

KẾT QUẢ XỬ TRÍ RAU TIỀN ĐẠO TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẴO MỔ CŨ Ở TỬ CUNG 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 nhận xét kết quả xử trí rau tiền đạo trên người bệnh có sẹo mổ cũ ở tử cung tại Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022-2024. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 32 bệnh án/người bệnh được xử trí rau tiền đạo và có sẹo mổ cũ ở tử cung, tuổi thai ≥ 28 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, từ 01/01/2022 - 30/04/2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% được chỉ định mổ lấy thai. Có 23/32 sản phụ mổ cấp cứu (71,9%), mổ chủ động (28,1%). Cầm máu bằng thắt động mạch tử cung hoặc kết hợp khâu mũi chữ X hoặc B Lynch chiếm 53,1%. Tỷ lệ cắt tử cung là 15,6%. Biến chứng trong rối loạn chuyển hoá (RCRL): 60,9% sản phụ phải truyền máu trong mổ; 21,7% cắt tử cung; 13% tổn thương bàng quang và 01 case băng huyết (4,3%). Tỷ lệ ngạt sơ sinh 37,5% ở phút thứ nhất và 9,4% ở phút thứ năm. Qua đó rút ra kết luận: đối với sản phụ RTĐ và có sẹo mổ cũ ở tử cung tham gia nghiên cứu, 100% được chỉ định mổ lấy thai, trong đó mổ cấp cứu chiếm 71,9%; mổ chủ động 28,1%. Sản phụ mắc nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ truyền máu, cắt tử cung, sinh non, thai nhẹ cân cho trẻ sơ sinh.

Từ khóa: Rau tiền đạo , sẹo mổ cũ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau tiền đạo (RTĐ) là một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong 3 tháng cuối thai kỳ, đứng thứ hai sau nguyên nhân rau bong non. Tỷ lệ RTĐ trong tổng số sinh 7,4% [1]. Rau tiền đạo thường gây ra máu đột ngột, không có dấu hiệu báo trước, thường không đau bụng. Hiện tượng ra máu có thể tái đi tái lại có thể làm thai phụ thiếu máu, từ mức độ nhẹ đến băng huyết, choáng do mất máu và có thể dẫn đến tử vong mẹ. Đối với thai, RTĐ có thể gây ra các biến chứng như sinh non, hoặc thai chậm tăng trưởng trong tử cung, suy thai trong chuyển dạ, có thể dẫn đến tử vong của trẻ khi xảy ra tình trạng ra máu nhiều. RTĐ là bệnh lý gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con [2]. Nguyên nhân 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 [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 [1, 4, 5, 6]. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện tuyến tỉnh trong lĩnh vực Sản khoa, thống kê sơ bộ cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện khoảng trên 50% và 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 kết quả xử trí rau tiền đạo trên người bệnh 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

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 lựa chọn: 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 rau tiền đạo.

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 rau tiền đạo trước sinh nhưng sau khi sinh không ghi nhận.

Tác giả chính: Lê Thị Hà Vy
Email: drleavy18@gmail.com

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 chung như tuổi sản phụ, tuổi thai, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, phương pháp sinh, chỉ định mổ lấy thai, số lượng máu mất, phương pháp cầm máu trong mổ, các tai biến và biến chứng cho sản phụ và thai nhi, sức khỏe trẻ sơ sinh, chỉ số Apgar.

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

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phương pháp chấm dứt thai kỳ theo nhóm tuổi thai

Tuổi thai lúc đẻ Chỉ định	28-33 tuần		34-37 tuần		≥ 38 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mổ cấp cứu	3	100	16	64	4	100	23	71,9
Mổ chủ động	-	-	9	36	-	-	9	28,1
Sinh thường	-	-	-	-	-	-	-	-
Tổng	3	100	25	100	4	100	32	100

Tất cả sản phụ RTĐ có sẹo mổ cũ ở tử cung đều được chỉ định mổ lấy thai, trong đó có 23/32 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu (chiếm 71.9%). Tỷ lệ mổ chủ động là 28,1% với 09 trường hợp. Tỷ lệ mổ cấp cứu ở tuổi thai 34-37 tuần là 64%, ở tuổi thai ≥ 38 tuần là 100%.

Bảng 2. Phân nhóm chỉ định mổ lấy thai và nguyên nhân

Lý do mổ lấy thai	Mổ cấp cứu		Mổ chủ động		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Ra máu âm đạo	15	65.2	-	-	15	46.9
Đau vết mổ cũ	-	-	-	-	-	-
Thai suy	-	-	-	-	-	-
Ồi vỡ non, ối vỡ sớm	3	13	-	-	3	9.4
Khác	5	21.7	9	100	14	43.8
Tổng	23	100	9	100	32	100

Nguyên nhân chỉ định mổ cấp cứu lấy thai là do RTĐ chảy máu gấp ở 15 trường hợp chiếm (65.2%); ối vỡ non, ối vỡ sớm có 03 trường hợp (chiếm 13%); nguyên nhân khác có 09 trường hợp (chiếm 21.7%).

Bảng 3. Phương thức cầm máu trong mổ lấy thai

Phương pháp cầm máu		n	%
Thắt ĐMTC	Đơn thuần	9	28.1
	Khâu mũi chữ X	3	9.4
	Khâu mũi B Lynch	5	15.6
Khâu mũi chữ X		3	9.4
Khâu mũi B Lynch		1	3.1
Thắt động mạch hạ vị		1	3.1
Cắt tử cung bán phần		4	12.5
Cắt tử cung toàn phần		1	3.1
Không can thiệp gì		5	15.6
Tổng		32	100

Có 17/32 trường hợp sản phụ được cầm máu bằng thắt ĐM tử cung hoặc đơn thuần hoặc kết hợp khâu mũi chữ X hoặc khâu mũi B Lynch chiếm 53.1%. Có 5 trường hợp cắt tử cung để cầm máu

Bảng 4. Biến chứng của mẹ trong rau cài răng lược

Biến chứng mẹ		n	%
RCRL	Tổn thương BQ	3	13.0
	Băng huyết	1	4.3
	Truyền máu	14	60.9
	Cắt tử cung	5	21.7
Tổng		23	100

Trong 23 sản phụ mắc rau cài răng lược có các biến chứng: 60,9% sản phụ phải truyền máu trong mổ; 21,7% cắt tử cung; 13% tổn thương bàng quang và 01 trường hợp băng huyết (chiếm 4,3%). Không có sản phụ nào tử vong.

Bảng 5. Các biến chứng của con

Biến chứng con		n	%
Nhẹ cân		8	61.6
Ngôi thai bất thường	Ngôi ngang	3	23
	Ngôi ngược	2	15.4
Tử vong		-	-
Tổng		13	100

Không có trường hợp trẻ sơ sinh tử vong, có 61,6% trẻ đẻ ra có cân nặng < 2500 gram.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 32 sản phụ được chẩn đoán RTĐ và có sẹo mổ cũ tại tử cung tham gia nghiên cứu của chúng tôi, tất cả đều được chỉ định mổ lấy thai (tỷ lệ 100%). Theo nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang và cộng sự (2023), tỷ lệ sản phụ rau tiền đạo chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai được ghi nhận là 93,8% [7]. Như vậy, tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn. Trong số các ca mổ lấy thai, tỷ lệ mổ cấp cứu có 23 trường hợp chiếm 71,9% và mổ chủ động có 09 trường hợp chiếm 28,1%. Tỷ lệ mổ cấp cứu ở tuổi thai từ 34 - 37 tuần là 64%, ở tuổi thai ≥ 38 tuần là 100%. Theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự, tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 76,2%; tỷ lệ mổ chủ động chiếm 23,8% [8], cho thấy sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Việc mổ chủ động là một yếu tố thuận lợi giúp giảm nguy cơ tai biến mẹ và con do RTĐ và cũng như là yếu tố thuận lợi trong việc nuôi dưỡng trẻ sơ sinh sau này. Trong số các trường hợp mổ cấp cứu, đa số do nguyên nhân chủ yếu là RTĐ chảy máu chiếm 65,2%. Ngoài ra, do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm 13%; nguyên nhân khác chiếm 21,7%. Theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự, cho thấy rằng tỷ lệ mổ cấp cứu vì nguyên nhân RTĐ chảy máu chiếm 90,6% [8], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp cầm máu trong mổ được áp dụng nhiều nhất là cầm máu bằng thắt động mạch tử cung hoặc đơn thuần hoặc kết hợp khâu mũi chữ X hoặc khâu mũi B Lynch chiếm 53,1%. Chúng tôi cũng ghi nhận có 01 trường hợp cắt tử cung toàn phần để cầm máu (chiếm 12,5%) và 04 trường hợp cắt tử cung bán phần (chiếm 3,1%). Tỷ lệ cắt tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,6%. 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, khi mà thực hiện các biện pháp khác không có kết quả. So sánh với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng

sự, tỷ lệ thất ĐM tử cung hoặc khâu mũi B Lynch chiếm 7,2%; tỷ lệ cắt tử cung toàn phần chiếm 2,4%; tỷ lệ cắt tử cung bán phần chiếm 2,4% [8]. Có thể cơ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn nên có sự chênh lệch về tỷ lệ. Đồng thời, trong mổ lấy thai ở rau tiền đạo, cần phải phối hợp nhiều phương pháp cầm máu để hạn chế tối đa lượng máu mất và hạn chế thấp nhất các biến chứng. Việc cắt tử cung hay bảo tồn tử cung còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau như: tuổi của mẹ, số con thai phụ đã có, loại rau tiền đạo, trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên... Tất cả những yếu tố này đều cần được cân nhắc kỹ lưỡng để đưa ra quyết định xử trí hợp lý nhất, nhằm đảm bảo an toàn cho cả mẹ và thai nhi trong quá trình phẫu thuật.

Về các biến chứng trong rau tiền đạo cài răng lược: Trong số 23 sản phụ mắc rau cài răng lược, chúng tôi ghi nhận có 14 trường hợp phải truyền máu trong quá trình mổ (chiếm tỷ lệ 60,9%); 05 trường hợp rau cài răng lược phải cắt tử cung (chiếm 21,7%); 03 trường hợp tổn thương bàng quang (chiếm 13%) và 01 trường hợp băng huyết (chiếm 4,3%). Không có sản phụ nào tử vong. Trong rau tiền đạo, lượng máu mất nhiều do chảy máu tại vị trí rau bám, đồng thời các trường hợp sẹo cũ gây dính nên nguy cơ mất máu tăng hơn trong quá trình phẫu thuật. Như vậy, tỷ lệ phải truyền máu của bệnh nhân rau cài răng lược rất cao, đòi hỏi trước phẫu thuật cần dự trữ máu để giảm các tai biến cho mẹ và con. Tỷ lệ cắt tử cung trong rau tiền đạo cài răng lược trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,7%; thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào và cộng sự, tỷ lệ cắt tử cung lên tới 84,8% không có trường hợp rau cài răng lược và rau đâm xuyên nào mà bảo tồn được tử cung [9]. Điều này cho thấy rằng, 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 để giảm nguy cơ tử vong mẹ do mất máu, đồng thời cũng giảm bớt lượng máu và chế phẩm máu phải truyền trong và sau quá trình phẫu thuật. Về

biến chứng tổn thương bàng quang, có 3 trường hợp trong số 23 trường hợp rau cài răng lược, chiếm 13%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào và cộng sự, tổn thương bàng quang chiếm 10,6% [9]. Các trường hợp tổn thương bàng quang này thường xảy ra do tình trạng rau đâm xuyên đã gây tổn thương bàng quang trước đó, cộng với mổ cũ dẫn đến tình trạng dính.

Về biến chứng của con, trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp trẻ sơ sinh tử vong, có 61,6% trẻ đẻ ra có cân nặng < 2500 gram. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự, tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng lượng dưới 2000 gram chiếm 11,4% [8]. Nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào và cộng sự cho thấy có 19,6% trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2500 gram [9]. Đối với bệnh nhân mắc RTĐ: có 2 nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng trẻ nhẹ cân, là thai kém phát triển và tình trạng sinh non. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ trẻ nhẹ cân < 2500 gram cao hơn so với các nghiên cứu trước đó có thể giải thích do tuổi thai lúc chấm dứt thai kỳ thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Vì vậy cho thấy rõ ràng tầm quan trọng của việc quản lý trong thời kỳ thai nghén và điều trị nhằm kéo dài tuổi thai cho sản phụ để giảm thiểu biến chứng sinh non, nhẹ cân cho trẻ.

V. KẾT LUẬN

Trong số 32 sản phụ tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 100% được chỉ định mổ lấy thai, trong đó 71,9% mổ cấp cứu. Nguyên nhân mổ cấp cứu chủ yếu là do RTĐ chảy máu (65,2%). Phương pháp cầm máu trong mổ được áp dụng nhiều nhất là cầm máu bằng thất ĐM tử cung hoặc đơn thuần hoặc kết hợp khâu mũi chữ X hoặc khâu B Lynch chiếm 53,1%. Về biến chứng trong rau tiền đạo cài răng lược, tỷ lệ phải truyền máu trong mổ chiếm 60,9%; tỷ lệ cắt tử cung là 21,7%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng < 2500 gram là 61,6%. Sản phụ mắc nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ truyền máu, cắt tử cung, sinh non, thai nhẹ cân cho trẻ sơ sinh. Rau tiền đạo trên

sản phụ có sẹo mổ cũ tại tử cung là bệnh lý phức tạp trong xử trí và có nguy cơ cao gây tai biến cho mẹ và con.

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]. 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.
- [8]. Lâm Đức Tâm, Ngô Thùy Hương, Phạm Đắc Lộc (2023), "Kết cục thai kì ở sản phụ mắc nhau tiền đạo nhập viện tại Bệnh viện Sản nhi An Giang năm 2021 - 2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 531(1), tr 278 - 281.
- [9]. Phạm Huy Hiền Hào, Nguyễn Hùng Sơn, Phan Chí Thành (2016), "Nghiên cứu về rau cài răng lược trong bệnh cảnh rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong 3 năm từ 2011 đến 2014", *Tạp chí Phụ sản*, 14(1), tr. 42 – 45.

SUMMARY

EVALUATION AND TREATMENT OF PLACENTA PRAEVIA PATIENS WITH OLD SURGERY IN THE UTERUS WHO TREATED AT NGHE AN OBSTETICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2022 - 2024

The objective of the study is evaluation and treatment of placenta previa on pregnant women with prior uterine incision 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 results of the study, 100% were indicated for cesarean section. The emergency cesarean sections accounted for 71.9% (23/32 cases), the elective cesarean sections accounted for 28.1%. Hemostasis by uterine artery ligation or a combination of X-shaped sutures or B-Lynch sutures, accounted for 53.1%. The hysterectomy accounted for 15.6%. Complications in cases of placenta accreta included: 60,9% required blood transfusion during surgery; 21,7% had hysterectomy; 13% had bladder injury and 01 case of hemorrhage (4.3%). The percentage of infants < 2500 grams was 61.6%. In conclusion, for pregnant women with prior uterine incision and treated for placenta previa in the study, 100% were indicated for cesarean section. The emergency cesarean sections accounted for 71.9%; the elective cesarean sections accounted for 28.1%. Placenta previa increases the risk of blood transfusion, hysterectomy, preterm birth, and low birth weight.

Keywords: placenta previa, prior uterine incision.