

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở SẢN PHỤ CÓ SẴO MỔ CŨ Ở TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ RAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2022-2024

Lê Thị Hà Vy¹, Lê Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Thị Minh Huệ¹, Lê Văn Hoàn²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung được điều trị rau tiền đạo điều trị tại Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2024. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 32 sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung được điều trị rau tiền đạo, tuổi thai ≥ 28 tuần, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, từ 01/01/2022 - 30/04/2024. Kết quả cho thấy trong 32 sản phụ tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi từ 26-34 chiếm 53,1%, nhóm ≤ 25 tuổi chiếm 3,1%, nhóm > 35 tuổi chiếm 43,8%. Ra máu âm đạo gặp ở 71,9% số ca (trong đó 93,8% số ca là ra máu tái phát), đau bụng gặp ở 62,5% số ca, vừa ra máu âm đạo vừa kèm theo đau bụng ở 40,6% số ca; 2 trường hợp rau tiền đạo trung tâm không có dấu hiệu trước khi vào viện. Đa số sản phụ vào viện ở tuổi thai 34 - 37 tuần (chiếm 59,4%), nhóm 28 - 33 tuần chiếm 31,2%, nhóm ≥ 38 tuần chiếm 9,4%. Tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 87,5%, tỷ lệ rau cài răng lược chiếm 53,1%; tỷ lệ có rau cài răng lược trên người có sẹo mổ cũ ≥ 2 lần là 73,3%. Từ đó rút ra kết luận là đối với sản phụ rau tiền đạo và có sẹo mổ cũ ở tử cung tham gia nghiên cứu, đa số trường hợp nhập viện với dấu hiệu ra máu âm đạo, ra máu tái phát. Tỷ lệ có rau cài răng lược trên người có sẹo mổ cũ cao ≥ 2 lần.

Từ khóa: Rau tiền đạo, sẹo mổ cũ ở tử cung.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau tiền đạo (RTĐ) là bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung mà không bám ở vị trí bình thường của nó. Điều này có thể dẫn đến việc bánh rau che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung. Đây là một cấp cứu sản khoa, là nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối thai kỳ, trong quá trình chuyển dạ và sau sinh. Kiểu bất thường về vị trí bám của bánh rau có tần suất khoảng 2,8 trường hợp trên 1.000 trường hợp đơn thai, và khoảng 3,9 trường hợp trên 1.000 trường hợp song thai. Tuy nhiên, do có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau, nên tỷ lệ RTĐ thực sự rất khó xác định. Sự hiện diện của RTĐ làm tăng nguy cơ của rau cài răng lược. RTĐ trở thành một vấn đề lớn mà các nhà sản khoa phải đối mặt, do những thai phụ với RTĐ có thể phải được nằm bệnh viện theo dõi trong thời gian dài, tăng nguy cơ truyền máu,

sinh non, cũng như tỷ lệ cắt tử cung vì băng huyết tăng cao (đến 5,3%). Tình trạng này dẫn đến tử suất của mẹ cao, và tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nhiều lần so với thai kỳ bình thường. Nguyên nhân cụ thể của RTĐ vẫn chưa được xác định rõ ràng, nhiều nghiên cứu cho thấy RTĐ có liên quan đến tiền sử mổ lấy thai và phẫu thuật ở tử cung [1], [2], [3]. Hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai gia tăng, và đối với những thai phụ có tiền sử mổ lấy thai thì nguy cơ mắc RTĐ tăng khoảng 1,9 - 2,3 lần so với người không mổ lấy thai [4], [5], [6]. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện tuyến tỉnh trong lĩnh vực Sản khoa, tiếp nhận và xử trí nhiều kỹ thuật chuyên môn sâu, nhưng chưa có nghiên cứu về RTĐ ở sản phụ có sẹo mổ cũ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân rau tiền đạo có sẹo mổ cũ ở tử cung tại Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tác giả chính: Lê Thị Hà Vy
Email: drlevy18@gmail.com

1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai từ 28 tuần trở lên tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Chọn những thai phụ nhập viện lần cuối tại Bệnh viện trong quá trình theo dõi RTĐ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý nội khoa nặng hoặc tâm thần nặng. Thai chết lưu. Đình chỉ thai nghén vì lý do xã hội. Được chẩn đoán là RTĐ trước sinh nhưng sau khi sinh không ghi nhận.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu. Tất cả bệnh án, người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: tuổi, nghề nghiệp, tuổi thai lúc nhập viện, số lần mang thai, tiền sử bệnh tật/sản phụ khoa, tiền sử mổ lấy thai/mổ khác tại tử cung, số thai, ra máu âm đạo, đau bụng, thời điểm ra máu lần đầu, số lần ra máu trước khi vào

viện. Đặc điểm cận lâm sàng: Hemoglobin trước mổ, siêu âm vị trí bánh rau, phân loại RTĐ.

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu theo phương pháp hồi cứu hồ sơ bệnh án. Chọn tất cả các sản phụ được chẩn đoán RTĐ đã được xử trí tại khoa Sản Bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 01/01/2022 đến 30/04/2024 thể hiện trong bệnh án lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đều được đưa vào mẫu nghiên cứu.

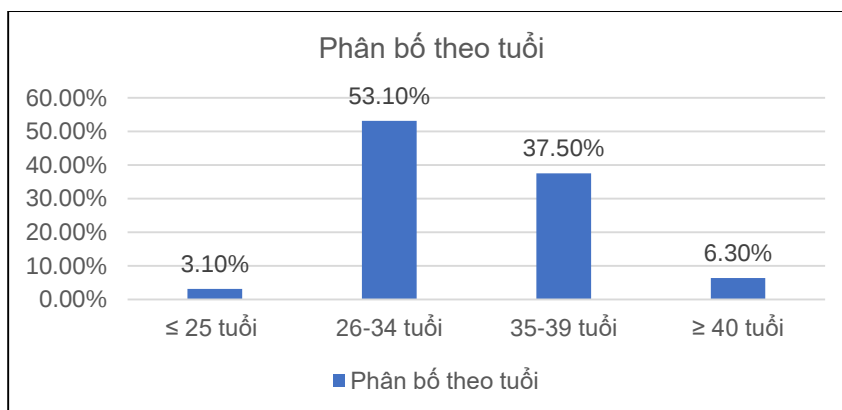
Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin do bệnh nhân cung cấp hoặc thu thập từ bệnh án được giữ bí mật. Đề tài được thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y khoa Vinh và sự cho phép của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân, không nhằm một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi

Trong 32 người bệnh được chẩn đoán RTĐ và có sẹo mổ cũ tại tử cung tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi từ 26-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (53.1%), nhóm ≤ 25 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (3.1%), nhóm > 35 tuổi chiếm 43,8%.

Bảng 1. Phân bố loại RTĐ trên siêu âm và rau cải răng lược theo số lần can thiệp

Số lần can thiệp	Phân loại RTĐ trên siêu âm			Rau cải răng lược	
	Bám thấp	Bám mép	RTĐ Trung tâm	Có	Không
1 lần	-	1 (5,9%)	16 (94,1%)	6 (35,3%)	11 (64,7%)
2 lần	1 (8,3%)	2 (16,7%)	9 (75,0%)	9 (75,0%)	3 (25,0%)
≥ 3 lần	-	-	3 (100%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)
Tổng	1 (3,1%)	3 (9,4%)	28 (87,5%)	17 (53,1%)	15 (46,9%)

Tỷ lệ RTĐ trung tâm 87,5%, rau cải răng lược 53,1%. Tần suất rau cải răng lược trên người bệnh có sẹo mổ cũ trên tử cung chiếm 73,3% (11/15 trường hợp).

Bảng 2. Phân nhóm tuổi thai lúc vào viện theo loại RTĐ

Loại RTĐ \ Tuổi thai	28-33 tuần		34-37 tuần		≥ 38 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Rau bám thấp	-	-	-	-	1	100	1	100
Rau bám mép	1	33,3	2	66,7	-	-	3	100
RTĐ Trung tâm	9	32,2	17	60,7	2	7,1	28	100
Tổng	10	31,2	19	59,4	3	9,4	32	100

Đa số thai phụ RTĐ có sẹo mổ cũ vào viện ở tuổi thai 34 - 37 tuần (chiếm 59,4%), nhóm tuổi thai 28 – 33 tuần chiếm 31,2% và nhóm đủ tháng, ≥ 38 tuần chiếm 9,4%.

Bảng 3. Phân bố đặc điểm lâm sàng lúc vào viện theo vị trí rau bám

Vị trí rau bám \ Đặc điểm lâm sàng		Rau bám thấp		Rau bám mép		RTĐ trung tâm		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ra máu âm đạo	Không đau bụng	-	-	-	-	10	35,7	10	31,3
	Đau bụng	-	-	3	100	10	35,7	13	40,6
Đau bụng		1	100	-	-	6	21,4	7	21,9
Không có dấu hiệu		-	-	-	-	2	7,1	2	6,2
Tổng		1	100	3	100	28	100	32	100

Tần suất ra máu âm đạo trong số bệnh nhân RTĐ 71,9%. Có 2 trường hợp RTĐ trung tâm không có dấu hiệu gì trước khi vào viện.

Bảng 4. Số lần ra máu trước khi nhập viện theo phân loại RTĐ

Phân loại RTĐ \ Số lần ra máu	Rau bám thấp		Rau bám mép		RTĐ trung tâm		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chưa ra máu lần nào	-	-	-	-	2	7,1	2	6,2
1 lần	1	100	1	33,3	10	35,7	12	37,5
≥ 2 lần	-	-	2	66,7	16	57,1	18	56,2
Tổng	1	100	3	100	28	100	32	100

Đa số thai phụ RTĐ trên sẹo mổ cũ ở tử cung có ra máu tái phát, chiếm 93,8%, trong đó ra máu ≥ 2 lần chiếm 56,2%.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số 32 người bệnh được chẩn đoán RTĐ và có sẹo mổ cũ tại tử cung tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi từ 26-34 chiếm tỷ lệ 53,1%, nhóm ≤ 25 tuổi chiếm 3,1%, nhóm > 35 tuổi chiếm 43,8%. Các sản phụ mang thai có độ tuổi trên 35 tuổi thường phải đối mặt với nhiều nguy cơ hơn về bệnh lý nội khoa, rối loạn chuyển hoá hoặc chất lượng cơ tử cung, viêm nhiễm. Những yếu tố này có thể góp phần gia tăng tỷ lệ mắc RTĐ. Theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự, nhóm tuổi 26 – 34 chiếm 56,8%, đồng thời cho thấy rằng những bà mẹ ≥ 35 tuổi có nguy cơ RTĐ cao gấp 4,02 lần so với nhóm ≤ 25 tuổi [1]. Nghiên cứu của Lê Lam Hương cũng cho biết nhóm tuổi 21 – 34 chiếm 92,2% [6]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự đã ghi nhận rằng nhóm tuổi ≥ 35 chiếm tỷ lệ 45,5% [8], kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy rõ mối liên hệ giữa độ tuổi và nguy cơ mắc RTĐ.

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng tỷ lệ RTĐ trung tâm trong số các trường hợp RTĐ trên sẹo mổ cũ tại tử cung chiếm 87,5%. Đồng thời, tỷ lệ rau cài răng lược chiếm 53,1%. Đặc biệt, tỷ lệ có rau cài răng lược trên người có sẹo mổ cũ ≥ 2 lần là 73,3%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ rau cài răng lược tăng lên với sự tăng lên của số lần mổ lấy thai. So với các nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của tác giả Lâm Đức Tâm cho thấy tỷ lệ RTĐ trung tâm chiếm 60,2%, tỷ lệ rau cài răng lược trong số ca RTĐ chiếm 19,4% [1]; nghiên cứu của Vũ Văn Tâm và cộng sự cho thấy tỷ lệ rau cài răng lược ở sản phụ RTĐ là 4,5% [7], đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều đó có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những sản phụ có sẹo mổ cũ, mặc dù cơ chế chưa rõ ràng nhưng nhiều bằng chứng cho thấy nguy cơ rau cài răng lược có liên quan đến sẹo mổ đẻ cũ. Chính vì vậy, việc quản lý thai nghén đầy đủ ngay từ những thai phụ mang thai lần đầu nhằm giảm tỷ lệ thai to,

hạn chế các thai kỳ có nguy cơ cao và từ đó giảm tỷ lệ mổ lấy thai là chiến lược quan trọng nhằm giảm tỷ lệ rau cài răng lược.

Đa số thai phụ mắc RTĐ trên sẹo mổ cũ vào viện ở tuổi thai 34 - 37 tuần chiếm tỷ lệ 59,4%, nhóm thai phụ 28 – 33 tuần chiếm 31,2%, và nhóm thai phụ ≥ 38 tuần chỉ chiếm 9,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang và cộng sự, trong đó cho thấy các sản phụ vào viện có tuổi thai từ 33-37 chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,6% [9]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự cũng chỉ ra rằng đa số thai phụ mắc RTĐ vào viện trong khoảng thời gian thai 33 – 36 tuần, chiếm 54,6% [8]. Kết quả này đòi hỏi việc nâng cao chất lượng công tác quản lý thai nghén tốt hơn. Cụ thể, sản phụ cần được tư vấn tốt về chế độ sinh hoạt nghỉ ngơi, đặc biệt trong những trường hợp thai kỳ có nguy cơ bệnh lý. Điều này nhằm hạn chế được tình trạng ra máu sớm, đồng thời tăng tỷ lệ giữ thai đến đủ tháng và gần đủ tháng nhiều hơn, giúp tuổi thai lúc vào nhập viện cao hơn. Việc này không chỉ góp phần giảm thiểu nguy cơ cho thai phụ mà còn cải thiện tình trạng sức khỏe cho cả mẹ và trẻ sơ sinh.

Ra máu âm đạo là một triệu chứng điển hình thường gặp của RTĐ. Trong số 32 thai phụ có RTĐ và sẹo mổ cũ ở tử cung tham gia nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng ra máu âm đạo là gặp nhiều nhất, ở 23 trường hợp, chiếm 71,9%. Đa số thai phụ RTĐ trên sẹo mổ cũ ở tử cung có ra máu tái phát, chiếm 93,8%, trong đó ra máu ≥ 2 lần chiếm 56,2%. Việc chẩn đoán sớm, quản lý và điều trị các trường hợp RTĐ trung tâm, rau cài răng lược là cực kỳ quan trọng nhằm giảm nguy cơ chảy máu nhiều. Bên cạnh triệu chứng ra máu âm đạo, nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra rằng triệu chứng đau bụng gặp ở 20 trường hợp, chiếm 62,5%, vừa ra máu âm đạo vừa kèm theo đau bụng chiếm 40,6%. 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 có thể đâm xuyên gây hội chứng chảy máu trong ổ bụng. Điều đó có thể cho thấy đối với các trường hợp RTĐ trên tử cung bình thường thì thường là ra máu đơn thuần, trong khi ở những trường hợp có sẹo mổ cũ, triệu chứng đau bụng có thể trở thành một yếu tố quan trọng. Tuy nhiên cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 02 trường hợp RTĐ trung tâm không có dấu hiệu gì trước khi vào viện. Những thai phụ này được chẩn đoán trước mổ dựa trên hình ảnh siêu âm sàng lọc. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của việc thăm khám thai kỳ định kỳ và quản lý thai nghén nguy cơ cao. Sự phát hiện sớm và can thiệp kịp thời sẽ giúp giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra trong quá trình mang thai.

V. KẾT LUẬN

Nhóm sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung và có RTĐ tham gia nghiên cứu, nhập viện với triệu chứng ra máu âm đạo gặp nhiều nhất, chiếm 71,9% số ca. Hầu hết các thai phụ này đều gặp tình trạng ra máu tái phát, chiếm 93,8%. Rau cài răng lược thường xuất hiện trên những thai phụ RTĐ có tiền sử mổ lấy thai từ 2 lần trở lên. Việc quản lý thai kỳ và chẩn đoán sớm RTĐ rất quan trọng, nhằm hạn chế những nguy cơ tai biến xảy ra. Việc này đặc biệt cần thiết để bảo vệ sức khỏe của cả mẹ và thai nhi, giảm thiểu các rủi ro và nâng cao chất lượng chăm sóc sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Lâm Đức Tâm, Lý Thị Mỹ Tiên, Phạm Đắc Lộc (2023), "Tỷ lệ các loại rau tiền đạo và một số yếu

tố nguy cơ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2019 – 2021", *Tạp chí Phụ Sản*; 21(3), tr 15-21.

- [2]. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh (2020), "Nhau tiền đạo", *Bài giảng Sản khoa, NXB Y học*, tr 438-445.
- [3]. Lê Thanh Nhã (2009), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của rau tiền đạo đến sản phụ và thai nhi tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Huế*.
- [4]. Lâm Đức Tâm (2018), "Nghiên cứu tỷ lệ và yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo năm 2016", *Hội nghị Sản phụ khoa Cần Thơ lần thứ III*, tr 89-94.
- [5]. E.Sheiner, I.Shoham-Vardi, M.Hallak (2001), "Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome", *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 10, pp.414-419.
- [6]. Lê Lam Hương (2016), "Nghiên cứu khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ rau tiền đạo", *Tạp chí Khoa học công nghệ Việt Nam*, 11(12), tr 1-5.
- [7]. Vũ Văn Tâm, Nguyễn Quốc Trường (2015), "Ảnh hưởng của vết mổ đẻ cũ đến biến chứng rau tiền đạo", *Tạp chí Phụ Sản*; 13(1), tr 50-53.
- [8]. Nguyễn Thị Hồng, Lê Đức Thọ, Bé Thị Hoa, Bùi Ngọc Diệp (2021), "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", *Tạp chí Y học Việt Nam*, *Tập 500-TH*, số 2-2021.
- [9]. Trương Thị Linh Giang, Trần Thị Mỹ Chi (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của các trường hợp nhau tiền đạo ở Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế", *Tạp chí Phụ sản*, 21(3), tr. 22 – 27.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PLACENTA PRAEVIA PATIENTS WITH PRIOR UTERINE INCISION WHO TREATED AT NGHE AN OBSTETICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2022 - 2024

The objective of the study is describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women with prior uterine incision and treated for placenta previa at Nghe An Obsetrics and Pediatric Hospital in 2022 – 2024. The study was using a cross-sectional descriptive method on 32 pregnant women with prior uterine incision and treated for placenta previa at Nghe An Obsetrics and Pediatric Hospital from 01/01/2022 – 30/04/2024, gestational age ≥ 28 weeks. As a result of the study, among the 32 pregnant women participating in the study, the age group from 26-34 accounted for 53,1%; the group ≤ 25 years old accounted for 3,1%; the group > 35 years old accounted for 43,8%. The vaginal bleeding 71,9% of cases (93,8% were recurrent bleeding), abdominal pain occurred in 62,5% of cases, vaginal bleeding and abdominal pain occurred in 40,6% of cases; 2 cases of central placenta praevia had no signs before admission to the hospital. Most of pregnant women admitted to the hospital at 34 - 37 weeks of gestation (59,4%), the 28 - 33 week group accounted for 31,2%, the ≥ 38 week group accounted for 9,4%. Ultrasound results showed that the rate of central placenta accreta accounted for 87,5%, the rate of placenta accreta accounted for 53,1%. In conclusion, for pregnant women with prior uterine incision and treated for placenta previa in the study, the majority of cases were hospitalized with signs of vaginal bleeding, recurrent bleeding. The rate of cases with both anterior placenta previa-placenta accreta is also increasing.

Keywords: placenta previa, prior uterine incision.