

NHẬN XÉT KẾT QUẢ MỔ LẤY THAI TRÊN CÁC TRƯỜNG HỢP MỔ ĐẼ CŨ CÓ RAU TIỀN ĐẠO CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2021

ĐỖ KHẮC HUỖNH, ĐINH THÚY LINH
VƯƠNG ĐỨC HINH, VƯƠNG TOÀN THẮNG
NGUYỄN KHẮC HƯNG, MAI TRỌNG HƯNG
Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

TÓM TẮT

Rau cài răng lược là sự xâm nhập bất thường của nguyên bào nuôi của một phần hoặc toàn bộ rau thai vào cơ tử cung. Hiện nay, phẫu thuật mổ đẻ trong RCRL là một trong những phẫu thuật khó nhất của sản khoa. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được đưa ra nhằm giảm tình trạng mất máu cũng như các tai biến trong quá trình phẫu thuật.

Mục tiêu: Nhận xét kết quả mổ lấy thai trên các trường hợp mổ đẻ cũ có rau tiền đạo cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. 20 thai phụ có tiền sử mổ đẻ cũ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược, được phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021.

Kết quả: 20/20 trường hợp được chẩn đoán RCRL trước sinh qua siêu âm. Các trường hợp này đều có chụp MRI trước mổ trong đó có 1 trường hợp MRI chẩn đoán không có RCRL. 13/20 trường hợp bảo tồn tử cung thành công, sử dụng các đường khâu vết liên tục diện rau

bám cầm máu. 7/20 trường hợp chủ động cắt tử cung bán phần.

Kết luận: Chiến lược phẫu thuật trong RCRL cần được cá thể hoá theo từng bệnh nhân. Việc sử dụng đường khâu vết cầm máu diện rau bám đã có ý nghĩa lớn trong kiểm soát chảy máu, bảo tồn tử cung ở các trường hợp này.

Từ khoá: Rau cài răng lược, rau tiền đạo, bảo tồn tử cung.

SUMMARY

Background: Placenta accreta spectrum refer to an abnormal infiltration of trophoblasts of part or all of the placenta into the myometrium. To date, cesarean section in the presence of placenta accreta is one of the most challenging interventions in obstetrics. Many surgical methods have been proposed to reduce blood loss as well as complications during surgery.

Objectives: To evaluate the results of cesarean section in case of placenta accreta at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive study. We retrospectively reviewed 20 pregnant women with placenta accreta who had cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2021.

Results: 20/10 cases were antenatally diagnosed the placenta accreta by ultrasound. 20/20 cases had preoperative MRI, in which 1

Chịu trách nhiệm: Đinh Thúy Linh
Email: drdinhlinhobgyn@gmail.com
Ngày nhận: 25/9/2021
Ngày phản biện: 27/10/2021
Ngày duyệt bài: 18/11/2021

case was concluded without placenta accreta. The uterus of 13/20 cases were successfully preserved by using intrauterine continuous suture for hemostasis. We took initiative to perform partial hysterectomy in 7/20 cases.

Conclusions: Surgical strategies for placenta accreta need to be individualized. The use of intrauterine continuous suture for hemostasis in the presence of placenta accreta has shown a good significance in bleeding controls and uterus preservation in these cases.

Keywords: Placenta accreta, placenta previa, uterus preservation

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) được định nghĩa là sự xâm nhập bất thường của nguyên bào nuôi của một phần hoặc toàn bộ rau thai vào cơ tử cung [1,2]. Các nghiên cứu quan sát từ những năm 1970 và 1980 đã thống kê tỷ lệ rau cài răng lược là từ 1/2510 đến 1/4017, trong khi đó từ năm 1982 đến 2002, tỷ lệ này vào khoảng 1/533 [3,4]. Một nghiên cứu năm 2016 cho thấy tỷ lệ rau cài răng lược nói chung tại Hoa Kỳ là 1/272, cao hơn bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố [5]. Tỷ lệ rau cài răng lược ngày càng tăng trong bốn thập kỷ qua có thể là do sự thay đổi của các yếu tố nguy cơ, đáng chú ý nhất là tỷ lệ mổ lấy thai ngày một tăng. Một số yếu tố khác làm tăng nguy cơ RCRL bao gồm tình trạng rau tiền đạo, tuổi mẹ cao, sinh nhiều con, phẫu thuật hoặc thủ thuật nạo buồng tử cung, và hội chứng Asher-man [3] [6] [7]. RCRL xảy ra ở 3% phụ nữ có rau tiền đạo mà không có tiền sử mổ lấy thai. Trong trường hợp rau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai, tỷ lệ RCRL lần lượt là 3%, 11%, 40%, 61% và 67% đối với lần sinh mổ thứ nhất, thứ hai, thứ ba, thứ tư và thứ năm trở lên [4].

Hiện nay, phẫu thuật mổ đẻ trong các trường hợp RCRL là một trong những phẫu thuật khó nhất của sản khoa và thai phụ đối

diện với nhiều nguy cơ trong đó có nguy cơ tử vong. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được đưa ra nhằm giảm thiểu tình trạng mất máu trong phẫu thuật và giảm thiểu các tai biến trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên, hiện nay chưa có khuyến cáo về cách tiếp cận phẫu thuật tối ưu trong RCRL [8,9]. Các phương pháp phẫu thuật được ứng dụng thường được cá thể hóa cho từng bệnh nhân, ê kíp phẫu thuật và các nguồn lực sẵn có tại bệnh viện [10]. Chỉ định cắt tử cung thường được đặt ra trong các trường hợp bệnh nhân đã đủ con, tuổi cao hay tình trạng chảy máu nhiều trong phẫu thuật. Tuy nhiên, những trường hợp thai phụ còn trẻ, chưa đủ con thì vấn đề bảo tồn tử cung nên được đặt ra. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, những năm trước đây, đa số các trường hợp RCRL có vết mổ đẻ cũ đều có chỉ định cắt tử cung bán phần trong mổ đẻ do tính chất nguy hiểm của bệnh. Tuy nhiên, từ năm 2021, sự thay đổi trong chiến lược phẫu thuật đã giúp bảo tồn tử cung ở đa số các trường hợp RCRL.

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét kết quả mổ lấy thai ở thai phụ mổ đẻ cũ có rau tiền đạo cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

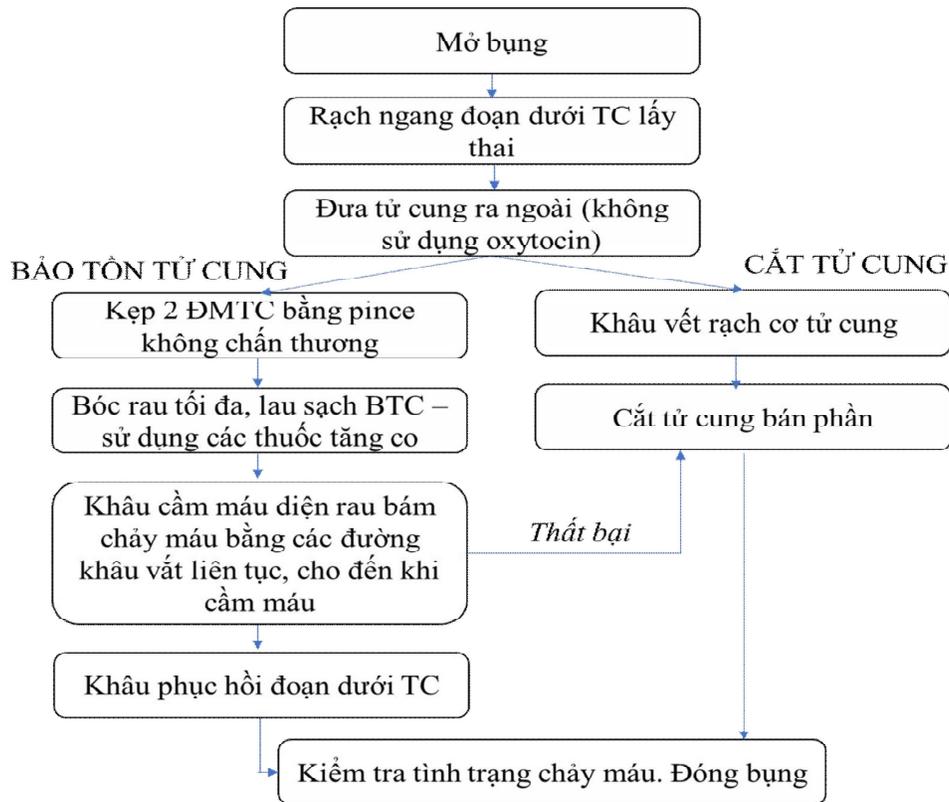
2. Đối tượng nghiên cứu

20 thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược được phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021.

3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm của bệnh nhân bao gồm tuổi, số mang thai trước đó, số lần mổ lấy thai trước đó, cách thức phẫu thuật, trọng lượng cơ thể trẻ sơ sinh, Apgar trẻ sau sinh, phân độ previa, tổng lượng máu mất và tổng lượng máu truyền. Ước tính định lượng để ước tính kết quả lâm sàng.

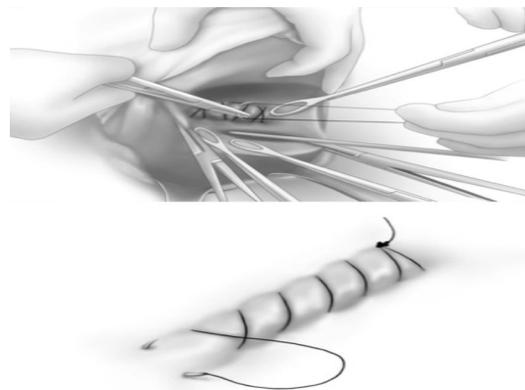
4. Phương pháp phẫu thuật được thực hiện theo các bước



Hình 1. Sơ đồ các bước phẫu thuật

Các trường hợp cắt tử cung chủ động được đặt ra trong trường hợp thai phụ có kết hợp nhiều yếu tố như lớn tuổi, đã có từ 2 lần sinh mổ trở lên, hình ảnh RCRL nhiều được chẩn đoán qua siêu âm, MRI trước sinh và đánh giá bằng quan sát trước khi lấy thai. Các trường hợp khác chỉ định bảo tồn tử cung, trong trường hợp bảo tồn tử cung thất bại, khó khăn trong kiểm soát tình trạng chảy máu sẽ có chỉ định cắt tử cung bán phần.

Sử dụng chỉ Vicryl 1 - 0 cho các đường khâu vắt cầm máu diện rau bám được. Đường khâu được thực hiện liên tục từ ống cổ tử cung đến hết đoạn dưới tử cung theo một hướng. Các đường khâu vắt có thể được thực hiện nhiều lần cho đến khi kiểm soát được tình trạng chảy máu.



Hình 2. Minh hoạ đường khâu vắt cầm máu diện rau bám

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

20 trường hợp RCRL đều được chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm với các dấu hiệu trên siêu âm như nhiều vị trí khuyến trong bánh rau,

hình ảnh mắt liên tục đường phức tạp bang quang, mắt khoảng sáng sau rau, hình ảnh mạch máu bất thường đâm xuyên qua cơ tử cung, thành tử cung bị đẩy lùi vào bàng quang,... Hiện nay, siêu âm vẫn là phương tiện chẩn đoán RCRL có độ nhạy cao^{[1] [3]}. 20/20 trường hợp trong nghiên cứu đều được chẩn đoán RCRL chính xác qua siêu âm trước sinh. Trong 20 trường hợp có chụp MRI trước mổ có 19/20 trường hợp chẩn đoán RCRL trong đấy có 7 trường hợp RCRL đâm xuyên qua cơ tử cung xâm lấn bàng quang; 12 trường hợp RCRL xâm lấn cơ tử cung. Một trường hợp trên siêu âm chẩn đoán RCRL nhưng MRI cho kết quả rau tiền đạo không cài răng lược. Khi phẫu thuật xác định trường hợp này có RCRL nhưng mức độ cài ít. Đây cũng là trường hợp có lượng máu mất trong mổ ít nhất (400ml).

20/20 trường hợp đều có Apgar 8-9 ở thời điểm 1 phút và 5 phút sau sinh.

Trong 20 trường hợp mổ lấy thai trên bệnh nhân rau tiền đạo cài răng lược, có 13 trường hợp bảo tồn tử cung, 7 trường hợp cắt tử cung bán phần. Trong 7 trường hợp cắt tử cung bán phần, có 4 trường hợp thai phụ tuổi > 35 tuổi (chiếm 57,1%), 6/7 trường hợp (85,7%) có tiền sử mổ cũ 2 lần, chỉ có 1 trường hợp tiền sử mổ đẻ cũ 1 lần. Trong khi trong 13 trường hợp bảo tồn tử cung, chỉ có 2 trường hợp > 35 tuổi (chiếm 15,4%). 6/13 trường hợp bảo tồn tử cung có tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên, tuy nhiên các bệnh nhân này đều dưới 35 tuổi, vì vậy quyết định bảo tồn tử cung vẫn được đặt ra trong các trường hợp này. Như vậy quyết định bảo tồn hay cắt tử cung ngoài phụ thuộc vào đánh giá của phẫu thuật viên về khả năng bảo tồn tử cung ngay trong cuộc mổ còn phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân, số con khoẻ mạnh đã có và mức độ nghiêm trọng của tình trạng RCRL được đánh giá trước phẫu thuật qua siêu âm và MRI. Với các trường hợp thai phụ tuổi cao, tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên, tình trạng RCRL có đâm xuyên qua cơ tử cung, xâm lấn bàng quang và mức độ xâm lấn bàng quang nhiều thì chỉ định cắt tử cung thường được đặt ra ngay khi nhận định tình trạng RCRL trong cuộc mổ. 7 trường hợp chỉ định cắt tử cung chủ động, không có trường hợp nào do bảo tồn thất bại phải chuyển cắt tử cung. 13 trường hợp bảo tồn tử cung đều sử dụng đường khâu vết diện rau bám để cầm máu và đều có hiệu quả rõ rệt. Hiện nay tình trạng chảy máu ồ ạt sau khi bóc rau ở các trường hợp RCRL vẫn là thách thức nhất mà phẫu thuật

viên phải xử trí. Mặc dù có rất nhiều biện pháp xử trí bảo tồn khác như ép tử cung bằng hai tay, chèn bóng, thuốc co hồi tử cung,... nhưng không hiệu quả để kiểm soát tình trạng chảy máu ồ ạt ở nhóm bệnh nhân này do đoạn dưới tử cung co bóp không hiệu quả so với thân tử cung. Do đó, xử trí phẫu thuật tích cực như cắt tử cung để cứu sống bệnh nhân là cần thiết.

Nhiều nghiên cứu đã mô tả các phương pháp để kiểm soát tình trạng chảy máu và bảo tồn tử cung như khâu B-Lynch, và B-Lynch sửa đổi hay sử dụng đường khâu vắt liên tục ở diện rau bám như trong báo cáo của chúng tôi. Trong số 13 bệnh nhân bảo tồn tử cung, lượng máu mất trung bình khoảng 1000ml, trường hợp mất máu ít nhất là 400ml, trường hợp mất máu nhiều nhất là 2700ml, không có trường hợp nào tổn thương tạng. Trong 7 trường hợp cắt tử cung, lượng máu mất trung bình là 1200ml, một phần do các trường hợp này có chẩn đoán trước sinh mức độ RCRL nghiêm trọng, xâm lấn nhiều, tử cung dính vào thành bụng. Tuy nhiên, chỉ có một trường hợp thủng bàng quang.

Việc thực hiện đường khâu vắt liên tục trong tử cung có một số ưu điểm như thời gian thực hiện nhanh, không cần xác định chính xác trọng tâm chảy máu và kỹ thuật đơn giản. Kỹ thuật này cũng đã được mô tả trong nhiều nghiên cứu trên thế giới trong đấy có tác giả Jung Min Ryu năm 2018 tổng kết trên 277 bệnh nhân RCRL đã cho thấy nhóm bệnh nhân sử dụng đường khâu vắt trong tử cung có lượng máu mất thấp hơn nhóm bệnh nhân sử dụng các phương pháp cầm máu khác^[11]. Trong những năm trước đây, đa số các trường hợp RCRL có tiền sử mổ đẻ cũ đều có chỉ định cắt tử cung bán phần trong mổ lấy thai. Bảo tồn tử cung mới được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ cuối năm 2020 và việc sử dụng kỹ thuật khâu vắt trong tử cung đã cho thấy kết quả ban đầu khả quan. Mặc dù số lượng bệnh nhân còn hạn chế, cần một tổng kết với số lượng bệnh nhân lớn hơn trong thời gian tới để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật bảo tồn tử cung trong các trường hợp RCRL.

KẾT LUẬN

Chiến lược phẫu thuật trong các trường hợp RCRL cần được cá thể hoá theo từng bệnh nhân. Tuy nhiên có thể thấy việc sử dụng đường khâu vắt cầm máu diện rau bám đã có ý nghĩa lớn trong việc kiểm soát chảy máu để

bảo tồn tử cung thành công ở các trường hợp rau tiền đạo cài răng lược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takeda S., Takeda J., and Makino S.** (2020). Cesarean Section for Placenta Previa and Placenta Accreta Spectrum. Surg J, 06(S 02), S110 - S121.

2. **Sentilhes L., Kayem G., Chandraran E., et al.** (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management. Int J Gynecol Obstet, 140(3), 291 - 298.

3. **Piñas Carrillo A. and Chandraran E.** (2019). Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure. Womens Health, 15, 174550651987808.

4. **Jauniaux E., Alfirevic Z., Bhide A., et al.** (2019). Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. BJOG Int J Obstet Gynaecol, 126(1), e1 - e48.

5. **Cahill A.G., Beigi R., Heine R.P., et al.** (2018). Placenta Accreta Spectrum. Am J Obstet Gynecol, 219(6), B2 - B16.

6. **Jauniaux E., Hussein A.M., Fox K.A., et al.** (2019). New evidence-based diagnostic and management strategies for placenta accreta

spectrum disorders. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 61, 75 - 88.

7. **Collins S.L., Alemdar B., van Beekhuizen H.J., et al.** (2019). Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta. Am J Obstet Gynecol, 220(6), 511-526.

8. **Mitric C., Desilets J., Balayla J., et al.** (2019). Surgical Management of the Placenta Accreta Spectrum: An Institutional Experience. J Obstet Gynaecol Can, 41(11), 1551 - 1557.

9. **Huang G., Wang X., Yu H., et al** (2019). A new surgical technique “cervical internal os plasty” in cesarean delivery for placenta previa accreta: A case-control study. Medicine (Baltimore), 98(9), e14488.

10. **Kingdom J.C., Hobson S.R., Murji A., et al.** (2020). Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for placenta previa with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020. Am J Obstet Gynecol, 223(3), 322 - 329.

11. **Ryu J.M., Choi Y.S., and Bae J.Y.** (2019). Bleeding control using intrauterine continuous running suture during cesarean section in pregnant women with placenta previa. Arch Gynecol Obstet, 299(1), 135 - 139.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ CÁC TỔN THƯƠNG NÃO SAU CAN THIỆP BẰNG LASER QUANG ĐỒNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG ỔI CHO HỘI CHỨNG TRUYỀN MÁU SONG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

**NGUYỄN DUY ÁNH,
NGUYỄN KHẮC HƯNG, NGUYỄN THỊ SIM**
Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Những cặp song thai một bánh rau được điều trị bằng phương pháp đồng máu bằng laser quang đồng qua nội soi can thiệp trong buồng ối (FLC) đối với hội chứng truyền máu song thai (TTTS) có nguy cơ tăng suy giảm phát triển thần kinh lâu dài. Mục đích của chúng tôi là đánh giá giá trị bổ sung của hình

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Hưng

Email: khachungbvps@gmail.com

Ngày nhận: 12/9/2021

Ngày phân biệt: 11/10/2021

Ngày duyệt bài: 26/10/2021