

## 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

Trương Thị Linh Giang<sup>1</sup>, Trần Thị Mỹ Chi<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

doi: 10.46755/vjog.2023.3.1614

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trần Thị Mỹ Chi, email: chi.17y1046@huemed.uni.edu.vn

Nhận bài (received): 20/6/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 12/8/2023.

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ các trường hợp nhau tiền đạo tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

**Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những sản phụ được chẩn đoán xác định nhau tiền đạo bằng siêu âm trước sinh và xác nhận chẩn đoán sau sinh hoặc chẩn đoán nhau tiền đạo sau sinh. Phương pháp nghiên cứu mô tả hoàng loạt ca.

**Kết quả:** Nhau tiền đạo gặp nhiều nhất ở sản phụ có nhóm tuổi từ 35 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 46,9%. Sản phụ có tiền sử mang thai từ 2 lần trở lên chiếm tỷ lệ 65,6%. Đặc điểm lâm sàng: ra máu âm đạo chiếm 65,6%; ngôi bất thường chiếm 15,6%. Nhau tiền đạo trung tâm chiếm 59,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 93,8%. Tuổi thai chấm dứt thai kỳ trung bình là 37,25 tuần. Thời gian nằm viện trung bình 12,19 ngày.

**Kết luận:** Chảy máu âm đạo là triệu chứng phổ biến của nhau tiền đạo. Tuổi thai chấm dứt thai kỳ > 37 tuần làm giảm biến chứng cho trẻ sơ sinh.

**Từ khóa:** nhau tiền đạo, mổ lấy thai.

## The clinical and paraclinical features of placenta previa and to evaluate pregnancy outcomes at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy

Trương Thị Linh Giang<sup>1</sup>, Trần Thị Mỹ Chi<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

**Objectives:** To describe the clinical and paraclinical features of placenta previa and to evaluate pregnancy outcomes at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy

**Methods:** A descriptive study of a series of cases was carried out all of the pregnancies had placenta previa, which was detected by prenatal ultrasound and was confirmed after the delivery or placenta previa detected after delivery.

**Results:** Placenta previa is most prevalent in women above 35 of age, accounting for 46.9% of all cases and 65.6% were multigravidae. Clinical features included vaginal bleeding in 65.6% of all cases, Among them, 15.6% had abnormal presentation, 59.4% had complete placenta previa. 93.8% cases were delivered by cesarean sections. The mean gestational age at delivery was 37.25 weeks. The average length of hospital stay was 12.19 days.

**Conclusion:** Vaginal bleeding is a common symptom of placenta previa. Gestational age at termination of pregnancy > 37 weeks reduces neonatal complications.

**Key words:** placenta previa, Caesarean section.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau tiền đạo (RTĐ) là bánh nhau bám đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung. Đây là nguyên nhân xuất huyết thường gặp nhất trong 3 tháng cuối thai kỳ (khoảng 1/3 trường hợp xuất huyết trước sinh) chiếm 0,5% tổng thai kỳ [1]. Và gây ra một số biến chứng nguy hiểm khác như băng huyết sau sinh, tăng nguy cơ mổ lấy thai, tăng nguy cơ sinh non gấp 3 đến 5 lần. Trong các nghiên cứu tổng quan hệ thống, 52% phụ nữ bị nhau tiền đạo bị chảy máu trước

khi sinh và 22% bị xuất huyết sau sinh [2]. Ngoài ra, nhau tiền đạo là một yếu tố nguy cơ đáng kể của rau cài răng lược. Trong trường hợp nhau tiền đạo có một hoặc nhiều ca mổ lấy thai trước đó, nguy cơ mắc rau cài răng lược tăng lên đáng kể. Đối với những phụ nữ bị nhau tiền đạo, nguy cơ rau cài răng lược 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 [3].

Tỷ lệ hiện mắc nhau tiền đạo gộp chung là khoảng 4 trên 1000 ca sinh nhưng thay đổi trên toàn thế giới. Tỷ

lệ này cao hơn đáng kể ở sản phụ có tiền sử mổ lấy thai trước đó với tỷ lệ tăng từ 10/1000 ca sinh với 1 lần mổ lấy thai trước đó lên 28/1000 với  $\geq 3$  lần mổ lấy thai [4]. Theo nghiên cứu mới của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), sinh mổ tiếp tục gia tăng trên toàn cầu, hiện chiếm hơn 1/5 (21%) tổng số ca sinh. Nghiên cứu cho thấy con số này sẽ tiếp tục tăng trong thập kỷ tới [5]. Điều này đồng nghĩa với tỷ lệ mắc nhau tiền đạo cũng có xu hướng tăng đồng thời có nhiều biến chứng nghiêm trọng cho sản phụ và thai nhi. Đòi hỏi các bác sĩ lâm sàng cần có sự chuẩn bị đầy đủ về chuyên môn để can thiệp kịp thời. Để góp phần cung cấp thêm số liệu trong chẩn đoán và xử trí nhau tiền đạo từ đó tiên lượng và cải thiện tình trạng mẹ và con. Với lý do này, tôi xin nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ các trường hợp nhau tiền đạo tại khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp nhau tiền đạo
2. Đánh giá kết cục thai kỳ các trường hợp nhau tiền đạo tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 sản phụ được chẩn đoán nhau tiền đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ được điều trị tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 1/1/2021 đến 28/2/2023.

#### Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Những sản phụ được chẩn đoán xác định nhau tiền đạo bằng siêu âm trước sinh hoặc chẩn đoán nhau tiền đạo sau sinh.

+ Rau bám thấp: bánh rau bám lan xuống đoạn dưới của tử cung cách lỗ trong cổ tử cung dưới 2cm.

+ Rau bám mép: bờ bánh rau bám sát mép lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn: bánh rau che lấp một phần lỗ trong cổ tử cung.

+ Nhau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh rau che lấp toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

- Tuổi thai > 28 tuần

- Đã được chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai hoặc sinh thường tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

Hồ sơ các sản phụ không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Chẩn đoán trước sinh là nhau tiền đạo nhưng sau sinh không phải nhau tiền đạo.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ 1/1/2021-28/02/2023.

**Nội dung và cách tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu:** tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi về tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng (đánh giá tình trạng, tính chất chảy máu, huyết động) và siêu âm chẩn đoán xác định nhau tiền đạo và các dấu hiệu của rau cài răng lược, chấm dứt thai kỳ bằng sinh thường hoặc mổ lấy thai và đánh giá kết cục thai kỳ bao gồm: băng huyết sau sinh khi lượng máu > 500 ml xảy ra trong 24 giờ sau sinh thường và > 1000 ml sau sinh mổ, phương pháp cầm máu, số lượng đơn vị máu được truyền, xác định tuổi thai lúc sinh dựa vào kỹ kinh cuối hoặc siêu âm quý 1, đánh giá chỉ số apgar 1 phút và 5 phút, đo cân nặng trẻ sơ sinh.

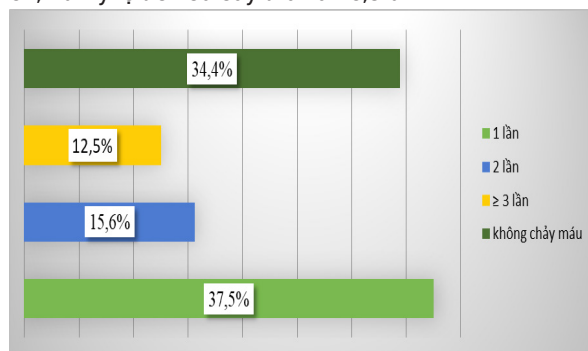
## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

**Bảng 1.** Phân bố tiền sử của sản phụ

Đặc điểm	N = 32	%
<b>Tuổi</b>		
$\geq 35$	15	46,9%
<b>Số lần mang thai</b>		
Con so	4	12,5%
Con rạ	28	87,5%
<b>Số lần mổ lấy thai</b>		
0 lần	21	65,6%
$\geq 1$ lần	11	34,4%
<b>Sẩy thai</b>	14	43,8%

Nhóm tuổi từ 35 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao (46,9%). Tuổi trung bình của sản phụ là  $34,6 \pm 5,0$  tuổi. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử mang thai từ 2 lần trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (65,6%). Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm 34,4%. Tỷ lệ tiền sử sẩy thai là 43,8%.



**Biểu đồ 1.** Phân bố tình trạng chảy máu âm đạo của sản phụ

Có 65,6% số sản phụ có tình trạng chảy máu âm đạo ít nhất 1 lần trong thai kỳ.

**Bảng 2.** Phân bố tuổi thai chảy máu lần đầu

Tuổi thai	Số lượng	Tỷ lệ
< 28 tuần	3	14,3%
28 - 34 tuần	10	47,6%
35 - 37 tuần	6	28,6%
> 37 tuần	2	9,5%
Tổng	21	100%

Tuổi thai trung bình	33 ± 3,5
----------------------	----------

Thời điểm chảy máu âm đạo lần đầu tiên ở tuần thai từ 28-34 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%). Tiếp theo là nhóm tuổi thai 35 - 37 tuần (28,6%). Tuổi thai trung bình là 33 ± 3,5 tuần.

**Bảng 3.** Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm siêu âm	Kết quả N = 32	
<b>Ngôi thai</b>	Ngôi đầu	27 (84%)
	Ngôi bất thường	5 (15,6%)
<b>Loại nhau tiền đạo</b>	Nhau tiền đạo trung tâm	19 (59,4%)
	Nhau tiền đạo bán trung tâm	8 (25%)
	Rau bám thấp	5 (15,6%)

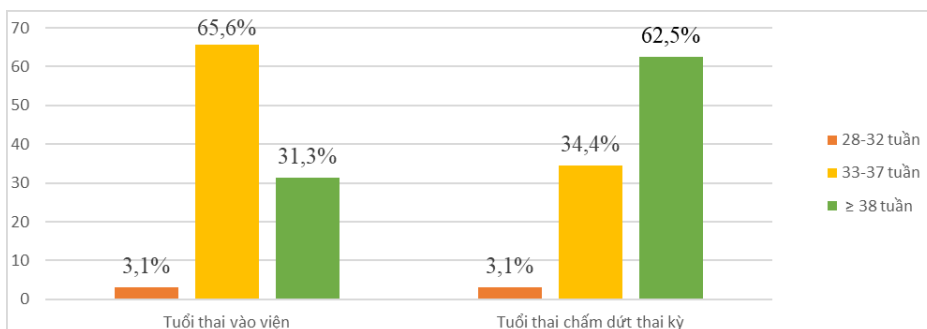
Tỷ lệ ngôi thai là bất thường là 15,6%. Nhau tiền đạo trung tâm chiếm phần lớn đối tượng nhau tiền đạo với tỷ lệ 59,4%, tiếp theo là nhau tiền đạo bán trung tâm (25%), thấp nhất là rau bám thấp (15,6%).

### 3.2. Kết cục thai kỳ.

**Bảng 4.** Phương pháp chấm dứt thai kỳ trong nhau tiền đạo

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Số lượng	Tỷ lệ
Mổ lấy thai	30	93,8%
Sinh thường	2	6,2%
Tổng	32	100%

Tỷ lệ sản phụ nhau tiền đạo chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai là 93,8%.

**Biểu đồ 2.** Phân bố tuổi thai lúc vào viện và lúc sinh

Tỷ lệ tuổi thai lúc vào viện từ 33 - 37 tuần là 65,6%. Tỷ lệ tuổi thai chấm dứt thai kỳ từ 33 - 37 tuần là 34,4%, tuổi thai ≥ 38 tuần có tỷ lệ 62,5% và 3,1% chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai từ 28 - 32 tuần.

**Bảng 5.** Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện Loại nhau tiền đạo	< 7 ngày		≥ 7 ngày		Tổng
	n	%	n	%	
Rau bám thấp	4	80%	1	20%	5
Nhau tiền đạo bán trung tâm	4	50%	4	50%	8
Nhau tiền đạo trung tâm	2	10,5%	17	89,5%	19
Tổng	10	31,2%	22	68,8%	32

Thời gian nằm viện ≥ 7 ngày chiếm tỷ lệ 68.8%. Thời gian nằm viện trung bình là 12,19 ngày. Thời gian nằm viện < 7 ngày ở nhóm nhau tiền đạo trung tâm có tỷ lệ cao nhất 89,5% tiếp theo là nhau tiền đạo bán trung tâm 50% và rau bám thấp 20%; thời gian nằm viện < 7 ngày có phân bố tỷ lệ ngược lại.

**Bảng 6.** Biến chứng của sản phụ và trẻ sơ sinh

Biến chứng	Kết quả N = 32
Tử vong sơ sinh	1 (3,1%)
Cân nặng sơ sinh	
< 2500 gram	6 (18,8%)
≥ 2500 gram	26 (81,2%)
Băng huyết sau sinh	3 (9,4%)
Rau cài răng lược	1 (3,1%)
Truyền máu	3 (9,4%)

Tỷ lệ tử vong 3,1%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500 gram là 18,8%. Cân nặng trung bình là 2843,38 ± 411,61 gram. Tỷ lệ sản phụ có rau cài răng lược kèm theo RTĐ chiếm tỷ lệ 3,1%. Tỷ lệ sản phụ có băng huyết sau sinh chiếm 9,4%.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Theo kết quả bảng 1 tỷ lệ sản phụ mắc nhau tiền đạo ở nhóm tuổi từ 35 tuổi trở lên chiếm 46,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Trâm cao nhất là nhóm tuổi từ 35 trở lên chiếm 50% [6]. Sự liên quan giữa nhau tiền đạo với tuổi sản phụ đã được nhiều tác giả nghiên cứu. Về sinh lý, khi người mẹ lớn tuổi thì chất collagen dần dần được thay lớp cơ bình thường ở thành động mạch tử cung làm xơ hóa, giảm tính đàn hồi của thành mạch. Những tổn thương này làm giảm khả năng thích nghi hệ mạch máu tử cung khi có thai, giảm lưu lượng máu đến bánh rau. Những thay đổi loạn dưỡng ở người lớn tuổi cũng gây thiếu hụt mạch máu đến màng ối. Sự giảm tưới máu và thiếu hụt mạch máu đến màng ối được xem là vai trò quan trọng trong việc gây ra nhau tiền đạo.

Số lần mang thai theo nghiên cứu của chúng tôi là 87,5% sản phụ mang thai từ 1 lần trở lên và số sản phụ chưa mang thai chiếm 12,5%, tỷ lệ sảy thai trước đó là 43,8%. Tỷ lệ nhau tiền đạo cao ở phụ nữ sinh nhiều con có thể là do sẹo nội mạc tử cung tại vị trí bám rau thai trước đó dẫn đến việc làm tổ của rau thai thấp hơn; mặt khác, những thay đổi của mạch máu tại các vị trí bám của rau thai trước đó có thể dẫn đến giảm lưu lượng máu đến tử cung, dẫn đến rau thai lớn hơn lấn vào lỗ cổ tử cung khi mang thai nhiều lần [7]. Vì vậy, trong quản lý

thai sản đối với những đối tượng có tiền sử mang thai nhiều lần nên được thăm khám, siêu âm tầm soát để phát hiện sớm nhau tiền đạo nhằm có kế hoạch chăm sóc thích hợp.

Trong số 32 sản phụ có 34,4% sản phụ từng mổ lấy thai trong đó mổ lấy thai ≥ 2 lần là 9,4%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoàng Mai là 33,7% và 14,3% [8] kết quả này tương đồng với kết quả của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Ensiyeh Jenabi và cộng sự cho thấy phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai thì nguy cơ nhau tiền đạo ở lần mang thai tiếp theo là 1,6 lần [9]. Qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng mổ lấy thai là một yếu tố nguy cơ cao đối với nhau tiền đạo.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 21 sản phụ chảy máu âm đạo trong thai kỳ chiếm 65,6%, chảy máu tái phát từ 2 lần trở lên chiếm 28,1%. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Trâm tỷ lệ chảy máu âm đạo ít nhất 1 lần trong thai kỳ chiếm 68,2% [6] và nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoàng Mai là 63,9% [8] có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Trong 21 sản phụ có chảy máu trong thai kỳ có 47,6% sản phụ xuất hiện chảy máu lần đầu vào tuần thai thứ 28 - 34, 28,6% xuất hiện ở tuần 35 - 37 của thai kỳ. Nghiên cứu này có kết quả tương tự với nghiên cứu của Võ Nhật Quang với 50% sản phụ xuất hiện chảy máu lần đầu vào tuần thai thứ 28 - 34 và 33,3% vào tuần 35 - 37 [10]. So sánh các nghiên cứu cho thấy chảy máu âm đạo chủ yếu xuất hiện vào 3 tháng cuối thai kỳ phù

hợp với đặc điểm bệnh học của nhau tiền đạo.

Theo kết quả bảng 3 có 15,6% ngôi bất thường, kết quả tương tự với nghiên cứu của Bùi Thị Trâm là 13,6% [6]. Tình trạng ngôi bất thường trong nhau tiền đạo là do bánh rau bám và chiếm một thể tích lớn ở đoạn dưới tử cung cản trở sự bình chỉnh của ngôi thai dẫn đến tỷ lệ ngôi bất thường cao ở các đối tượng này. Điều này làm tăng tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai của các sản phụ.

Theo kết quả bảng 3 cho thấy loại nhau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,4% tiếp đến là nhau tiền đạo bán trung tâm 25%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Urmila Kumari và cộng sự có 78,7% trường hợp nhau tiền đạo trung tâm và bán trung tâm [11]. Tuy nhiên, sự phân loại này chỉ mang tính chất tương đối vì nó phụ thuộc vào độ mở cổ tử cung lúc chuyển dạ. Thí dụ nhau tiền đạo bám mép lúc cổ tử cung mở 2 cm có thể trở thành nhau tiền đạo bán trung tâm khi mở 4 cm. Ngược lại, nhau tiền đạo trung tâm lúc cổ tử cung chưa mở có thể trở thành nhau tiền đạo bán trung tâm khi cổ tử cung mở 4 cm. nhau tiền đạo bán trung tâm khi cổ tử cung chưa mở thường khó phân biệt với nhau tiền đạo trung tâm nên có khuynh hướng xếp vào nhau tiền đạo trung tâm. Qua đó cho thấy nhau tiền đạo trung tâm là loại nhau tiền đạo thường gặp nhất, có xu hướng chảy máu nhiều hơn và có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối.

#### 4.2. Kết cục thai kỳ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 93,8% trường hợp mắc nhau tiền đạo được chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai. Kết quả của chúng tôi có sự tương tự với Bùi Thị Trâm tỷ lệ mổ lấy thai là 95,5% [6] và nghiên cứu của Urmila Kumari và cộng sự cho thấy hầu hết bệnh nhân được sinh mổ (96,7%) [11]. Kết quả này là phù hợp với chỉ định chấm dứt thai kỳ ở sản phụ có nhau tiền đạo.

Theo kết quả biểu đồ 4 các sản phụ vào viện có tuổi thai từ 33-37 chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,6% và tuổi thai  $\geq 38$  tuần là 31,3% tuy nhiên thời điểm chấm dứt thai kỳ tuổi thai  $\geq 38$  tuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,5% và từ 33- 37 tuần chiếm 34,4%. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Bùi Thị Trâm lần lượt là 38,6% và 43,2%. So sánh thấy trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tuổi thai  $\geq 38$  cao hơn. Từ đó cho thấy với sự tiến bộ của các phương pháp điều trị nội khoa và trình độ chuyên môn của bác sĩ đã giúp kéo dài thai kỳ đến khi thai đủ trưởng thành.

Theo kết quả bảng 4 tỷ lệ bệnh nhân nằm viện từ 7 ngày trở lên là 68,8% cao hơn tỷ lệ nằm viện dưới 7 ngày là 31,2%. Thời gian nằm viện trung bình là 12,19 ngày, thời gian nằm viện  $\geq 7$  ngày ở nhóm nhau tiền đạo trung tâm có tỷ lệ cao nhất 89,5% tiếp theo là nhau tiền đạo bán trung tâm 50% và rau bám thấp 20%; thời gian nằm viện  $< 7$  ngày có phân bố tỷ lệ ngược lại. nhau tiền đạo trung tâm có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối và nguy cơ chảy máu trong mổ cao nhất nên thời gian nằm viện dài hơn so với rau bám thấp vì rau bám thấp có thể cân nhắc sinh thường và nguy cơ chảy máu thấp hơn nên

có sự khác nhau về thời gian nằm viện giữa các thể rau bám. Thời gian nằm viện của những sản phụ mắc nhau tiền đạo tương đối dài hơn do đa số phải chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai, bên cạnh đó còn có nhiều nguy cơ biến chứng cho mẹ và trẻ sơ sinh như mất máu, nhiễm khuẩn, trẻ sơ sinh non tháng, ... nên sẽ kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng gánh nặng về chi phí điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tử vong chiếm 3,1% do tình trạng sinh non và mẹ mất máu nhiều. So sánh với nghiên cứu của Urmila Kumari Điểm tử vong chu sinh là 9,83% thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tử vong thấp hơn có thể do tuổi thai lúc chấm dứt thai kỳ cao hơn so với nghiên cứu trên. Có 18,8% trẻ có cân nặng lúc sinh thấp  $< 2500$  gram kết quả này tương tự nghiên cứu của Võ Thị Diệu Loan là 19,6%[12]. Theo nghiên cứu của Urmila Kumari và cộng sự cho thấy 50,81% thuộc nhóm nhẹ cân. Sự khác biệt này do tỷ lệ đẻ non của nghiên cứu trên là 62,30% trong khi tỷ lệ này ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn (37,5%). Từ đó cho thấy nguyên nhân trẻ nhẹ cân chủ yếu do chấm dứt thai kỳ sớm khi còn non tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp chiếm 3,1% phối hợp rau cài răng lược và trường hợp này được bóc rau và bảo tồn tử cung. Có 3 sản phụ có tình trạng băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 9,4% trong đó có 1 sản phụ có tình trạng sốc, cả 3 trường hợp đều được khâu cầm máu và bảo tồn tử cung. Có 9,4% sản phụ được truyền ít nhất 2 đơn vị máu trở lên.

## 5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: có 65,6% số sản phụ có tình trạng chảy máu âm đạo ít nhất 1 lần trong thai kỳ. Thời gian chảy máu lần đầu chủ yếu xuất hiện vào 3 tháng cuối thai kỳ; Ngôi bất thường gặp ở 15,6%. Nhau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,4%.

Về kết cục thai kỳ có một số kết quả đáng ghi nhận: mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 93,8%; nhau tiền đạo phối hợp rau cài răng lược chiếm 3,1%, băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 9,4%; tuổi thai trung bình khi chấm dứt thai kỳ là 37,25 tuần. Tỷ lệ tử vong sơ sinh chiếm 3,1%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Dược Huế. Giáo trình Module 19 phụ sản 1. Nhà xuất bản Đại học Huế 2021. tr.230-236.
2. Fan D, Wu S, Liu L, Xia Q, Wang W, Guo X, et al. Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7:40320.
3. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32.
4. Marshall NE, Fu R, Guise J-M. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic

- review. American journal of obstetrics gynecology 2011;205(3):262. e1-. e8.
5. Organization WH. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. World Health Organization 2021.
  6. Bùi Thị Trâm. Khảo sát đặc điểm và kết quả xử trí nhau tiền đạo tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Nam. Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; 2021.
  7. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. PLoS One. 2018;13(7).
  8. Nguyễn Ngọc Hoàng Mai. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhau tiền đạo tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Yên. Luận án bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế; 2018.
  9. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. Placenta 2022;117:21-7.
  10. Võ Nhật Quang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và thái độ xử trí nhau tiền đạo tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế. Luận văn bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; 2021.
  11. Kumari U, Naniwal A, Rani V, Chandat R, Yadav S, Pipal DK. A Study of Clinical Characteristics, Demographic Characteristics, and Fetomaternal Outcomes in Cases of Placenta Previa: An Experience of a Tertiary Care Center. 2022;Cureus 14(12).
  12. Võ Thị Diệu Loan. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và thái độ xử trí rau tiền đạo tại Bệnh viện Trung ương Huế. Luận văn bác sĩ Đa Khoa. Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế, Huế.; 2015.