Hình thức gây mê**

Hình thức gây mê	N	Tỷ lệ (%)
Nội khí quản	75	98,7
Tê tủy sống	1	1,3
<b>Tổng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Gần như tất cả các sản phụ khi có theo dõi rau tiền đạo cài răng lược đều có chỉ định gây mê nội khí quản nên hình thức gây mê này chiếm tới 98,7%. Chỉ có 1 trường hợp gây tê tủy sống chiếm 1,3%.

**Bảng 3.3. Đường rạch da**

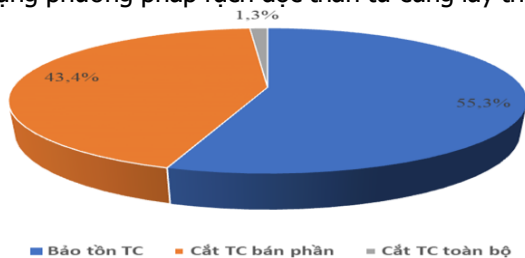
Đường rạch da	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đường ngang trên vệ	47	61,8
Đường trắng giữa dưới rốn	29	38,2
<b>Tổng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Chủ yếu các sản phụ được rạch da theo đường ngang trên vệ, chiếm 61,8%.

**Bảng 3.4. Đường rạch tử cung**

Đường rạch tử cung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rạch ngang đoạn dưới tử cung	47	61,8
Rạch dọc thân tử cung	29	38,2
<b>Tổng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Trong 76 trường hợp mổ tử cung lấy thai thì 61,8% trường hợp sử dụng phương pháp rạch ngang đoạn dưới tử cung và 38,2% trường hợp sử dụng phương pháp rạch dọc thân tử cung lấy thai.



**Biểu đồ 3.1. Xử trí trong phẫu thuật**

Có 55,3% số sản phụ được bảo tồn tử cung và 43,4% cắt tử cung bán phần. Chỉ có 1 sản phụ phải cắt tử cung toàn phần.

**Bảng 3.5. Biến chứng sau phẫu thuật trong rau cài răng lược (n = 76)**

Biến chứng của rau cài răng lược	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rách bàng quang	5	6,7
Tổn thương niệu quản	1	1,3
Phải mổ lại	1	1,3
<b>Tổng</b>	<b>7</b>	<b>9,3</b>

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp có biến chứng chiếm 9,3%, bao gồm 5 trường hợp rách bàng quang, 1 trường hợp tổn thương niệu quản, 1 trường hợp phải mổ lại. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong mẹ.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu tiến hành trên 76 thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo rau cài răng lược điều trị tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, qua kết quả thu thập được, chúng tôi có một số bàn luận sau:

Bảng 3.1 cho thấy chỉ định mổ lấy thai chủ động là 86,8%; chỉ có 10 sản phụ - chiếm 13,2% trường hợp là chỉ định mổ lấy thai cấp cứu. Kết quả này cao hơn các nghiên cứu của các tác giả Lê Hoài Chương, Nguyễn Mạnh Hùng, Lê Xuân Thăng lần lượt có tỷ lệ mổ chủ động là 59%, 62,5% và 63,5% [7-9]. Điều này có thể giải thích rằng những tiến bộ của công tác đào tạo nâng cao kỹ năng khám, quản lý, chẩn đoán sớm và chính xác rau cài răng lược ngay từ khi chưa có triệu chứng đã giúp bác sĩ và bệnh nhân chủ động trong quá trình lên kế hoạch điều trị. Chỉ định mổ chủ động cũng chứng tỏ tác dụng của các biện pháp cận lâm sàng giúp hỗ trợ chẩn đoán rau cài răng lược, đặc biệt là vai trò của siêu âm. Việc chẩn đoán hình ảnh từ sớm giúp toàn bộ kíp mổ cũng như các bên liên quan chuẩn bị đầy đủ trang thiết bị, cũng như lượng máu cần thiết. Điều này góp phần làm giảm đáng kể các tai biến cho mẹ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có trường hợp nào tử vong mẹ sau mổ rau tiền đạo rau cài răng lược suốt toàn bộ thời gian 2 năm trong nghiên cứu.

Theo bảng 3.2, phương pháp vô cảm được sử dụng phần lớn là gây mê nội khí quản với tỷ lệ 98,7%; chỉ có 1 trường hợp gây tê tủy sống chiếm tỷ lệ 1,3%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Hùng cho thấy tỷ lệ gây mê nội khí quản là 95,83%, gây tê tủy sống là 4,17% [7]. Phương pháp gây mê nội khí quản là phù hợp với sản phụ vì đối tượng rau tiền đạo cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai cũ có thời gian phẫu thuật dài hơn, cần phẫu trường rộng, có nguy cơ mất máu cao làm ảnh hưởng tới huyết động. Gây tê tủy sống sẽ bị giới hạn thời gian, đồng thời cũng có khó khống chế huyết áp hơn.

Phần lớn sản phụ trong nghiên cứu của

chúng tôi được rạch da đường ngang, chiếm 61,8%. Trong khi đó, nhiều nghiên cứu của tác giả khác nhận thấy tỷ lệ rạch da đường dọc trắng giữa mới chiếm ưu thế, cụ thể trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hùng và Lê Xuân Thăng lần lượt là 55,56% và 82,4% [7-8]. Lý giải điều này theo chúng tôi là do nghiên cứu trên các sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ, mà phần lớn đường rạch da trong mổ lấy thai là đường ngang trên vết. Các phẫu thuật viên dựa vào mô tả trên siêu âm và khả năng chuyên môn có thể hoàn thành phẫu thuật trong phẫu trường vừa đủ nên đã lựa chọn đường rạch ngang.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy tỷ lệ rạch ngang tử cung chiếm tới 61,8%, đường rạch dọc tử cung chỉ chiếm 38,2%, thấp hơn khá nhiều so với các tác giả khác. Tác giả Nguyễn Tiến Công, tác giả Lê Xuân Thăng đưa ra tỷ lệ rạch dọc thân tử cung lấy thai lần lượt là 96% và 92,2% [8-10]. Có thể thấy rằng trong các nghiên cứu gần đây, đường rạch dọc tử cung luôn được ưu tiên do đường rạch dọc tử cung giúp lấy thai đơn giản hơn trong khi đường ngang có các trường hợp sẽ phải lách qua bánh rau để lấy thai, có nguy cơ gây chảy máu dữ dội. Tuy nhiên, đánh giá việc sử dụng đường rạch ngang trong những năm gần đây của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi có tính toán lượng máu mất trung bình của hai đường rạch tử cung, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,806 > 0,05$ ). Điều này chứng tỏ kỹ thuật mổ và xử lý các trường hợp rau cài răng lược hiện đang ngày càng hoàn thiện và có những bước tiến lớn.

Trong mổ lấy thai, 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. Trong bệnh cảnh rau cài răng lược và rau đâm xuyên, nhiều tác giả ủng hộ mổ lấy thai và cắt tử cung ngay mà không bóc rau. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44,7% sản phụ có chỉ định cắt tử cung, tỷ lệ bảo tồn tử cung là 55,3%. Kết quả này có khác biệt so với tác giả Trần Khánh Hoa trong nghiên cứu xử trí rau tiền đạo cài răng lược trên sẹo mổ cũ, với 45/52 sản phụ được cắt tử cung bán phần thấp. Tỷ lệ cắt tử cung do rau tiền đạo cài răng lược trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hùng Sơn lên tới 84,8%.

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,3%. Trong đó nhiều nhất là rách bàng quang – với tỷ lệ 6,7%. Chỉ có 1 trường hợp tổn thương niệu quản và 1 trường hợp phải mổ lại – mỗi trường hợp chiếm

tỷ lệ 1,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong mẹ.

Rau tiền đạo cài răng lược trên thai phụ có tiền sử mổ lấy thai, mạch máu ở đoạn dưới tăng sinh, bàng quang lại treo cao, đặc biệt là khi rau cài răng lược thể đâm xuyên có xâm lấn bàng quang thì phẫu thuật sẽ cực kỳ khó khăn và có nguy cơ cao tổn thương bàng quang và các cơ quan lân cận. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tổn thương bàng quang thấp hơn các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Tỷ lệ tổn thương bàng quang theo các tác giả nước ngoài là từ 17 – 33%. Tác giả Lê Hoài Chương cho thấy tỷ lệ tai biến tổn thương bàng quang là 23,1%[9]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Công và tác giả Lê Xuân Thăng cho thấy tỷ lệ tổn thương bàng quang trong mổ rau tiền đạo cài răng lược ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai là 27,5% và 12,2% [8-10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trường hợp phải mổ lại do chảy máu ổ bụng. Trường hợp này sản phụ bị rau đâm xuyên, làm ảnh hưởng tới mạc treo, ruột vùng hố chậu phải. Sau mổ 3 giờ sản phụ có chướng bụng, siêu âm thấy ổ bụng nhiều dịch. Bệnh nhân được phẫu thuật lần 2 quan sát có khối máu tụ vùng hố chậu phải, tổn thương đã được khâu cầm máu nhưng vẫn rỉ máu, được các bác sĩ kiểm tra và khâu cầm máu tăng cường. Sản phụ ra viện sau 8 ngày.

Vì phẫu thuật rau tiền đạo cài răng lược rất phức tạp, nên nguy cơ tai biến luôn hiện hữu. Cần phải tư vấn kỹ càng cho sản phụ và gia đình trước mổ, đồng thời sẵn sàng cho mọi tình huống có thể xảy ra.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động ở thai phụ rau cài răng lược cao, chiếm 86,8%
- Đa số các trường hợp mổ được gây mê nội khí quản (98,7%), rạch da đường ngang (61,8%) và rạch cơ tử cung đường ngang (61,8%)
- Tỷ lệ cắt tử cung có xu hướng giảm là 44,7%, tỷ lệ bảo tồn tử cung tới 55,3%
- Biến chứng trong mổ thường gặp nhất là tổn thương bàng quang (6,7%), không có trường hợp nào tử vong.

## 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.
2. **G. Garmi and R. Salim** (2012). Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int*, 2012, 873929.

3. **S. Wu, M. Kocherginsky and J. U. Hibbard** (2005). Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 192 (5), 1458-1461.
4. **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.
5. **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.
6. **B. Poljak, D. Khairudin, N. Wyn Jones et al** (2023). Placenta accreta spectrum: diagnosis and management. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 33 (8), 232-238.
7. **N. M. 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 sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **L. X. Thắng** (2020). Nghiên cứu kết quả phẫu thuật rau cài răng lược trên bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
9. **L. H. Chương** (2012). Nghiên cứu xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học thực hành*, 11/2012,
10. **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.

## NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA CỐM THARODAS LÊN CHỨC NĂNG GAN, THẬN TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Trần Thái Hà<sup>1</sup>, Đặng Hồng Quân<sup>2</sup>, Phạm Thị Vân Anh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu độc tính cấp và ảnh hưởng của cốm Tharodas lên chức năng gan, thận trên chuột nhắt trắng gây đông máu bằng lipopolysaccharid. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chuột nhắt trắng chủng Swiss, cả 2 giống, khoẻ mạnh, trọng lượng 30g - 35g được cung cấp bởi Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu độc tính cấp và xác định LD50 của cốm Tharodas trên chuột nhắt trắng theo đường uống. Nghiên cứu ảnh hưởng chức năng gan thận trên mô hình gây đông máu bằng lipopolysaccharid của Wang B và cộng sự. **Kết quả:** Các lô chuột uống cốm Tharodas liều từ 100g/kg đến liều tối đa 200g/kg không có biểu hiện độc tính cấp. Hoạt độ AST trong máu chuột nhắt trắng ở lô uống rivaroxaban liều 10 mg/kg/ngày và Cốm Tharodas cả hai mức liều đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh học và lô mô hình ( $p > 0,05$ ). Hoạt độ ALT trong máu chuột nhắt trắng uống Cốm Tharodas liều 1,44 g/kg/ngày và 4,32 g/kg/ngày tăng có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh học ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình ( $p > 0,05$ ). Nồng độ creatinin trong máu chuột nhắt trắng ở lô uống rivaroxaban liều 10 mg/kg/ngày và Cốm Tharodas cả hai mức liều đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh học và lô mô hình ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Cốm Tharodas không gây độc tính cấp ở liều 200g/kg trên chuột nhắt trắng (gấp 46,29 lần liều dùng dự kiến

trên người) theo đường uống. Cốm Tharodas liều 1,44 và 4,32 g/kg/ngày không làm thay đổi hoạt độ AST và nồng độ ure, creatinin trong máu chuột gây đông máu bằng lipopolysaccharid so với lô chứng sinh học và lô mô hình, làm tăng có ý nghĩa thống kê hoạt độ ALT so với lô chứng sinh học.

**Từ khóa:** độc tính cấp, cốm Tharodas.

### SUMMARY

#### STUDY ON ACUTE TOXICITY AND EFFECTS OF THARODAS GRANULES ON LIVER AND KIDNEY FUNCTION

**Research objective:** To study the acute toxicity and effects of Tharodas granules on liver and kidney function in white mice induced to coagulate with lipopolysaccharide. **Subjects and methods:** Swiss white mice, both breeds, healthy, weighing 30g - 35g that were provided by the National Institute of Hygiene and Epidemiology. **Research method:** Research on acute toxicity and determine LD50 of Tharodas granules on white mice orally. Research on the effects of liver and kidney function on the lipopolysaccharide coagulation model by Wang B et al. **Result:** Swiss mice taking Tharodas granules at doses from 100g/kg to a maximum dose of 200g/kg (orally) did not show signs of acute toxicity. AST activity in the blood of white mice in the group receiving rivaroxaban dose of 10 mg/kg/day and Tharodas Granules at both dose levels did not have a statistically significant difference compared to the biological control group and the model group ( $p > 0.05$ ). ALT activity in the blood of mice in the group receiving Tharodas Granules at doses of 1.44 g/kg/day and 4.32 g/kg/day increased statistically significantly compared to the biological control group ( $p < 0.05$ ). There is no statistically significant difference compared to the model batch ( $p > 0.05$ ). The concentration of creatinine in the blood of white mice in the group receiving rivaroxaban dose of 10 mg/kg/day and Tharodas Granules at both dose levels did not have a statistically

<sup>1</sup>Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung Ương

<sup>2</sup>Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Quân

Email: arshabjn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024