

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ  
RAU CÀI RĂNG LƯỢC Ở THAI PHỤ RAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM  
CÓ MỔ ĐẼ CŨ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI**

*Mai Trọng Hưng<sup>1\*</sup>, Trương Minh Phương<sup>1</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rau cài răng lược (RCRL) ở thai phụ rau tiền đạo trung tâm có mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 25 bệnh nhân (BN) rau tiền đạo trung tâm có sẹo mổ lấy thai cũ tại Khoa Sản bệnh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01/2021 - 01/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ rau tiền đạo trung tâm có sẹo mổ đẻ cũ là 36,5. Các triệu chứng thường gặp gồm ra máu âm đạo, đau bụng, đái máu, thiếu máu. Các dấu hiệu trên siêu âm thường gặp gồm dấu hiệu mất khoảng sáng sau bánh rau, dấu hiệu Lacunae, tăng sinh mạch máu phức tạp, bàng quang. Trong số 25 trường hợp được chẩn đoán sau mổ có RCRL, tỷ lệ bảo tồn tử cung chiếm 76%, cắt tử cung chiếm 24%. **Kết luận:** RCRL thường gặp ở các thai phụ có tiền sử mổ lấy thai hoặc nạo hút thai nhiều lần, ngoài các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu thì triệu chứng về siêu âm có giá trị chẩn đoán khá chính xác. Tỷ lệ bảo tồn tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao.

**Từ khóa:** Rau cài răng lược; Rau tiền đạo trung tâm; Tiền sử mổ lấy thai.

**CLINICAL, SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT  
RESULTS OF PLACENTA ACCRETA IN PREGNANT WOMEN WITH  
CENTRAL PLACENTA PREVIA HAVING PREVIOUS CESAREAN  
SECTION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL**

**Abstract**

**Objectives:** To describe the clinical, sub-clinical characteristics and treatment results of placenta accreta in pregnant women with central placenta previa who had a previous cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Mai Trọng Hưng (dr.hungpshn1@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/6/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 26/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i8.874>

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 25 patients with central placenta previa having old cesarean section scars at the High risk Pregnancy Department, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2021 to January 2022. **Results:** The average age of pregnant women with central placenta previa having old cesarean section scars was 36.5 years old. Common symptoms included vaginal bleeding, abdominal pain, hematuria, and anemia. Common signs on ultrasound included signs of loss of retroplacental clear zone, Lacunae signs, and hypervascularity of the uterovesical. Among 25 cases diagnosed after surgery with placenta accreta, the rate of uterine preservation was 76%, and hysterectomy was 24%. **Conclusion:** Placenta accreta is common in pregnant women with a history of cesarean section or multiple abortions. In addition to non-specific clinical and paraclinical symptoms, ultrasound symptoms have quite accurate diagnostic value. The rate of uterine preservation in our study is quite high.

**Keywords:** Placenta accreta; Central placenta previa; History of cesarean section.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược là bất thường về sự bám dính của bánh rau vào cơ tử cung, có khả năng đe dọa tính mạng người mẹ và thai nhi nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. RCRL là biến chứng hiếm gặp, tuy nhiên trong những năm gần đây số sản phụ mắc bệnh lý này ngày càng gia tăng. Theo một nghiên cứu của Anh năm 2019, tỷ lệ RCRL ước tính khoảng 0,17% cao gấp 4 lần so với tỷ lệ RCRL theo một nghiên cứu của Mỹ năm 1990 là 0,04% [1, 2]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công (2017), tỷ lệ RCRL trên thai phụ rau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 31,6%. [3]. Việc chẩn đoán và xử trí

đúng RCRL rất quan trọng trong thực hành lâm sàng để tránh các biến chứng nặng nề cho người mẹ như chảy máu sau đẻ, cắt tử cung chu sinh, tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, niệu quản, trực tràng, hội chứng suy hô hấp cấp tính, hội chứng Sheehan, suy đa phủ tạng và thậm chí tử vong [4]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về RCRL, tuy nhiên, những nghiên cứu trong nước còn ít, đặc biệt trên đối tượng thai phụ rau tiền đạo có mổ đẻ cũ. Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị RCRL ở thai phụ rau tiền đạo trung tâm có mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

25 thai phụ được chẩn đoán RCRL trên rau tiền đạo trung tâm có sẹo mổ lấy thai cũ tại Khoa Sản bệnh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01/2021 - 01/2022.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Thai phụ được chẩn đoán RCRL trên rau tiền đạo trung tâm có tiền sử mổ lấy thai cũ; tuổi thai  $\geq 24$  tuần; thai phụ không có bệnh lý bất thường về nội, ngoại khoa; quá trình mang thai bình thường; thai đơn, thai sống, thai không nghi ngờ bệnh lý.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu; thai phụ mắc các bệnh lý nội ngoại khoa cấp và mạn tính; thai nhi mắc dị tật bẩm sinh; thai phụ không tuân thủ điều trị, chuyển viện hoặc được chẩn đoán trước sinh là RCRL nhưng sau sinh không phải RCRL.

\* *Thời gian và địa điểm nghiên cứu*: Từ tháng 01/2021 - 01/2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

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

\* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện các trường hợp đủ tiêu chuẩn tuyển chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

\* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin*:

Bệnh án nghiên cứu được xây dựng và thu thập thông tin qua dữ liệu bệnh án điều trị của BN.

Các thông tin quan trọng cần thu thập bao gồm: Tuổi, tiền sử sản khoa, triệu chứng lâm sàng, các dấu hiệu siêu âm của RCRL, các phương pháp điều trị nội khoa trước mổ, kết quả cuối thai kỳ.

Thông tin dữ liệu được thu thập tại bệnh án điều trị, phỏng vấn và liên lạc trực tiếp tới BN.

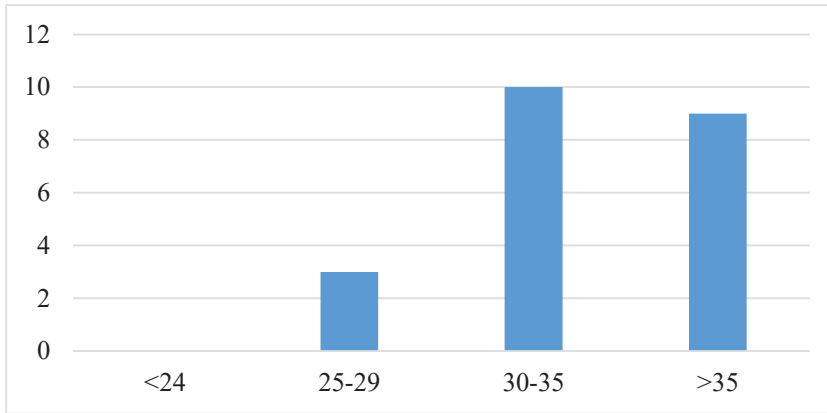
\* *Xử lý dữ liệu*: Theo phương pháp thống kê y học tính số trung bình, giá trị min, max, độ lệch chuẩn, tỷ lệ (%). Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và Excel 2013.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trước khi triển khai nghiên cứu (Quyết định số: 650 QĐ/PS-TTĐT CĐT ngày 22/6/2022). Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm về tuổi và tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1.** Phân bố tuổi của BN.

Tuổi trung bình của thai phụ rau tiền đạo trung tâm có sẹo mô đẻ cũ là 36,5 tuổi. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30 - 35 tuổi.

**Bảng 1.** Đặc điểm về tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc nhập viện	≤ 28 tuần	0
	29 - 32 tuần	2
	33 - 36 tuần	22
	≥ 37 tuần	1
Tuổi thai lúc mổ	≤ 28 tuần	0
	29 - 32 tuần	1
	33 - 36 tuần	22
	≥ 37 tuần	2
Tiền sử mổ lấy thai	1 lần	9
	2 lần	11
	≥ 3 lần	5
Tiền sử nạo hút thai	0 lần	5
	1 lần	10
	2 lần	7
	≥ 3 lần	3

Đa số tuổi thai lúc nhập viện là 33 - 36 tuần. Phần lớn BN RCRL trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tiền sử mổ lấy thai hoặc nạo hút thai.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 2.** Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

	Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Ra máu âm đạo	16	64
	Đau bụng	10	40
	Đái máu	2	8
	Vỡ tử cung	0	0
	Không triệu chứng	5	20
Triệu chứng cận lâm sàng	Nồng độ Hb < 80	3	12
	Nồng độ Hb 80 - 110	19	76
	Nồng độ Hb ≥ 110	3	12

Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ra máu âm đạo và đau bụng. Triệu chứng cận lâm sàng hay gặp là thiếu máu (Hb từ 80 - 110 g/L).

## 3. Các dấu hiệu siêu âm của RCRL

**Bảng 3.** Tiêu chuẩn chẩn đoán RCRL trong nghiên cứu.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán RCRL	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu Lacunae	18	72
Mất khoảng sáng sau bánh rau	23	92
Cơ tử cung mỏng < 1mm	14	56
Mất liên tục, mỏng đường phúc mạc bàng quang	9	36
Dòng chảy bất thường bên trong bánh rau trên Doppler màu	14	56
Tăng sinh mạch máu phúc mạc bàng quang	17	68
Không thấy mạch máu chạy song song với màng đáy nhưng xuất hiện các mạch máu bất thường chạy thẳng góc về phía cơ tử cung	16	64

Có 7 dấu hiệu cần được đánh giá có hay không trên kết quả siêu âm được thu thập qua từng mẫu bệnh án. Ghi nhận dấu hiệu mất khoảng sáng sau bánh rau chiếm tỷ lệ cao nhất (92%), tiếp theo là dấu hiệu Lacunae (72%), dấu hiệu mất liên tục, mỏng đường phúc mạc bàng quang chiếm tỷ lệ ít nhất (36%).

#### 4. Tỷ lệ thai phụ được điều trị nội khoa trước mổ

**Bảng 4.** Tỷ lệ thai phụ được điều trị nội khoa trước mổ.

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không điều trị	2	8
Corticoid	18	72
Corticoid + thuốc giảm co	5	20
Truyền máu	3	12

Có 2 trường hợp không điều trị trước phẫu thuật (8%), 18 trường hợp chỉ điều trị Corticoid trước phẫu thuật (72%), 5 trường hợp vừa điều trị Corticoid, vừa điều trị giảm co (20%), ghi nhận 3 trường hợp phải truyền máu trước mổ (6%).

**Bảng 5.** Kết quả cuối thai kỳ (n = 25).

Kết quả	Giá trị
Cắt tử cung, n (%)	6 (24)
Bảo tồn tử cung, n (%)	19 (76)
Lượng máu mất trong mổ (mL)	940
Lượng máu truyền (mL)	364
Tổn thương tạng đi kèm, n (%)	2 (8)
Số ngày nằm viện (ngày)	7,7
Nhiễm khuẩn sau mổ, n	0
Mổ lấy thai cấp cứu, n (%)	1 (4)
Mổ chủ động, n (%)	24 (96)
Apgar phút thứ 5 < 7 điểm, n (%)	1 (4)
Tử vong, n	0

Đa số BN RCRL được mổ chủ động và được bảo tồn tử cung.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm về tuổi và tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của thai phụ rau tiền đạo trung tâm có sẹo mổ đẻ cũ là 36,5. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30 - 35 tuổi. Trong nghiên cứu, có 9 trường hợp mổ lấy thai 1 lần trước đó (36%), 11 trường hợp có tiền sử mổ lấy thai 2 lần (44%) và 5 trường hợp mổ lấy thai  $\geq 3$  lần (20%). Có 5 trường hợp không có nạo hút thai trước đó (20%), 10 trường hợp nạo hút thai 1 lần (40%), 7 trường hợp nạo hút thai 2 lần (28%) và 3 trường hợp nạo hút thai  $\geq 3$  lần (12%). Điều này cho thấy mổ lấy thai và nạo hút thai là các nguyên nhân làm tăng tỷ lệ RCRL. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trong nước và quốc tế [1, 2, 5].

### 2. Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Về tiền sử mổ lấy thai, tiền sử nạo hút thai theo các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ gây ra RCRL, một số tác giả cho rằng tiền sử mổ lấy thai và rau tiền đạo là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất. Nguyên nhân có thể do sẹo mổ cũ làm tổn thương niêm mạc tử cung khiến cho bánh rau không phát triển được qua sẹo mổ cũ trong quá trình di chuyển dẫn đến rau tiền đạo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai 1 lần trong nghiên cứu nhỏ hơn nhưng tỷ lệ mổ lấy

thai lần 2 và  $\geq 3$  lần lớn hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Hoài Chương (2012) [4].

### 3. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng hay gặp của rau tiền đạo, RCRL là ra máu âm đạo, đau bụng, đái máu... Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ lớn nhất (64%). Theo Lê Hoài Chương (2012) [4], dấu hiệu ra máu chiếm 41% và thường gặp trên BN rau tiền đạo, khác biệt lớn hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là do thiết kế nghiên cứu chỉ chọn những trường hợp rau tiền đạo có sẹo mổ đẻ cũ. Dấu hiệu đau bụng chiếm 40% và gặp ở tuổi thai sớm trước 34 tuần. Những trường hợp này được nhập viện và điều trị như những trường hợp dọa sinh non. Đáng chú ý, có 20% thai phụ không hề có biểu hiện gì trên lâm sàng.

### 4. Kết cục sản khoa của BN RCRL

Những trường hợp cắt tử cung hoặc bảo tồn tử cung có cắt lọc cơ tử cung mà giải phẫu bệnh cho thấy có RCRL được ghi nhận là 25 ca.

Trong số 25 trường hợp được chẩn đoán sau mổ có RCRL, tỷ lệ bảo tồn tử cung chiếm 76%, cắt tử cung chiếm 24%. Theo Lê Hoài Chương (2012), tỷ lệ mổ RCRL bảo tồn được tử cung chỉ chiếm 17,9%, còn lại hầu hết sẽ phải cắt



tử cung (82,1%) [5]. Theo Nguyễn Hùng Sơn, tỷ lệ cắt tử cung trong RCRL là 84,8% [6], tương tự tác giả Lê Hoài Chương. Sở dĩ có sự chênh lệch rất lớn này là do thời gian gần đây, tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, các phẫu thuật viên được đào tạo kỹ càng về kỹ thuật cầm máu bảo tồn tử cung trong mổ để RCRL, chuyên hướng tư duy của các bác sỹ, từ mổ cắt tử cung cầm máu, sang cắt lọc vị trí RCRL, khâu cầm máu bảo tồn tử cung. Đây là kỹ thuật rất khó, đòi hỏi sự chuẩn bị kỹ càng về chiến lược phẫu thuật và tay nghề thành thạo của phẫu thuật viên.

Kết quả phẫu thuật cũng ghi nhận có 2 trường hợp tổn thương bàng quang trong phẫu thuật (8%), trong đó 1 trường hợp cắt tử cung bán phần, 1 trường hợp bảo tồn tử cung, đều có kết quả giải phẫu bệnh là RCRL. Nghiên cứu của Lê Hoài Chương (2012) cho thấy tỷ lệ tổn thương bàng quang trong phẫu thuật RCRL là 23,1%. Theo nhóm nghiên cứu, điều này là do sự khác biệt giữa từng trung tâm phẫu thuật, và do cỡ mẫu chưa đủ lớn để so sánh.

Lượng máu mất trung bình trong mổ RCRL trong nghiên cứu là 940mL. Theo Phan Trường Duyệt, Lê Hoài Chương và các tác giả khác, tỷ lệ biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật RCRL là chảy máu và chảy máu nặng, lần lượt là 47,9% và 38,5% [5].

Hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu đều được mổ có kế hoạch, chỉ có 2 trường hợp mổ lấy thai cấp cứu do thai phụ vào viện trong tình trạng chảy máu. Điều này cho thấy việc quản lý thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội tương đối chặt chẽ, có sự chuẩn bị kỹ càng cho những trường hợp mổ khó. Số ngày nằm viện trung bình là 7,7 ngày cho những trường hợp RCRL, bao gồm 1 ngày đầu vào viện hội chẩn và chuẩn bị phẫu thuật. 1 trường hợp sơ sinh được ghi nhận ngạt nặng ở phút thứ 5, đây là trường hợp sơ sinh non 32 tuần, thai phụ bị băng huyết tại nhà đến viện trong tình trạng cấp cứu, được xử trí mổ lấy thai ngay trong tua trực.

## KẾT LUẬN

Rau cải răng lược thường gặp ở thai phụ có tiền sử mổ lấy thai hoặc nạo hút thai nhiều lần, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu. Với tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, hiệu quả điều trị được cải thiện trong thời gian gần đây đem lại kết cục tốt hơn cho BN cụ thể tỷ lệ bảo tồn tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, chiếm 76%.

**Lời cảm ơn:** Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn tới cán bộ nhân viên, Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã giúp đỡ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: A systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 221(3):208-218. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.01.233.
2. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 177(1):210-214. DOI: 10.1016/s0002-9378(97)70463-0.
3. Nguyễn Tiến Công, Trần Danh Cường. Kết quả chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ bằng siêu âm. *Tạp chí Phụ sản.* 2017; 15(2):91-94. DOI: 10.46755/vjog.2017.2.334.
4. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2005; 173(8):905-912. DOI: 10.1503/cmaj.050222.
5. Lê Hoài Chương. Nghiên cứu xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2011-2012. *Tạp chí Y học Thực hành.* 11/2012; 848:32-35.
6. Phạm Huy Hiền Hào, Nguyễn Hùng Sơn, Phan Chí Thành. 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.* 2016; 14(1):42-45. DOI: 10.46755/vjog.2016.1.663.