

EVALUATION OF THE RESULTS OF UTERUS CONSERVATION SURGERY IN PLACENTA ACCRETAS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2022 - 2023

Tran Quang Hanh, Le Van Hoanh*, Phan The Hieu

Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 07/03/2025

Revised: 29/03/2025; Accepted: 17/04/2025

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women with placenta accreta at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital and comment on the results of diagnosis and uterine preservation surgery in placenta accreta at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2022 - 2023. Subjects and methods of research: Retrospective descriptive study on 33 patients who underwent one-stage uterine conservation surgery due to placenta accreta with a gestational age > 28 weeks at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2022 to December 2023.

Results: Patients admitted to the hospital were mainly asymptomatic (48.5%), 93.9% underwent elective surgery, gestational age at surgery was mainly from 34 to 36 weeks and 6 days (57.5%). The preoperative diagnosis rates of Accreta, Increta and Percreta were 78.8%, 18.2% and 3%, respectively; the intraoperative diagnosis rates were 69.7%, 24.2% and 6.1%, respectively; in addition, the postoperative diagnosis rates by histopathology were 51.5%, 21.2% and 6.1%, respectively. The rate of uterine preservation was successful in 100% of cases. Intraoperative complications: Blood loss was mainly from 500 - 1500ml (60.6%), there was no ureteral injury during surgery, surgery time was mainly from 120 minutes to 180 minutes (63.6%). Postoperative complications: There was no postoperative bleeding. There were 6.1% of mild postoperative infections that were treated with internal medicine. The maternal outcome was 100% survival, healthy upon discharge. The infant outcome was 32/33 healthy babies after treatment in the Neonatal Unit.

Conclusion: Through a study of 33 cases of one-stage uterine preservation surgery in RCRL with a preservation rate of 100% of cases, intraoperative and postoperative complications were very rare, and the results of 100% of healthy cases upon discharge from the hospital demonstrated that one-stage uterine preservation surgery due to placenta accreta is a method of uterine preservation with a high success rate and low complications.

Keywords: Placenta accreta, one-time uterine preservation.

*Corresponding author

Email: drhoanh2sna@gmail.com Phone: (+84) 975895886 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2258>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2022 - 2023

Trần Quang Hanh, Lê Văn Hoàn*, Phan Thế Hiếu

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 29/03/2025; Ngày duyệt đăng: 17/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở sản phụ rau cài răng lược tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và nhận xét kết quả chẩn đoán, phẫu thuật bảo tồn tử cung trong rau cài răng lược tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 33 bệnh nhân bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì do rau cài răng lược có tuổi thai > 28 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

Kết quả: Bệnh nhân nhập viện chủ yếu không có triệu chứng lâm sàng (48,5%), được phẫu thuật chủ động 93,9%, tuổi thai lúc mổ chủ yếu từ 34 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày (57,5%). Tỷ lệ rau cài răng lược thể Accreta, thể Increta và thể Percreta được chẩn đoán trước mổ lần lượt là 78,8%, 18,2% và 3%. Tai biến trong mổ: Tỷ lệ máu mất chủ yếu từ 500 - 1500ml (60,6%), không có tổn thương niệu quản trong mổ, thời gian phẫu thuật chủ yếu từ 120 phút đến 180 phút (63,6%). Tai biến sau mổ: Không có xuất huyết sau mổ. Có 6,1% ca nhiễm khuẩn nhẹ sau mổ xử lý ổn định bằng nội khoa. Kết cục mẹ sống 100%, khỏe mạnh khi xuất viện. Kết cục con có 32/33 trẻ khỏe mạnh sau thời gian điều trị đơn vị Sơ sinh.

Kết luận: Phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì do rau cài răng lược là phương pháp bảo tồn tử cung có tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

Từ khóa: Rau cài răng lược, bảo tồn tử cung một thì.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là tình trạng các gai rau xâm lấn vào lớp cơ tử cung thông qua một khiếm khuyết của lớp màng đệm căn bản, đây là một biến chứng sản khoa trầm trọng đòi hỏi phải tiếp cận đa chuyên khoa để xử trí [1],[2],[3].

Ở Việt Nam, tỷ lệ RCRL ngày càng tăng cùng với sự gia tăng của mổ lấy thai. Tại Bệnh viện Hùng Vương, tỷ lệ RCRL được ghi nhận tăng từ 1/10.000 lên 1/4.762 trường hợp sinh từ năm 1995 đến năm 2011 [5]. Tại Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ RCRL tăng đáng kể qua các năm từ 1/7.000 (1977) lên 1/270 trường hợp sinh (2017), tỷ lệ RCRL tăng gấp 26 lần so với năm 1977, đặc biệt trong MLT nhiều lần [5],[6]. Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, theo Nguyễn Đức Hình, tỷ lệ RCRL ở thai phụ bị rau tiền đạo trên sẹo mổ cũ lấy thai là 2,9% (1989-1990) và 6,4% (1993-1994) [7]. Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2017, theo Nguyễn Liên Phương cùng cộng sự, tỷ lệ RCRL là 0,39% so với tổng số đẻ, gấp ở 91,7%

thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ [8].

Theo hướng dẫn của FIGO 2018, có hai phương pháp xử trí: Mổ lấy thai kèm cắt tử cung và bảo tồn tử cung. Cắt tử cung có tổng lượng máu mất nhiều hơn so với bảo tồn tử cung ($3,625 \pm 2,154$ ml so với 900 ± 754 ml, $p < 0,05$) và nhiều biến chứng đường niệu hơn (25% so với 10%, $p < 0,05$) [3].

Trong những năm gần đây Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã tiếp nhận và xử lý rất nhiều bệnh nhân được chẩn đoán RCRL. Mổ lấy thai trong RCRL là một thách thức lớn trong lâm sàng sản khoa. RCRL gây ra nhiều biến chứng nặng nề trong mổ như chảy máu, cắt tử cung, tổn thương cơ quan lân cận, thậm chí tử vong mẹ và con. Theo các tài liệu y văn, lượng máu mất trung bình khi mổ là 3.000 - 5.000 ml, 90% trường hợp phải truyền máu, trong đó 40% truyền hơn 10 đơn vị hồng cầu lắng và tỷ lệ tử vong mẹ 7% [1],[2]. Trong đó, chỉ định cắt tử

*Tác giả liên hệ

Email: drhoanh2sna@gmail.com Điện thoại: (+84) 975895886 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2258>

cung vẫn chiếm tỉ lệ cao trong các ca phẫu thuật RCRL. Điều này để lại nhiều tâm lý và cả về sức khỏe sinh sản cho người phụ nữ. Hầu hết nguyện vọng của người phụ nữ đều muốn giữ lại tử cung dù có hay không khả năng mang thai trở lại để giúp ổn định tâm lý, nội tiết, sức khỏe tình dục và nâng cao chất lượng cuộc sống. Hiểu rõ điều đó, đối với các ca rau cài răng lược, chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì, bước đầu đã có những kết quả rất tốt.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì do RCRL có tuổi thai > 28 tuần tại Khoa Sản Bệnh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Bệnh nhân được chẩn đoán trước hoặc trong phẫu thuật là RCRL.

+ Bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai chủ động hay mổ cấp cứu do RCRL.

+ Tuổi thai > 28 tuần được phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì.

+ Giải phẫu bệnh sau mổ là RCRL.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Các trường hợp RCRL được phẫu thuật bảo tồn một thì nhưng hồ sơ không đủ thông tin hoặc không tìm được hồ sơ bệnh án.

+ Các trường hợp RCRL được phẫu thuật bảo tồn một thì nhưng không gửi giải phẫu bệnh hoặc có gửi giải phẫu bệnh nhưng giải phẫu bệnh không đọc được kết quả.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: toàn bộ các trường hợp RCRL thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi đã chọn được 33 trường hợp nghiên cứu.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm về dịch tễ: tuổi mẹ, tiền căn mổ lấy thai

- Đặc điểm lâm sàng trước mổ: tuổi thai...

- Kỹ thuật mổ và tai biến: mất máu, tổn thương niệu quản...

- Đặc điểm và biến chứng sau mổ: xuất huyết, nhiễm

trùng...

- Kết cục sau mổ

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học của Bộ Y tế, được hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thông qua.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và được giải thích rõ về mục đích, nội dung, ý nghĩa của nghiên cứu.

Mọi thông tin cá nhân của đối tượng bệnh nhân được bảo mật.

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Dịch tễ

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ	33,2±2,5 tuổi (*)	
< 35 tuổi	18	54,5
≥ 35 tuổi	15	45,5
Tiền căn mổ lấy thai		
Không	2	6
1 lần	18	54,5
2 lần	12	36,4
3 lần	1	3,1

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẹ là 33,2±2,5 tuổi. Đa số có tiền căn mổ lấy thai 1 lần chiếm 54,5%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng trước mổ của đối tượng nghiên cứu

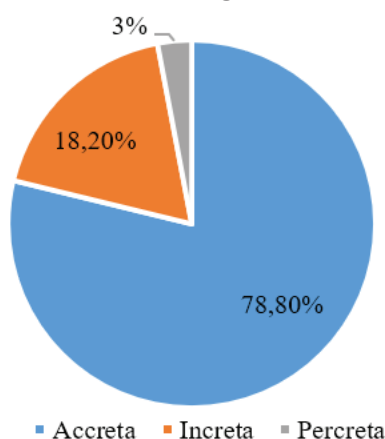
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước mổ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Chỉ định mổ		
Chủ động	31	93,9
Cấp cứu	2	6,1
Tuổi thai lúc mổ		
28 tuần 0 ngày – 33 tuần 6 ngày	2	6,1
34 tuần 0 ngày – 36 tuần 6 ngày	19	57,5
≥ 37 tuần 0 ngày	12	36,4

Nhận xét: Chỉ định mổ chủ động chiếm 93,9%, tuổi thai lúc mổ chủ yếu lúc 34 tuần 0 ngày – 36 tuần 6 ngày chiếm 57,5%.

3.2. Chẩn đoán và hiệu quả điều trị rau cải răng lược

3.2.1. Chẩn đoán rau cải răng lược trên siêu âm



Biểu đồ 1

Nhận xét: Trên siêu âm, có 26/33 trường hợp được chẩn đoán rau cải răng lược thể Accreta (78,8%). Có 18,2% trường hợp thuộc thể Increta. Có 1 trường hợp được chẩn đoán thể Percreta

3.2.2. Đánh giá rau cải răng lược trong phẫu thuật

Bảng 3. Đánh giá RCRL trong phẫu thuật

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Đánh giá thể RCRL khi mổ		
Accreta	23	69,7
Increta	8	24,2
Percreta	2	6,1
Xâm lấn cơ quan xung quanh		
Xâm lấn bàng quang	1	3
Xâm lấn dây chằng rộng	0	0
Xâm lấn vách chậu	0	0
Xâm lấn trực tràng	0	0

Nhận xét: Thể RCRL xác định khi mổ nhiều nhất là Accreta (69,7%), kế đến là increta (24,2%), chỉ có 2 trường hợp là RCRL thể Increta (6,1%). Có 1 trường hợp (3%) xâm lấn bàng quang. Không có trường hợp nào xâm lấn dây chằng rộng, vách chậu, trực tràng.

3.2.3. Kỹ thuật mổ và tai biến

Bảng 4. Kỹ thuật mổ và tai biến

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Máu mất		
< 500 ml	8	24,2
Độ I, II (từ 500 - <1.500 ml)	20	60,6
Độ III, IV (từ 1.500 - <3.000 ml)	5	15,2
> 3.000 ml	0	0

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tai biến trong lúc mổ		
Không	33	100
Tổn thương niệu quản	0	0
Thời gian phẫu thuật		
< 120 phút	10	30,3
120 - 180 phút	21	63,6
>180 phút	2	6,1

Nhận xét: Nhóm máu mất độ I, độ II (từ 500 – < 1.500 ml) chiếm nhiều nhất (60,6%), kế đến là nhóm máu mất <500ml chiếm 24,2 %, nhóm máu mất độ III, IV chiếm 15,2%, và không có trường hợp nào mất máu > 3.000 ml. Không có trường hợp nào tổn thương niệu quản trong lúc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là $135 \pm 31,8$ phút, ít nhất là 60 phút và nhiều nhất là 210 phút. Nhóm thời gian phẫu thuật từ 120 – 180 phút chiếm tỉ lệ cao nhất (63,6%).

3.2.4. Đặc điểm và biến chứng sau mổ

Bảng 5. Đặc điểm và biến chứng sau mổ

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Xuất huyết sau mổ		
Không	33	100
Có - PT bảo tồn TC	0	0
Có - PT cắt TC	0	0
Nhiễm trùng hậu phẫu		
Không	31	93,9
Có - Điều trị nội thành công	2	6,1
Có - PT cắt TC	0	0
Thời gian hậu phẫu		
<7 ngày	15	45,4
Từ 7 đến < 14 ngày	17	51,6
> 14 ngày	1	3

Nhận xét: Không có đối tượng nào xuất huyết sau mổ. 2 đối tượng bị nhiễm trùng hậu phẫu, chiếm 6,1%, trong đó cả 2 đối tượng điều trị nội thành công.

3.2.5. Kết cục sau mổ

Bảng 6. Kết cục mẹ

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Bảo tồn tử cung một thì thành công		
Thành công	33	100
Thất bại	0	0
Kết cục mẹ		
Sống	33	100
Tử vong	0	0
Bệnh nặng xuất viện	0	0

Nhận xét: Có 33/33 đối tượng tham gia nghiên cứu được phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì thành công (100%). Tất cả các trường hợp tham gia nghiên cứu đều xuất viện ổn, không có trường hợp nào tử vong hay bệnh nặng xuất viện.

Bảng 7. Kết cục con

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Cân nặng con		
Từ 1000 - < 1500 gam	2	6,1%
>1500 - < 2500 gam	8	24,2%
> 2500 gam	23	69,7%
Nhập đơn vị điều trị sơ sinh		
Không	0	0%
Có	33	100%
Chuyển viện ngay sau sinh	0	0%
Tình trạng con khi xuất viện		
Sống	32	97%
Chuyển viện	1	3%
Bệnh nặng xuất viện	0	0%
Tử vong	0	0%

Nhận xét: Có 33 trẻ được sinh ra. Tất cả đều được nhập khoa sơ sinh theo dõi. Về cân nặng trẻ, có 23/33 trẻ đạt cân nặng trên 2500 gam, chiếm tỉ lệ 69,7%. Có 2 trẻ sinh nhẹ hơn 1500gr. Có 32/33 trẻ được xuất viện khỏe mạnh, chỉ có 1 trẻ phải chuyển tuyến trên chiếm 3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về dịch tễ

Tuổi của đối tượng nghiên cứu: Theo nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 33,2 $\pm$ 2,5 tuổi. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Xuân Trang năm 2019 tại Bệnh viện Từ Dũ với độ tuổi trung bình là 32,78 tuổi, trong đó nhóm tuổi < 35 tuổi cũng chiếm tỉ lệ lớn hơn (60%) [9]. Nghiên cứu của Lê Thị Năm năm 2022 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cho biết độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân này là 31,7 tuổi [10].

Tiền căn sẹo mổ cũ trên tử cung

Bảng 1 cho thấy sản phụ đã từng mổ lấy thai 1 lần chiếm tỉ lệ lớn nhất (54,5%), có 2 trường hợp RCRL mà không có sẹo mổ cũ chiếm 6%. Nhìn chung các nghiên cứu đều chỉ ra rằng sẹo mổ cũ lấy thai là một trong các nguy cơ gây nên rau cài răng lược.

4.2. Đặc điểm lâm sàng trước mổ

Chỉ định mổ và tuổi thai lúc mổ

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ mổ chủ động lên tới 93,9%, có 6,1% trường hợp phải mổ cấp cứu vì bệnh nhân có dấu hiệu chuyển dạ hoặc ra máu nhiều cần xử lý ngay. Có thể thấy dù ở bất cứ tuyến nào, bệnh viện nào, rau cài răng lược được ưu tiên mổ chủ động để đảm bảo an toàn nhất cho mẹ và bé. Tuổi thai lúc mổ chúng tôi ghi nhận chủ yếu từ 34 đến 36 tuần 6 ngày (57,5%).

4.3. Chẩn đoán rau cài răng lược trên siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp RCRL đều được phát hiện trên siêu âm. Theo biểu đồ 1, có 26/33 trường hợp được chẩn đoán rau cài răng lược thể Accreta (78,8%), 18,2% trường hợp thuộc thể Increta. Có 1 trường hợp được chẩn đoán thể Percreta. Nghiên cứu của chúng tôi khác với của tác giả Phạm Thị Thu Trang khi tỉ lệ thể Accreta là 21,6%, Increta và Percreta đều chiếm 36,9% [9]. Thể Percreta là một thể rất nặng trong RCRL. Hầu như với thể này, đối với bệnh nhân đã đủ con, sẽ xử lý cắt tử cung. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, với các trường hợp được bảo tồn tử cung, sẽ chủ yếu gặp các trường hợp thể nhẹ nhất là Accreta. Tuy nhiên nếu nghiên cứu đối tượng là RCRL chung, tỉ lệ các thể này sẽ có sự thay đổi.

4.4. Đánh giá rau cài răng lược trong phẫu thuật

Đánh giá thể RCRL khi mổ và sự xâm lấn

Theo bảng 3, thể RCRL xác định khi mổ nhiều nhất là Accreta (69,7%), kế đến là Increta (24,2%), chỉ có 2 trường hợp là RCRL thể Percreta (6,1%). Có 1 trường hợp (3%) xâm lấn bàng quang. Không có trường hợp nào xâm lấn dây chằng rộng, vách chậu, trực tràng. Kết quả này phù hợp với chẩn đoán bằng hình ảnh học trước phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần khác so với tác giả Phạm Thị Thu Trang tại Bệnh viện Từ Dũ khi tác giả này đưa ra kết quả trong mổ chủ yếu là thể Percreta chiếm 61,9%, thể Accreta chiếm tỉ lệ nhỏ 1,5% [9].

4.5. Tai biến trong phẫu thuật

Mất máu trong phẫu thuật

Theo như bảng 4, lượng máu mất trong phẫu thuật RCRL chủ yếu mức độ từ 500-1500ml, chiếm 60,6%. Theo tác giả Lê Thị Năm, lượng máu mất trung bình khoảng 1166 $\pm$ 785,48ml [10], nằm trong khoảng hay gặp của chúng tôi. Hay như nghiên cứu của Phạm Thị Thu Trang, lượng máu mất nhiều nhất cũng chủ yếu thuộc nhóm từ 500-1500ml với tỉ lệ 66,2% [9]. Có thể thấy, dù ở bất cứ bệnh viện nào, chảy máu trong RCRL không thể tránh khỏi, chủ yếu là các biện pháp cầm được máu, để đảm bảo an toàn để bảo tồn tử cung.

Tai biến trong mổ

Trong phẫu thuật 33 trường hợp RCRL, chúng tôi không ghi nhận trường hợp tổn thương niệu quản nào. Rõ ràng

có thể giải thích điều này khi bảo tồn tử cung hạn chế tối đa được biến chứng này, do niệu quản nằm ở nền dây chằng rộng, rất dễ tổn thương đặc biệt trong các trường hợp cắt tử cung. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Phạm Thị Thu Trang khi tỉ lệ này cũng đạt tỉ lệ cao, 98,5% không bị tai biến niệu quản [9].

Thời gian phẫu thuật

Phẫu thuật RCRL là một phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi kinh nghiệm phẫu thuật viên rất cao, và thời gian phẫu thuật tương đối dài. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian các ca này chủ yếu từ 120-180 phút, với tỉ lệ 63,6%. Có 2 ca phẫu thuật hơn 180 phút, đây là 2 ca thuộc thể Percreta tương đối khó nên cần thời gian xử lý dài hơn.

4.6. Đặc điểm và biến chứng sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có ca nào bị xuất huyết phải mổ lại. So với tác giả Phạm Thị Thu Trang, có 2 ca (3%) bị xuất huyết phải mổ lại [9].

Có 2 ca bị nhiễm trùng sau mổ (chiếm 6,1%), chủ yếu liên quan đến vết mổ thành bụng, tuy nhiên điều trị nội khoa ổn định sau mổ, không cần phải làm lại thành bụng. So với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Trang, chúng tôi có tỉ lệ nhiễm trùng thấp hơn và nhẹ nhàng hơn khi tác giả này đưa ra 4 ca nhiễm khuẩn, với 2 ca phải mổ lại để cắt tử cung [9].

4.7. Kết cục sau mổ

Kết cục mẹ

Trong 33 đối tượng nghiên cứu, 100% ca được chúng tôi bảo tồn tử cung thành công. Đây là thành công bước đầu, giúp chúng tôi tiến tới điều trị các ca phức tạp hơn. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Trang khi tỉ lệ này đạt 93,8% số ca [9]. Nghiên cứu của tác giả này chủ yếu các ca nặng, nên tỉ lệ thấp hơn của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng tham gia nghiên cứu đều xuất viện ổn, không có trường hợp nào tử vong hay bệnh nặng xuất viện, kết quả này cũng giống nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn tử cung khác.

Kết cục con

Trong nghiên cứu 33 sản phụ RCRL, có 33 trẻ được sinh ra. Tất cả đều được nhập khoa sơ sinh theo dõi.

Về cân nặng trẻ, có 23/33 trẻ đạt cân nặng trên 2500 gam, chiếm tỉ lệ 69,7%. Có 2 trẻ sinh nhẹ hơn 1500 gam. Theo Phạm Thị Thu Trang, cân nặng trẻ chủ yếu từ 1500- 2500 gam, với tỉ lệ 53,9% [9]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cân nặng em bé cao hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi tuổi thai em bé sinh ra cũng cao hơn tác giả Phạm Thị Thu Trang.

Trong 33 trường hợp nhập viện khoa sơ sinh, thời gian nằm viện là 5,5 ngày (dao động từ 3,25 đến 9,99 ngày). Cân nặng thai, chỉ số Apgar, phương thức thở sau sinh, thời gian nằm viện của trẻ đều phụ thuộc vào tuần thai

chấm dứt thai kỳ, do vậy kết cục của con chủ yếu là hậu quả của thai non tháng. Tuổi thai chấm dứt thai kỳ sẽ quyết định kết cục của con, do vậy cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích cho cả mẹ và con để chủ động thời điểm chấm dứt thai kỳ hết sức quan trọng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì do rau cài răng lược là phương pháp bảo tồn tử cung có tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] ACOG (2012) "Committee opinion no. 529: placenta accreta". Obstetrics and gynecology, 120 (1), 207.
- [2] O'brien John M, Barton John R, Donaldson Elvis S (1996) "The management of placenta percreta: conservative and operative strategies". American journal of obstetrics and gynecology, 175 (6), 1632-1638.
- [3] Amsalem Hagai, Kingdom John CP, Farine Dan, Allen Lisa, Yinon Yoav, D'Souza Donna L, et al. (2011) "Planned caesarean hysterectomy versus "conserving" caesarean section in patients with placenta accreta". Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 33 (10), 1005-1010.
- [4] ACOG (2018) "Obstetric Care Consensus No. 7 Summary: Placenta Accreta Spectrum". Obstetrics & Gynecology: December 2018 - Volume 132 - Issue 6 - p 1519-1521.
- [5] Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2012) "Rau cài răng lược trên Rau tiền đạo có vết mổ cũ lấy thai". Y học thực hành. Tập 16 - số 2.
- [6] Lê Thị Thu Hà (2013) Kết quả thai kỳ các trường hợp rau cài răng lược và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ từ 06/2012 đến 06/2013.
- [7] Nguyễn Đức Hình (1999) "So sánh mổ lấy thai vì RTĐ ở 2 giai đoạn 1989-1990 và 1993-1994 tại BVBMSTSS". Tạp chí thông tin y dược, Số đặc biệt chuyên đề Sản phụ khoa (12/1999).1999:107-111.
- [8] Nguyễn Liên Phương, Trần Danh Cường, Vũ Bá Quyết (2017), "Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm". Tạp chí phụ sản, tập 16 số 1 (2018).
- [9] Phạm Thị Xuân Trang (2019) "Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật bảo tồn tử cung một thì trong nhau cài răng lược tại Bệnh viện Từ Dũ". Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [10] Lê Thị Năm (2022) "Nghiên cứu các trường hợp bảo tồn tử cung trong mổ lấy thai bệnh lý rau cài răng lược tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội". Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.