

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

Phạm Huy Hiền Hào⁽¹⁾, Nguyễn Hùng Sơn⁽²⁾, Phan Chí Thành⁽³⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, (3) Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Từ khoá: Rau cài răng lược thể bám niêm mạc, vào cơ, đâm xuyên; rau tiền đạo.

Keywords: Placenta accreta, increta, percreta; placenta previa.

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí về rau cài răng lược trong bệnh cảnh rau tiền đạo tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Cơ mẫu: 46 trường hợp rau cài răng lược trong bệnh cảnh rau tiền đạo được điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 6/2011 đến tháng 6/2014; Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang dựa trên những hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Phẫu thuật cấp cứu: 37%, chủ động chiếm 63%; gây mê nội khí quản :69,6%; tủy sống: 30,4%; Phẫu thuật lấy thai bằng đường rạch dọc thân tử cung 69,6%. Tỷ lệ cắt tử cung là 84,8%. 100% RCRL vào cơ và RCRL thể đâm xuyên phải cắt tử cung. Thời gian phẫu thuật trung bình là $2,6 \pm 1,1$ giờ. Phải truyền 89,1% máu, truyền nhiều hơn 5 đơn vị khối hồng cầu 34,8%. Tai biến cho mẹ chiếm 19,6%: tổn thương bàng quang 10,9%, tổn thương môm cát 8,7% bao gồm chảy máu 6,5% và nhiễm trùng 2,2%. Tỷ lệ đẻ non chiếm 39,1%, tỷ lệ tử vong sơ sinh chiếm 4,3%.

Kết luận: Rau cài răng lược phối hợp rau tiền đạo là bệnh lý phức tạp trong xử trí và có nguy cơ cao gây tai biến cho mẹ và con.

Từ khóa: rau cài răng lược thể bám niêm mạc, vào cơ, đâm xuyên; rau tiền đạo.

Abstract

RESEARCH ON PLACENTA ACCRETA IN PLACENTA PREVIA IN HANOI OB-GYN HOSPITAL FROM 2011 TO 2014

Objective: Reviews of placenta accreta in placenta previa management in Hanoi OB-GYN Hospital.

Materials and methods: sample size: 46 cases of placenta accreta in placenta previa being treated at Hanoi Obstetrics Hospital during the period from 6/2011 to 6/2014; The methodology: describes a retrospective cross-sectional study based on medical records.

Results: Cesarean section in emergency: 37% and in schedule 63%;

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Phạm Huy Hiền Hào,
email: phienhao@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 15/03/2016

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
10/04/2016

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 20/04/2016

endotracheal anesthesia 69.6 and spinal cord: 30.4%; Longitudinal Corporal uterine incision 69.6%. The hysterectomy rate were 84.8% , placenta increta and percreta were 100% . Average surgical time was 2.6 ± 1.1 h hours. The rate of blood transfusions 89.1%, more than 5 units of PRBCs (packed red blood cells): 34.8%. Maternal complications rate 19.6%: bladder lesions (10.9%), surgical stump lesions: 8.7% include bleeding 6.5% and infection 2.2%. The preterm neonates 39.1%, neonatal mortality 4.3%.

Conclusions: placenta accreta in placenta previa were complicated management and high-risk for mother and child.

Keywords: Placenta accreta, increta, percreta; placenta previa.

1. Đặt vấn đề

Rau cài răng lược (RCRL) là một biến chứng của thai kỳ về bất thường sự bám dính của bánh rau vào cơ tử cung, có khả năng đe dọa tính mạng của người mẹ và thai nhi. Gần đây, tần xuất bệnh có xu hướng gia tăng cùng với tỷ lệ mổ lấy thai và nạo hút thai. Tại Mỹ, tần xuất của bệnh từ 2002 là 1/1205 [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Thị Hương Trà năm 2012, tỷ lệ RCRL trong tổng số bệnh nhân vào đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 0,1% [2]. Nghiên cứu của Đinh Văn Sinh cho thấy tỷ lệ RCRL trên các sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ năm 2011 là 21,8% [4]. Trong số RCRL thì 80% gặp trên những trường hợp rau tiền đạo (RTĐ). Việc chẩn đoán trước mổ và xử trí cầm máu trong mổ RCRL còn gặp nhiều khó khăn. Tỷ lệ tử vong của RCRL khoảng 7%, trong đó tỷ lệ tử vong của RTĐ chỉ khoảng 1%. Tại bệnh viện phụ sản Hà Nội, những năm gần đây tỉ lệ mổ lấy thai tăng lên nhiều: năm 2010 là 40,99%, năm 2014 là 55,81% và đương nhiên tỉ lệ RCRL cũng tăng lên theo, do đó nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét xử trí về rau cài răng lược trong bệnh cảnh rau tiền đạo tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Là những sản phụ được chẩn đoán và điều trị RCRL trong RTĐ được mổ đẻ tại BVPSHN trong 3 năm (01/01/2012 – 31/12/2014) qua kết quả GPBL hoặc được chẩn đoán trước đẻ là RCRL có RTĐ qua siêu âm Doppler.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, dựa trên những hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán sau đẻ là RCRL có RTĐ.

Tổng số có 46 trường hợp rau cài răng lược trong bệnh cảnh rau tiền đạo được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 6/2011 đến tháng 6/2014 .

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi mẹ: ≤ 29 tuổi : 6,5%; 30 – 34 tuổi: 54,3%; 35 tuổi trở lên: 39,2% Tuổi mẹ trung bình: $34,54 \pm 4,15$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 43 tuổi.
- Nghề nghiệp: lao động tự do: 45,7%; cán bộ công chức: 32,6%, nông dân: 17,4%; công nhân chi: 4,3%.
- Vùng dân cư: nông thôn: 65,2%, thành thị: 34,8%.
- Tiền sử sản khoa: chưa có con nào chiếm 4,3% (có 2/46) con rạ; 95,7%.
- Tiền sử nạo hút thai: Không: 37,0% ; Có: 63%, 1 lần: 21,7%, 2 lần: 21,7%, từ 3 lần trở lên: 19,6%.
- Tiền sử mổ lấy thai: Không: 19,6%; Có: 80,4%, 1 lần: 52,2%, 2 lần: 23,9%, 3 lần: 4,3%.
- Biểu hiện triệu chứng lâm sàng: Không: 39,1%, Chảy máu: 54,3%, đau bụng: 52,2%, chảy máu và đau bụng: 47,8%
- Tuổi thai: <34 tuần: 26,1%, ≥ 34 : 73,9%, 34 – 37: 56,5%; > 37 : 17,4%; tuổi thai trung bình vào viện là $35,9 \pm 3,3$ tuần, thấp nhất: 28 tuần, lớn nhất: 40 tuần.
- Loại rau tiền đạo theo siêu âm trước mổ: trung

tâm: 82,6%, bầm thấp: 6,5%, bầm mép: 10,9%. 82,6% các trường hợp rau cải răng lược xảy ra ở bệnh nhân rau tiền đạo bầm vào mặt trước tử cung.

- Nồng độ Hemoglobin trung bình trước mổ là $104,8 \pm 20,3$ g/l, có 2 trường hợp thấp nhất là 47 g/l. - Tỷ lệ thiếu máu trước mổ là 32,6% trong đó có 8,7% sản phụ bị thiếu máu nặng. Tỷ lệ thiếu máu sau mổ là 43,5% trong đó có 10,9% sản phụ bị thiếu máu nặng.

- Chỉ định mổ lấy thai: cấp cứu 37%, trong đó do chảy máu chiếm 70,6%; chủ động: 63%.

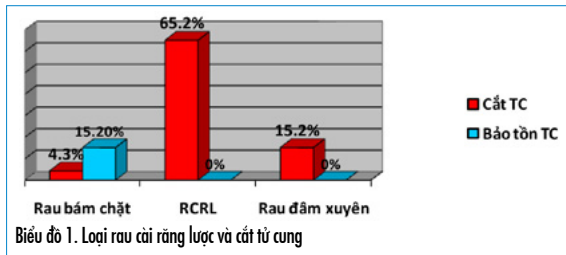
- Phương pháp vô cảm: gây tê tủy sống: 30,4%, gây mê nội khí quản: 69,6%.

Bảng 1. Đường rạch tử cung và chỉ định mổ

	Rạch ngang đoạn dưới		Rạch dọc thân		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Mổ chủ động	4	8,7	25	54,3	29	63
Mổ cấp cứu	10	21,7	7	15,2	17	37
Tổng	14	30,4	32	69,6	46	100

- $p < 0,05$.

- Bóc rau: Tỷ lệ bóc rau là 15,2%, không bóc rau cắt TC ngay là 84,8%.



- Tỷ lệ cắt tử cung là 84,8%, trong đó có 3 trường hợp cắt tử cung hoàn toàn, còn lại là cắt tử cung bán phần. 1 trường hợp phải cắt tử cung và thắt động mạch hạ vị để cầm máu. Tỷ lệ bảo tồn được tử cung chiếm 15,2%, tất cả 7 trường hợp này đều là loại rau bầm chặt. Không có trường hợp rau cải răng lược nào ăn sâu vào lớp cơ mà bảo tồn được tử cung. Có 7 trường hợp rau đâm xuyên, trong đó 5 trường hợp xâm lấn bàng quang.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $2,6 \pm 1,1$ giờ, nhanh nhất là 1 giờ và kéo dài nhất là 7h. Thời gian < 2h: 13,0%; 2 – 4h: 80,4%; >4h: 6,5%

- Nồng độ Hemoglobin trung bình sau mổ là $100,2 \pm 19,3$ g/l, có 2 trường hợp thiếu máu rất nặng với nồng độ Hemoglobin là 35 g/l và 54 g/l ($p > 0,05$)

Bảng 2. Liên quan giữa lượng máu phải truyền và loại rau tiền đạo

Loại	0 KHC		1-4 KHC		≥ 5 KHC		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bầm thấp	1	2,2	1	2,2	1	2,2	3	6,6
Bầm mép	2	4,3	3	6,5	0	0	5	10,8
Trung tâm	2	4,3	21	45,7	15	32,6	38	82,6
Tổng	5	10,9	25	54,3	16	34,8	46	100

$p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa lượng máu phải truyền và loại rau cải răng lược

	0 KHC		1-4 KHC		≥ 5 KHC		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
R. bầm chặt	5	10,9	3	6,5	1	2,2	9	19,6
RCRL	00	0	20	43,5	10	21,7	30	65,2
R. đâm xuyên	0	0	2	4,33	5	10,9	7	15,2
Tổng	5	10,9	25	54,3	16	4,8	46	100

$p < 0,005$.

- Tai biến phẫu thuật: 19,6% (9/46); tổn thương bàng quang: 10,9% (5/46); Tổn thương môm cắt: 8,7% (4/46) trong đó chảy máu môm cắt TC: 6,5% (3/46), nhiễm trùng môm cắt: 2,2% (1/46). 2 trường hợp phải mổ lại do chảy máu môm cắt gây chảy máu trong ổ bụng và 1 trường hợp khối tụ máu lớn ở phần phụ.

- Tuổi thai khi sinh trung bình là $36,9 \pm 3,7$ tuần. <34 tuần: 8,7%; 34-37 tuần: 30,4%; >37 tuần: 60,9% nhỏ nhất là 28 tuần 3 ngày và lớn nhất là 40 tuần.

- Cân nặng sơ sinh trung bình là 2840 ± 537 g, nhẹ nhất là 1300g và nặng nhất là 4100g. Có 19,6% trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g.

- Tỷ lệ sơ sinh ngưng thở thứ nhất < 7 điểm: 30,4; phút thứ năm < 7: 10,9%.

- 2 trường hợp tử vong sơ sinh: 4,3% (2/46); 1 trường hợp do thai 28 tuần non tháng, 1 trường hợp do đình chỉ thai nghén vì thai đa dị tật.

4. Bàn luận

Tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu chiếm 37%, đối với 63% trường hợp có chỉ định phẫu thuật lấy thai chủ động, chỉ 39,1% được chẩn đoán rau cải răng lược trước mổ. Theo nghiên cứu của Bạch Cẩm An thì chỉ định phẫu thuật cấp cứu trong rau cải răng lược chiếm 12,5%, bán cấp cứu 62,5% và chủ động 25% [5]. Nghiên cứu của Lê Hoài Chương cho thấy tỷ lệ rau cải răng lược phải mổ cấp cứu là 41% trong đó 25,6% là do chảy máu; đồng thời tỷ lệ chẩn đoán được rau cải răng lược trước mổ trong số bệnh nhân mổ chủ động là 23,1% [6].

Tỷ lệ gây tê tủy sống trong phẫu thuật chiếm 30,4%, còn lại 69,6% trường hợp phải gây mê nội khí quản.

So sánh với nghiên cứu của Đinh Văn Sinh gây mê toàn thân chiếm 46,8% [4], nghiên cứu của Lê Thị Hương gây mê chiếm 45,4% [7] thì kết quả của chúng tôi cao hơn các tác giả trên.

- Tỷ lệ phẫu thuật rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy thai chiếm 30,4%, trong đó chủ yếu là các bệnh nhân mổ cấp cứu 21,7% so với mổ chủ động 8,7%. Phẫu thuật lấy thai bằng đường rạch dọc thân tử cung chiếm tỷ lệ 69,6%, nhóm mổ chủ động 54,3% cao hơn mổ cấp cứu 15,2% ; đối với những bệnh nhân mổ theo kế hoạch, phẫu thuật viên có đánh giá đầy đủ về các yếu tố của bệnh nhân, đặc biệt là thể RCRL nên chủ động lựa chọn đường rạch dọc thân ngay từ đầu để hạn chế chảy máu (25/32 trường hợp).

Khi mổ RCRL có bóc rau hay không là một câu hỏi còn nhiều bàn cãi. Trong thực tế chúng tôi nhận thấy tùy từng trường hợp cụ thể: RCRL thể bám chặt, bệnh nhân trẻ tuổi, có nhu cầu sinh con nữa thì cố gắng bóc rau bảo tồn tử cung; RCRL vào cơ và RCRL đâm xuyên thì không bóc rau chủ động cắt TC. Vì có một số trường hợp trong thực tế có bóc rau nhưng thất bại phải cắt TC mà không thể hiện ở trong hồ sơ bệnh án.

- Tỷ lệ cắt tử cung 84,8%, không có trường hợp rau cài răng lược và rau đâm xuyên nào mà bảo tồn được tử cung. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Lê Hoài Chương: tỷ lệ cắt tử cung là 82,1% và các trường hợp rau đâm xuyên phải cắt tử cung 100% [6]. Theo Cieminski A cắt tử cung do rau cài răng lược chiếm 48,4% cắt tử cung do rau tiền đạo và chiếm 32,3% tất cả các loại chỉ định cắt tử cung trong sản khoa [8]. Tỷ lệ cắt tử cung do rau cài răng lược trong rau tiền đạo của tác giả Phạm Thị Phương Lan là 57,8% [3].

- Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $2,6 \pm 1,1$. Có đến 80,4% các cuộc phẫu thuật kéo dài từ 2- 4 giờ. Mặt khác, thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào loại rau cài răng lược, loại rau tiền đạo chảy máu, mổ cũ dính, tổn thương các tạng kèm theo, kháng chế chảy máu khi mổ.

- Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,1%

trong đó 34,8% bệnh nhân phải truyền từ 5 đơn vị khối hồng cầu trở lên. 15/16 trường hợp phải truyền máu > 5 đơn vị khối hồng cầu thuộc nhóm rau tiền đạo trung tâm, 15/16 trường hợp rau cài răng lược trong cơ và đâm xuyên; một trường hợp rau bám thấp kèm theo rau cài răng lược đâm xuyên, 1 trường hợp rau bám chặt trường hợp này chảy máu là do mổ cũ dính. Tác giả Lê Thị Hương cũng đưa ra nhận xét: rau tiền đạo trung tâm và bán trung tâm có nguy cơ mất máu phải truyền máu cao gấp 2,5 lần so với rau bám mép và rau bám thấp [7]. Cả 5 bệnh nhân không phải truyền máu trong nghiên cứu đều thuộc nhóm rau bám chặt. Theo Wright J. D (2011) thể tích máu mất trong mổ trung bình ở các trường hợp rau cài răng lược là 3000ml [9].

- 9 trường hợp có tai biến phẫu thuật cho mẹ chiếm tỷ lệ 19,6%, chủ yếu tổn thương bàng quang 10,6%, các trường hợp này là do rau đâm xuyên có tổn thương bàng quang trước đó cộng với mổ cũ dính đây là những trường hợp bất khả kháng; ngoài ra còn gặp những trường hợp tổn thương môm cắt 6,7% như môm cắt bị chảy máu, nhiễm trùng đây là những trường hợp thuộc về kỹ thuật mổ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả Lê Hoài Chương tiến hành nghiên cứu xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận tỷ lệ tai biến là 48,7% [6].

- Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai trung bình là $36,9 \pm 3,7$ tuần, tỷ lệ đẻ non <37 tuần: 39,1%, tỷ lệ này của chúng tôi giống với tác giả Lê Thị Hương (37,8%) [7] nhưng thấp hơn Đinh Văn Sinh (40,9%) [4]. Tỷ lệ trẻ sơ sinh < 34 tuần: 8,7%, cân nặng < 2500g là 19,6% trong đó có 2 trường hợp là trẻ đủ tháng; Theo nghiên cứu của Đinh Văn Sinh tỷ lệ cân nặng < 2500g là 30,9% [4]; Theo tác giả Lê Thị Hương tỷ lệ cân nặng < 2500g là 19,5% tương đương như nghiên cứu [7].

5. Kết luận

Rau cài răng lược phối hợp rau tiền đạo 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. Eller, AG, Porter, TF, Soisson, P, Silver, RM. Optimal management strategies for placenta accreta. BJOG 2009; 116: 648.
2. Lê Thị Hương Trà. Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm 2007- 2011. luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2012; Tr 52.
3. Phạm Thị Phương Lan. 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 sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007; tr 74.
4. Đinh Văn Sinh. Nhận xét chẩn đoán và thái độ xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại BVPS TU trong 2 năm 2008 – 2009. Luận văn thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội, 1020; tr. 22- 25.

5. Bạch Cẩm An và CS. Nhận xét một số trường hợp rau cài răng lược xâm lấn bàng quang trên vết mổ cũ. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp tháng 4/ 2011. Chuyên đề Hồ trợ sinh sản - Vô sinh - Sản phụ khoa. 2011; tr. 195 – 201.
6. Lê Hoài Chương. Nghiên cứu xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2010 – 2011. Tạp chí Y học thực hành. 2012; (848), số 11, tr 32.
7. Lê Thị Hương. Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau tiền đạo ở những sản phụ có sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản Thanh Hóa. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
8. Cieminski A, Dlugolecki F. Placenta previa accreta". Ginekol Pol. Dec 2004; 75:9120: 919 – 925.
9. Wright J. D, Pri – Paz S., Herzog T. J. et al. Predictor of massive blood loss in women with placenta accrete". Am J Obstet Gynecol. 2011; 205:38.