

Tỷ lệ các loại nhau tiền đạo và một số yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2021

Lâm Đức Tâm^{1*}, Lý Thị Mỹ Tiên¹, Phạm Đức Lộc¹
¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

doi: 10.46755/vjog.2023.3.1617

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lâm Đức Tâm, email: ldtam@ctump.edu.vn
Nhận bài (received): 12/7/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 12/8/2023.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhau tiền đạo là một cấp cứu sản khoa, có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con. Một trường hợp thai phụ bị nhau tiền đạo chảy máu nhiều mà không cấp cứu kịp có thể gây tử vong mẹ. Nguyên nhân sinh ra nhau tiền đạo cho đến nay vẫn chưa được biết đến đầy đủ. Tuy nhiên, tần suất nhau tiền đạo đang tăng lên ở thai phụ có tiền sử đẻ nhiều lần, mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung... Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát tình hình và một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị nhau tiền đạo để có những khuyến nghị phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị bệnh ở địa phương và khu vực lân cận.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tỷ lệ nhau tiền đạo và một số yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ giai đoạn 2019 - 2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang mô tả có phân tích được thực hiện trên 103 trường hợp nhau tiền đạo trong 1400 thai phụ nhập viện sinh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ giai đoạn 2019 - 2021.

Kết quả: Tỷ lệ nhau tiền đạo chung là 7,36%; trong đó: có 60,2% thai phụ bị nhau tiền đạo trung tâm, nhau bám mép là 19,42%; nhau tiền đạo bán trung tâm chiếm 16,5% và nhau bám thấp 3,88%. Tỷ lệ nhau tiền đạo cài răng lược chiếm 20/103 (19,4%), trong đó, nhau cài răng lược loại Increta là 11,6%. Liên quan đến nhau tiền đạo: có tiền sử nạo phá thai và tiền sử viêm nhiễm tử cung chiếm 11,6% và 1,9% với OR = 4,3; 95%CI = 2,14 - 8,45 và OR = 25,7; 95%CI = 2,27 - 289,56. Số lần sinh con rạ chiếm 32,0% với OR = 3,9; 95%CI = 2,47 - 6,15; p < 0,05. Đa thai, tử cung dị dạng, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung, tiền sử nhau tiền đạo lần lượt là 3,9%; 1,9%; 1,0%; 1,9%. Tử cung có sẹo mổ cũ với 36,9% với OR = 1,9; 95%CI = 1,26 - 2,94. Đặt dụng cụ tử cung là 2,9% với OR = 7,7; 95%CI = 1,81 - 33,1. Viêm nhiễm tử cung, tiền sử đặt dụng cụ tử cung hoặc có tiền sử nạo buồng tử cung, nhau tiền đạo nhiều lần làm tăng nguy cơ bị nhau tiền đạo.

Kết luận: Tỷ lệ nhau tiền đạo chung tăng; tăng tỷ lệ các thể nhau tiền đạo-nhau cài răng lược và có thái độ tiếp cận đúng với các sản phụ có các yếu tố nguy cơ gây nhau tiền đạo.

Từ khóa: tỷ lệ nhau tiền đạo, yếu tố nguy cơ nhau tiền đạo.

Rate of different types of placenta previa and some related factors at Can Tho city Gynecology Hospital 2019 - 2021

Lam Duc Tam^{1*}, Ly Thi My Tien¹, Pham Duc Loc¹
¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Background: Placenta previa is an obstetric emergency leading cause of dangerous complications for pregnancy and fetus. A maternal with severe bleeding placenta previa that has not emerged in time, would have high risk of mortality. The underlying cause of placenta previa is unknown clearly. The incidence of placenta previa increases in women with history of repeated birth, cesarean section, leiomyomata...A study was performed to investigate the incidence and risk factors of placenta previa to advance the diagnosis and treatment of local health system.

Research objectives: To describe the rate of placenta previa and risk factor of placenta previa at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study with analysis was performed at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital from February 2019 to February 2021 with 103 cases of placenta previa.

Result: Rate of placenta previa was 7.36% with placenta in central striker accounting for 60.2%, placenta semi-central striker accounted for 16.05%, placenta attached to the edge accounted for 19.42% and placenta attached low 3.88%. In the study, 20/103 cases of placenta previa had a placenta with comb teeth, accounting for 19.42%. Relation with placenta previa: the incidences in women with history of abortion and history of uterine inflammation accounted

for 11.6% (OR = 4.5; 95% CI = 2.14 - 8.45) and 1.9%, (OR = 25.7, 95% CI = 2.27 - 289.56). The number of giving birth \geq 4 made up 10.7% incidence of OR = 9.1 (CI = 1.7 - 46.6), $p < 0.05$. The incidence rate of multiple pregnancies, uterine malformation, history of birth control and placenta previa was 3.9%, 1.9%, 1.0% and 1.9% respectively. Women with history of uterine scar made up 36.9% of incidences (OR = 1.9, 95% CI = 1.26-2.94). History of intrauterine device took 2.9% of incidences (OR = 7.7, 95%CI = 1.81 - 33.1). The group of history of uterine inflammation, intrauterine device, and abortion has a higher risk of placenta previa than normal.

Conclusion: The incidence rate of placenta previa increase; the rate of cases with both anterior placenta previa-placenta accreta is also increasing, and the approach attitude towards pregnant women with risk factors causing anterior placenta previa is correct.

Keywords: rate of placenta previa, risk of placenta previa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau tiền đạo là một nguyên nhân gây chảy máu trong 3 tháng cuối của thai kỳ, đứng thứ 2 sau nguyên nhân nhau bong non. Nhau tiền đạo thường bị ra máu âm đạo đột ngột, không có triệu chứng báo trước, thường là không đau bụng, ra máu tái đi tái lại có thể làm thai phụ thiếu máu, từ mức độ nhẹ đến băng huyết, đến choáng mất máu và tử vong mẹ. Về thai, nhau tiền đạo có thể gây sinh non, hoặc thai chậm tăng trưởng trong tử cung, suy thai trong chuyển dạ, tử vong bé khi ra huyết nhiều nên bệnh lý này gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con [1, 2]. Xử trí trong nhau tiền đạo thường chỉ định phẫu thuật lấy thai dẫn đến nguy cơ chảy máu và phải truyền máu, cắt tử cung, đông máu rải rác nội mạch hoặc tử vong [3]. Ngoài ra, do có mất máu nhiều đợt và chỉ định mổ lấy thai để cứu mẹ nên tỷ lệ thai non tháng cao. Theo nghiên cứu ở Mỹ, các trường hợp chấm dứt thai kỳ vì sản phụ và mổ lấy thai cho thấy tỷ lệ thai phụ sinh con dưới 34 tuần là 16,9%, sinh con từ 34 đến 36 tuần là 27,5%. Do đó, nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ thai non tháng, suy thai, thai chậm phát triển; là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh [4].

Nguyên nhân của nhau tiền đạo vẫn còn chưa được ghi nhận cụ thể nhưng một số nghiên cứu ghi nhận tần suất nhau tiền đạo tăng lên ở phụ nữ có các yếu tố như: sinh nhiều lần, mổ lấy thai, vết mổ cũ trên thân tử cung do bóc u xơ, thai ngoài tử cung ở sừng, nạo hút thai, điều hòa kinh nguyệt nhiều lần, để có kiểm soát tử cung hay bóc nhau nhân tạo, viêm nhiễm tử cung, đa thai, tiền sử nhau tiền đạo, mẹ hút thuốc lá nhiều...[4]. Hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai gia tăng nên góp phần tăng tỷ lệ nhau cài răng lược và tăng nguy hiểm cho thai phụ. Nghiên cứu của Lâm Đức Tâm (2018) ghi nhận tỷ lệ nhau tiền đạo là 3,83% các yếu tố nguy cơ thường gặp là tuổi mẹ \geq 35 tuổi, đặt dụng cụ tử cung, tiền sử mổ lấy thai, nạo hút thai... Tương tự, nghiên cứu của Tuzovic và cộng sự (2003), ở phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai một hoặc nhiều lần thì nguy cơ mắc nhau tiền đạo cao gấp 2 lần so với người không có tiền sử mổ lấy thai [5, 7]. Do đó, trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, việc khám và phát hiện các bệnh lý bất thường cho thai phụ, thai nhi và phân phụ của thai là nhiệm vụ quan trọng nhất là tình hình phẫu thuật lấy thai đang có xu hướng tăng nên

gia tăng tỷ lệ nhau cài răng lược, tuy nhiên, thời gian gần đây, rất ít các nghiên cứu về vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài: "Tỷ lệ các loại nhau tiền đạo và một số yếu tố nguy cơ tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2021" với 2 mục tiêu là xác định tỷ lệ nhau tiền đạo; tỷ lệ các loại bất thường của nhau tiền đạo và tìm hiểu một số yếu tố có liên quan đến nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các trường hợp thai phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ năm 2019 đến năm 2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên (theo ngày đầu của kì kinh cuối hoặc tính theo siêu âm 3 tháng đầu thai kì) và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ chọn những thai phụ nhập viện lần cuối tại Bệnh viện trong quá trình theo dõi nhau tiền đạo.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh lý nội khoa nặng hoặc tâm thần nặng. Thai chết lưu trong tử cung. Đình chỉ thai nghén vì lý do xã hội. Được chẩn đoán là nhau tiền đạo trước sinh nhưng sau khi sinh không ghi nhận là nhau tiền đạo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, tiến cứu.

Cỡ mẫu: được tính dựa vào công thức ước lượng tỷ lệ; với kết quả nghiên cứu của Lâm Đức Tâm có tỷ lệ nhau tiền đạo là 3,83 nên $p = 0,383$; do đó, cỡ mẫu là 1380 trường hợp. Trong thời gian nghiên cứu, có 1400 thai phụ nhập viện và theo dõi sinh; đồng ý tham gia nghiên cứu, trong đó, chúng tôi ghi nhận được 103 trường hợp nhau tiền đạo.

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung về tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, phân loại nhau tiền đạo, mức độ cài răng lược của nhau tiền đạo, tiền sử đặt dụng cụ tử cung, tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sử rau tiền đạo, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung, đa thai, số lần sinh, tiền sử viêm nhiễm tử cung, tiền sử nạo phá thai, sảy thai.

Phương pháp thu thập số liệu: chọn tất cả các trường hợp được chẩn đoán nhau tiền đạo phù hợp với

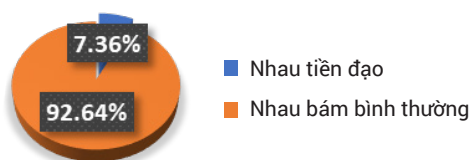
tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại thời gian từ tháng 02/2019 - 02/2021.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu nhập, xử lý bằng phần mềm Stata14.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

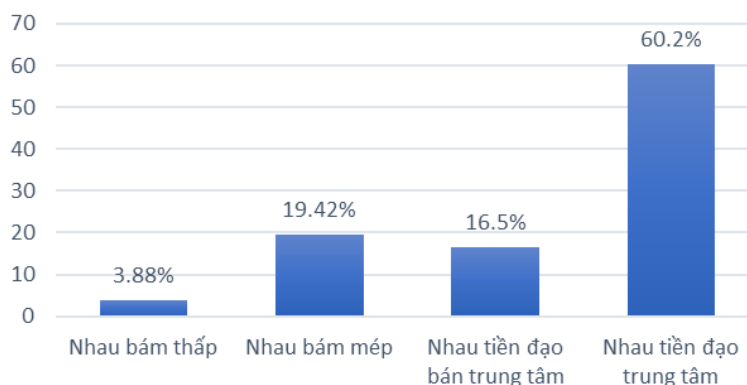
Từ 02/2019 đến năm 02/2021, chúng tôi ghi nhận được 1400 thai phụ với 103 trường hợp nhau tiền đạo nhập viện và điều trị Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

3.1. Tỷ lệ và hình thái nhau tiền đạo



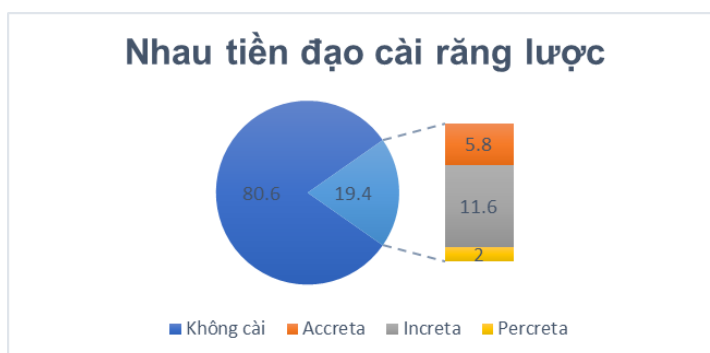
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhau tiền đạo

Nhận xét: tỷ lệ nhau tiền đạo là 7,4%.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các hình thái nhau tiền đạo

Nhận xét: Tỷ lệ các loại nhau tiền đạo: nhau tiền đạo trung tâm có 62 trường hợp (60,2%), nhau tiền đạo bán trung tâm chiếm 16,5%, nhau bám mép là 19,42%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ nhau tiền đạo cài răng lược

Nhận xét: Nhau tiền đạo có cài răng lược chiếm tỷ lệ 19,4%(20/103). Trong đó có 5,8% thuộc thể Increta, Accreta chiếm 11,6% và Percreta chiếm 2%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tỷ lệ	Nhau bình thường		Nhau tiền đạo		Tổng N (%)	OR (95%CI)	p
		n = 1297	%	n = 103	%			
Tuổi mẹ	≤ 25 tuổi	326	95,9	14	4,1	340 (24,3)	1	-
	26-34 tuổi	745	93,7	50	6,3	795 (56,8)	1,56 (0,85 - 2,87)	0,146
	≥ 35 tuổi	226	85,3	39	14,7	265 (18,9)	4,02 (2,11 - 7,66)	0,000
	X ± SD	29,45 ± 5,68 tuổi						
Địa chỉ	Thành thị	518	91,8	46	8,2	564 (40,3)	0,82 (0,55 - 1,23)	0,347
	Nông thôn	779	93,2	57	6,8	836 (59,7)		
Dân tộc	Kinh	1240	92,9	95	7,12	1335 (95,4)	1,83 (0,85 - 3,96)	0,118
	Khác	57	87,7	8	12,3	65 (4,6)		
Trình độ học vấn	Mù chữ	18	78,3	5	21,7	23 (1,6)	1	-
	Tiểu học	107	88,4	14	11,6	121 (8,7)	0,47 (0,15 - 1,48)	0,188
	THCS	307	92,8	24	7,3	331 (23,6)	0,28 (0,09 - 0,83)	0,014
	THPT	466	92,5	38	7,5	504 (36,0)	0,29 (0,10 - 0,84)	0,015
	CĐ-ĐH	399	94,8	22	5,2	421 (30,1)	0,20 (0,07 - 0,59)	0,001
Nghề nghiệp	Nội trợ	441	92,8	34	7,2	475 (33,9)	0,50 (0,25 - 0,96)	0,035
	Nông dân	90	86,5	14	13,5	104 (7,4)	1	-
	Công chức	370	95,1	19	4,9	389 (27,8)	0,33 (0,16 - 0,69)	0,002
	Khác	396	91,7	36	8,3	432 (30,9)	0,58 (0,30 - 1,13)	0,107

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 29,45 ± 5,68 tuổi, trong đó 26 - 34 tuổi có tỷ lệ cao nhất 56,8%. So với nhóm tuổi ≤ 25 tuổi: Các bà mẹ ở độ tuổi ≥ 35 tuổi nguy cơ nhau tiền đạo cao gấp 4,02 lần và có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Nơi cư trú ở thành thị (40,3%) và nông thôn (59,7%) là tương đương nhau. Có 95,4% thai phụ dân tộc kinh. Nội trợ là 33,9%. So với thai phụ là nông dân: người phụ nữ là nội trợ, công chức làm giảm nguy cơ nhau tiền đạo có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Về trình độ học vấn, THPT có tỷ lệ 36% chiếm đa số. So với thai phụ mù chữ: thai phụ có trình độ học vấn từ THCS, THPT, CĐ-ĐH sẽ giảm nguy cơ nhau tiền đạo trên 80%.

Bảng 3.2. Tổng hợp kết quả khảo sát một số yếu tố nguy cơ nhau tiền đạo

Đặc điểm	Tỷ lệ	Nhau bình thường		Nhau tiền đạo		Tổng N (%)	OR (95%CI)	p
		n = 1297	%	n = 103	%			
Tiền sử nạo phá thai	Không	1258	97,0	91	88,4	1349 (96,4)	4,3 (2,14 - 8,45)	0,000
	Có	39	3,0	12	11,6	51 (3,6)		
Tiền sử viêm nhiễm tử cung	Không	1296	99,9	101	98,1	1397 (99,8)	25,7 (2,27 - 289,56)	0,000
	Có	1	0,1	2	1,9	3 (0,2)		
Số lần sinh	Con so	1157	89,2	70	68,0	1227 (87,6)	3,9 (2,47 - 6,15)	0,000
	Con rạ	140	10,8	33	32,0	173 (12,4)		

Đa thai	Không	1290	99,5	99	96,1	1389 (99,2)	7,5	0,000
	Có	7	0,5	4	3,9	11 (0,8)	(2,13 - 26,04)	
Tử cung dị dạng	Không	1296	99,9	101	98,1	1397 (99,8)	25,7	0,000
	Có	1	0,1	2	1,9	3 (0,2)	(2,27 - 289,56)	
Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung	Không	1296	99,9	102	99,0	1398 (99,9)	12,7	0,020
	Có	1	0,1	1	1,0	2 (0,1)	(0,78 - 205,92)	
Tiền sử nhau tiền đạo	Không	1295	99,8	103	98,1	1396 (99,7)	12,8	0,001
	Có	2	0,2	2	1,9	4 (0,3)	(1,78 - 92,74)	
Tử cung có sẹo mổ cũ	Không	995	76,7	65	63,1	1060 (75,7)	1,9	0,002
	Có	302	23,3	38	36,9	340 (24,3)	(1,26 - 2,94)	
Tiền sử đặt dụng cụ tử cung	Không	1290	99,6	100	97,1	1390 (99,4)	7,7	0,001
	Có	5	0,4	3	2,9	8 (0,6)	(1,81 - 33,1)	

Nhận xét: Tiền sử nạo phá thai, sảy thai và viêm nhiễm tử cung làm tăng nguy cơ bị nhau tiền đạo cao gấp so 4,3 và 25,7 lần với $p < 0,05$. Thai phụ sinh con ra có nguy cơ mắc bệnh cao hơn 3,90 lần bình thường. Đa thai, tử cung dị dạng, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung làm tăng nguy cơ lần lượt là 7,5; 25,7 và 12,7. Tiền sử nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ lên 12,8 lần, với $p = 0,001$. Tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sử đặt dụng cụ tử cung là yếu tố nguy cơ gây ra nhau đạo với $OR = 1,9$; $95\%CI = 1,26 - 2,94$; $OR = 7,7$; $95\%CI = 1,81-33,1$ ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình nhau tiền đạo

Tỷ lệ nhau tiền đạo trong nghiên cứu là 7,36%. Tham khảo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm vào năm 2015 là 3,83%; do đó, tỷ lệ nhau tiền đạo đang có xu hướng tăng. Khi ghi nhận các thể loại nhau tiền đạo cho thấy nhau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,2%, nhau tiền đạo bán trung tâm có chiếm 16,5%, nhau bám mép là 19,42% và nhau bám thấp có 4 trường hợp có tỷ lệ 3,88%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác. Theo các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai cao (trên 25%) nên có xu hướng bị nhau cài răng lược, kết quả chúng tôi ghi nhận có 20/103 trường hợp nhau tiền đạo có kèm cài răng lược chiếm 19,42%. Đây là tỷ lệ khá cao và có nhiều nguy cơ cắt tử cung cao khi có chuyển dạ hoặc ra huyết, tăng nguy cơ truyền máu; băng huyết sau sinh... nên công tác khám thai và quản lý thai là nhiệm vụ quan trọng để phát hiện các bất thường về thể nhau cài răng lược này; nhất là các trường hợp sinh có vết mổ lấy thai cũ [13]. Nghiên cứu ghi nhận có 5,8% thuộc thể Increta, Accreta chiếm 11,6% và Percreta chiếm 2%. Kết quả có nhau cài răng lược chiếm tỷ lệ khá cao, có thể được giải thích do sự tăng tỷ lệ mổ lấy thai làm tăng nguy cơ mắc nhau tiền đạo cà làm tăng nguy cơ mắc nhau cài răng lược [4, 8].

4.2. Các yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo

Độ tuổi trung bình là $29,45 \pm 5,68$ tuổi, trong đó 26 - 34 tuổi có tỷ lệ cao nhất 56,8%. So với nhóm tuổi ≤ 25 tuổi: các bà mẹ ở độ tuổi ≥ 35 tuổi nguy cơ nhau tiền đạo cao gấp 4,02 lần và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các sản phụ mang thai có tuổi trên 35 tuổi có nhiều nguy cơ về bệnh lý nội khoa, rối loạn chuyển hoá hoặc chất lượng cơ tử cung, viêm nhiễm nên gia tăng tỷ lệ nhau tiền đạo. Kết quả ghi nhận thai phụ cư trú ở thành thị là 40,3% và nông thôn (59,71%) là tương đương nhau. Có 95,4% thai phụ dân tộc kinh. Nội trợ là nghề nghiệp phổ biến chiếm 33,9% trong nghiên cứu. So với nhóm thai phụ là nông dân: những người phụ nữ là nội trợ, công chức làm giảm nguy cơ nhau tiền đạo xuống 2,02 và 3,03 lần và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); có thể do các đối tượng này có chế độ khám và theo dõi sức khoẻ thường xuyên hơn và có kiến thức để dự phòng các bất thường trong thai kỳ nên góp phần làm giảm nguy cơ nhau tiền đạo. Tương tự, đối với các trường hợp có trình độ học vấn như từ trung học cơ sở đến đại học; nguy cơ bị nhau tiền đạo giảm trên 80% so với phụ nữ mù chữ nên khi có kiến thức sẽ giúp cho thai phụ quan tâm, theo dõi và tư vấn tốt trong chăm sóc sức khoẻ phụ nữ, kinh nguyệt và bệnh lý trước mang thai nên giúp giảm tỷ lệ bị nhau tiền đạo khi mang thai. Tham khảo các nghiên cứu khác có kết quả tương tự [3, 5]

Các nghiên cứu khác ghi nhận không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở thành thị và nông thôn cũng như tuổi tác và nghề nghiệp, hay trình độ văn hoá của thai phụ, với độ tuổi trong nghiên cứu này tương đương nghiên cứu khác [6]. Có một số nghiên cứu ghi nhận, tuổi mẹ lớn hơn 40 hoặc khoảng cách giữa 2 lần sinh dưới 1 năm hoặc trên 4 năm cũng có nguy cơ tăng tỷ lệ bị nhau tiền đạo, tuy nhiên điều này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu này [11].

Kết quả cho thấy, các thai phụ có tiền sử nạo phá thai chiếm 11,6% và có nguy cơ bị nhau tiền đạo cao

gấp so 4,3 lần so với nhóm bình thường (OR = 4,3; 95%CI = 2,14 - 8,45). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Bành Thanh Lan [2]. Tham khảo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm ghi nhận tỷ lệ nhau tiền đạo có liên quan đến tiền sử nạo hút thai gấp 3,75 lần [5]. Các thai phụ có tiền sử viêm nhiễm tử cung (chiếm tỷ lệ 1,9%) với OR = 25,7; 95%CI = 2,27 - 289,56 có nguy cơ bị nhau tiền đạo cao hơn 25,7 lần so với nhóm không có tiền sử viêm nhiễm tử cung. Qua đó, việc nạo hút thai, tiền căn viêm nhiễm kéo dài ở niêm mạc tử cung, hoặc viêm cổ tử cung sẽ góp phần làm tăng tỷ lệ nhau tiền đạo và tăng nguy cơ cho thai phụ và thai nhi [15]. Nghiên cứu ghi nhận các trường hợp sinh con rạ ở thai phụ nhóm nhau tiền đạo chiếm tỷ lệ 32,0%; kết quả này cao hơn 9,1 lần so với nhóm không có nhau tiền đạo với tỷ số nguy cơ là OR = 3,9; 95%CI = 2,47 - 6,15; $p < 0,05$). Tham khảo nghiên cứu khác, ở lần sinh đầu tiên, tỷ lệ nhau tiền đạo là 4,4/1.000, trong khi tỷ lệ nhau tiền đạo ở lần sinh thứ 2 tăng gấp đôi là 8,8/1.000, và có nguy cơ bị nhau tiền đạo tăng ở những lần mang thai sau (với OR = 1,60; 95%CI = 1,44 - 1,76) [6, 7]. Do đó, tỷ lệ sinh đa rạ góp phần tăng tỷ lệ nhau tiền đạo cho thai kỳ lần sau; điều này phù hợp với y văn ghi nhận, nhau tiền đạo hay gặp ở các bà mẹ đẻ nhiều lần, viêm nhiễm cơ quan sinh dục, tiền sử nạo hút thai nhiều lần hoặc có tiền sử mổ lấy thai, tử cung bất thường (dị dạng, có u xơ). Tuy nhiên, nhiều trường hợp nhau tiền đạo xuất hiện ở cả người sinh con lần đầu [11].

Theo y văn những tác động của các thủ thuật hỗ trợ sinh, kiểm soát lòng tử cung làm tăng nguy cơ nhau tiền đạo; điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi; kết quả ghi nhận tiền sử sinh đường âm đạo có kiểm soát tử cung chỉ có 1,0% nhưng nguy cơ nhau tiền đạo tăng khoảng 13 lần so nhóm không có soát lòng tử cung sau sinh; với OR = 12,7; 95%CI = 0,78 - 205,92; $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của A.O. Eniola, trong các yếu tố liên quan tới nguy cơ nhau tiền đạo, nếu tiền sử có sót nhau mà có kiểm soát tử cung sẽ nguy cơ cao gấp 6,7 lần so với không sót nhau (OR = 6,7; 95%CI = 1,2 - 36,6) [9]. Kết quả này có tỷ lệ thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, sản phụ có mang đa thai chiếm 3,9% nhưng với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn 7,5 lần (OR = 7,5; 95%CI = 2,13-26,04; $p < 0,05$), kết quả của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu khác (OR = 2,1; 95%CI = 1,6 - 7,1) [9]. Đối với tiền sử nhau tiền đạo và tử cung dị dạng chiếm 1,9%. Tiền sử đặt dụng cụ tử cung chiếm 2,9% với OR = 7,7; 95%CI = 1,81 - 33,1. Như vậy, yếu tố nguy cơ nhau tiền đạo trong nghiên cứu của chúng tôi rất đa dạng và có liên quan nhiều đến các vấn đề mang thai, sinh của lần trước; nên việc khai thác thông tin về các tiền sử mang thai là vấn đề cần thiết và quan trọng trong chăm sóc thai và quản lý thai kỳ. Vấn đề chúng tôi quan tâm trong nghiên cứu là tỷ lệ nhau tiền đạo và nhau cài răng lược đang tăng do có nhiều trường hợp có sẹo mổ lấy thai cũ trước đây; kết quả ghi nhận tử cung có sẹo mổ cũ chiếm tỷ lệ 36,9% với nguy cơ bị nhau tiền

đạo tăng gấp 2 lần (OR = 1,9; 95%CI = 1,26 - 2,94); nhưng khi tham khảo các nghiên cứu khác cho thấy kết quả của chúng tôi có thấp hơn như nghiên cứu của T.H. Hung, C.C. Hsie, J.J. Hsu [14] ghi nhận nguy cơ nhau tiền đạo ở thai phụ có vết mổ cũ tăng đến 70%; nghiên cứu của Lâm Đức Tâm và cộng sự [5] cũng ghi nhận nguy cơ tăng 2,3 lần ở thai phụ có vết mổ cũ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhau tiền đạo là 7,4%; nhau tiền đạo trung tâm có 62 trường hợp (60,2%). Nhau tiền đạo có cài răng lược chiếm 19,4%, có 5,8% thuộc thể Increteta.

Các yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo gồm tiền căn nạo phá thai, viêm nhiễm, đa rạ, sinh đường âm đạo có kiểm soát buồng tử cung, tử cung có sẹo mổ lấy thai cũ, đặt dụng cụ tử cung.

Trong cấp cứu sản khoa, việc chẩn đoán và xử lý đúng nhau tiền đạo có tầm quan trọng đặc biệt nhằm giảm tai biến, trên cơ sở nghiên cứu khảo sát, cần chú ý phát hiện bệnh ở những thai phụ có nguy cơ bị nhau tiền đạo để có hướng theo dõi nhằm hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2020), "Nhau tiền đạo", *Bài giảng Sản khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr 438-445.
2. Bành Thanh Lan, Nguyễn Duy Tài (2003), "Mối liên hệ giữa nạo hút thai và nhau tiền đạo", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 7(1), tr.13-17.
3. Đoàn Tôn Lĩnh (2017), "*Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và kết quả xử trí nhau tiền đạo*", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Lê Thanh Nhã (2009), "*Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và ảnh hưởng của rau tiền đạo đến sản phụ và thai nhi tại Bệnh viện Trung ương Huế*", Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Lâm Đức Tâm, (2018), "*Nghiên cứu tỷ lệ và yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo năm 2016*", *Hội nghị sản phụ khoa Cần Thơ lần thứ III*, trang 89-94.
6. A.O. Eniola, A.U. Bako (2002), "Risk factors for placenta praevia in southern Nigeria", *East Afr Med J*, 79(10), pp.535-538.
7. E. Sheiner, I. Shoham-Vardi, M. Hallak (2001), "Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome", *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 10, pp.414-419.
8. J.M.G. Crane, M.C. van den Hof, L. Dodds (2000), "Maternal complications with placenta previa", *The American Journal of Peri-natology*, 17, pp.101-105.
9. King Lj, Dhanya Mackeen A, Nordberg C, Paglia MJ (2020), "Maternal risk factors associated with persistent placenta previa.", *Placenta*; 99:189.
10. Long SY, Yang Q, Chi R, et al (2021), "Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum

Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study", *Ther Clin Risk Manag*; 17:31.

11. L. Tuzovic, J. Djelmis, M. Ilijic (2003), "Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case - control study", *Croat. Med. J.*, 44, pp.728-733.

12. Nahid A. Salim, Ismail Satti (2021), "Risk factors of placenta previa with maternal and neonatal outcome at Dongola/ Sudan", *J family Med Prim Care*. 10(3): 1215-1217.

13. T. Rosenberg, G. Pariente, R. Sergienko (2011), "Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa", *Archives of Gy- necology and Obstetrics*, 284(1), pp.47-51.

14. T.H. Hung, C.C. Hsie, J.J. Hsu (2007), "Risk factors for placenta praevia in Asian population", *Int J Gynecol Obstet*, 91(1), pp.26-30.

15. Y. Matsuda, K. Hayashi, A. Shiozaki (2011), "Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: case-co- hort study", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(6), pp.538-546.