

# ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP MỔ DỌC TỬ CUNG TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Vũ Bà Quyết<sup>(1)</sup>, Trần Danh Cường<sup>(2)</sup>, Trần Vũ Quang<sup>(1)</sup>  
(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Đại học Y Hà Nội,

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá đường mổ dọc tử cung lấy thai trong rau cài răng lược. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu dọc trên 18 thai phụ có hình ảnh siêu âm Doppler màu nghi ngờ rau cài răng lược, mổ lấy thai theo đường rạch dọc thân tử cung tránh không đi vào vị trí rau bám. **Kết quả:** Toàn bộ các trường hợp đều có tiền sử mổ lấy thai, tuổi thai lúc chẩn đoán là rau cài răng lược khá muộn phần lớn chẩn đoán sau 22 tuần thời điểm siêu âm hình thái, trung bình là 30 tuần. Mổ lấy thai được thực hiện vào tuổi thai đủ tháng. 100% các trường hợp mổ dọc thân tử cung, không bóc rau, cắt tử cung ngay, lượng máu truyền trung bình là 4 đơn vị, có 1 trường hợp tổn thương bàng quang. **Kết luận:** Sử dụng đường rạch dọc thân tử cung lấy thai trong rau tiền đạo cài răng lược rất hiệu quả giảm lượng máu mất và giảm biến chứng tổn thương các tạng xung quanh.

**Từ khóa:** rau cài răng lược, siêu âm Doppler màu, mổ cũ, mổ lấy thai

## ABSTRACT

### ASSESSMENT METHOD OF VERTICAL UTERINE INCISION IN CESAREAN OF PLACENTA ACRETA

**Objectives:** assess vertical uterine incision in cesarean placenta acreta. **Materials and methods:** a longitudinal study on 18 pregnant women with color Doppler ultrasound images suspect placenta acreta, cesarean incision along the uterine body into position to avoid sticking placenta. **Results:** All the cases have a history of cesarean delivery, gestational age are diagnosed quite late c placenta acreta mostly diagnosed after 22 weeks ultrasound morphology moment, the average is 30 weeks. Cesarean section is full-term gestation. 100% open vertical uterine body, not take placenta, hysterectomy immediately, transfused average of 4 units of blood, with 1 case of bladder injury. **Conclusion:** Using longitudinal incision cesarean uterine body in Placenta acreta is very effective reducing blood loss and complications surrounding organ damage.

**Keywords:** placenta acreta, color Doppler ultrasound, previous caesarean, cesarean

## 1-ĐẶT VẤN ĐỀ.

Rau cài răng lược là một thể đặc biệt về sự bám của bánh rau vào thành tử cung, qua đó các gai rau xuyên qua lớp niêm mạc tử cung đi vào trong lớp có thậm chí ăn thủng thành tử cung và xâm lấn vào các cơ quan xung quanh như bàng quang hay ruột non, tần xuất ước 1/2510 trường hợp đẻ sống, tỷ lệ này tăng lên trên 10 lần do tăng tỷ lệ mổ lấy thai, trên 60% kèm theo rau tiền đạo [1,2]. Tuy nhiên rau cài răng lược thường xảy ra ở những phụ nữ mang thai có yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần và đặc biệt là trong sẹo mổ tử cung cũ do mổ tạo hình tử cung, bóc nhân xơ và nhiều nhất hiện nay là do mổ lấy thai. Trên thế giới cũng như ở Việt nam tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên nhiều trong những năm gần đây có những bệnh viện phụ sản tỷ lệ mổ lên tới trên 50% ở người con so và gần 100% ở người có sẹo mổ cũ. Việc chẩn đoán trước sinh rau cài răng lược là rất quan trọng mà trước đây chỉ có thể được làm trong

chuyển dạ và trong khi mổ lấy thai. Mổ lấy thai trong rau cài răng lược là rất khó khăn do nguy cơ chảy máu nặng khi mở tử cung lấy thai nhất là sử dụng đường mở kinh điển là mổ ngang đoạn dưới [1], [3], [4]. Để giảm nguy cơ này trong năm 2012 chúng tôi sử dụng đường rạch dọc thân tử cung lấy thai và tỏ ra rất hiệu quả chính vì vậy nghiên cứu này nhằm mục tiêu.

Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng đường mổ dọc thân tử cung lấy thai trong rau tiền đạo cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản trung ương.

## 2-ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

Tất cả những thai phụ nhập viện vì rau tiền đạo có sẹo mổ cũ ở tử cung, siêu âm-Doppler màu chẩn đoán là rau cài răng lược trong năm 2012 tại khoa sản bệnh lý bệnh viện Phụ sản trung ương.

## 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

Nghiên cứu mô tả tiến cứu từ khi chẩn đoán cho đến khi mổ lấy thai

## 2.3. KỸ THUẬT MỔ LẤY THAI

Mở bụng theo đường mổ cũ

Mở dọc thân tử cung phía trên mép bán rau khoảng 2 cm lấy thai và Tiếp theo cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn.

Có kết quả giải phẫu bệnh lý của tử cung đã cắt khẳng định rau ăn vào cơ tử cung

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Tổng số đối tượng nghiên cứu 18 trường hợp

### 3.1. TUỔI NGƯỜI MẸ

**Bảng 1 :** Phân bố tuổi thai phụ

Tuổi	< 35	> 35	Tổng số
n	14	04	18
Tỷ lệ	81,3	18,7	100

Đa số tuổi dưới 35

### 3.2. TIỀN SỬ MỔ LẤY THAI

**Bảng 2:** Phân bố tiền sử mổ lấy thai

	1 lần	2 lần	Tổng số
N	15	3	18
Tỷ lệ	83,3	16,7	100

Tiền sử sảy thai, nạo thai chiếm phần lớn

### 3.3. TUỔI THAI CHẨN ĐOÁN

**Bảng 4:** phân bố tuổi thai chẩn đoán

	22 tuần	23-32	33-37	> 38	Tổng số
N	2	10	4	2	18
Tỷ lệ	11,1	55,5	22,3	11,1	100

Tuổi thai trung bình chẩn đoán là 30 tuần, lớn nhất là 41 tuần, và nhỏ nhất là 22 tuần

### 3.5. XỬ TRÍ MỔ LẤY THAI

Toàn bộ mổ lấy thai khi đủ tháng

Đường mổ tử cung lấy thai là dọc thân tử cung, tránh vị trí rau bám

Tất cả các trường hợp không bóc rau và cắt tử cung bán phần

Lượng máu truyền trung bình 4 đơn vị (3,9 đv)

## 4- BÀN LUẬN VỀ TUỔI NGƯỜI MẸ

Các nghiên cứu trên thế giới cho rằng tuổi người mẹ là một yếu tố nguy cơ, mốc là 35 tuổi, nguy cơ của rau cài răng lược tăng 1,14 lần ở người phụ nữ trên 35 tuổi ( $p < 0,001$ ). Trong nghiên cứu này thì ngược lại đa số tuổi người mẹ đều dưới 35 tuổi bởi vì chính sách sinh đẻ kế hoạch của Việt nam là mỗi gia đình chỉ có hai con cho nên tuổi sinh đẻ có thể trẻ hơn của thế giới, nhưng cũng không thể khẳng định tuổi người mẹ không phải là yếu tố nguy cơ [1], [3].

### VỀ TIỀN SỬ MỔ LẤY THAI

Trong nghiên cứu này 100% số trường hợp có tiền sử mổ lấy thai trong đó gần 20 % mổ từ hai lần trở lên. Như vậy mổ lấy thai là một yếu tố nguy cơ, điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Một số nghiên cứu cho rằng nếu mổ 1 lần nguy cơ là 2,16 (0,96-4,86) lần và từ 2 lần trở đi là 8,62 (3,53-21,07) lần và nếu kèm theo rau tiền đạo thì nguy cơ là 51,42 (10,65-248,39) lần. Điều này cần phải nhấn mạnh vì tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới cũng như ở Việt nam càng ngày càng tăng dần, từ 40-60 % và như vậy sẽ gia tăng nguy cơ rau cài răng lược trong tương lai, tuy vậy không phải càng mổ nhiều lần thì nguy cơ rau cài răng lược càng tăng, trong nghiên cứu này khoảng 80% là mổ lần thứ nhất thì lần có thai thứ 2 đã bị rau cài răng lược. [1]

### VỀ TUỔI THAI KHI CHẨN ĐOÁN

Đa số trong nghiên cứu này được chẩn đoán sau 22 tuần, trên 50% (10/18) số trường hợp được chẩn đoán trước 32 tuần đây là một điều đáng mừng bởi những người làm siêu âm đã có ý thức hơn đến việc xác định vị trí bám của rau và tình trạng rau bám vào thành tử cung. Vẫn còn một số đáng kể chẩn đoán sau 33 tuần 6/18 (33,3%) điều này cũng hợp lý vì toàn bộ đối tượng của nghiên cứu này là rau tiền đạo, mà để chẩn đoán rau tiền đạo thường phải được khẳng định vào 3 tháng cuối, hơn nữa kỹ năng siêu âm Doppler màu để chẩn đoán rau cài răng lược chưa tốt cho nên chẩn đoán muộn và để có thể có hậu quả nguy hiểm nếu chúng chảy máu khi mà chưa có chẩn đoán xác định trước sinh. Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm Doppler màu và đều có các dấu hiệu đặc trưng như nhu mô rau có nhiều xoang mạch, mất hình ảnh khoảng sáng sau bánh rau, dấu hiệu bánh rau đẩy lồi vào trong bàng quang hay các mạch máu tăng sinh đi thẳng góc với thành tử cung [1], [3], [5].

### VỀ XỬ TRÍ RAU TIỀN ĐẠO CÀI RĂNG LƯỢC

Tất cả các trường hợp đều được nhập viện từ khi chẩn đoán được đặt ra để phòng chảy máu

nặng của rau tiền đạo bởi vì tính chất ra máu của rau tiền đạo là tự nhiên không có dấu hiệu báo trước. Trong quá trình nằm viện đều được tư vấn, dự trữ máu, làm các xét nghiệm cần thiết để sẵn sàng mổ bất kỳ lúc nào. Nếu diễn biến thai nghén thuận lợi thì theo dõi đến khi thai đủ tháng sẽ mổ lấy thai. Một số nghiên cứu nước ngoài cho thấy chuẩn bị để xử trí một trường hợp rau cài răng lược cần phải có sự kết hợp nhiều chuyên khoa, cần phải dự trữ 8-10 đơn vị máu, cần phải làm đường truyền tĩnh mạch với kim kích thước lớn để sẵn sàng cho hồi sức [1], [3]

### VỀ KỸ THUẬT MỔ LẤY THAI.

Trước đây vẫn theo kinh điển là rạch ngang đoạn dưới lấy thai, sau đó bóc rau điều này dẫn đến chảy máu rất nặng, mất máu rất nhiều vì khi rau bám ăn sâu vào thành tử cung làm tăng sinh các mạch máu tại chỗ, các mạch máu giãn to, kèm theo đó là tăng sinh các mạch máu trong đám rối tĩnh mạch sao bằng quang ngay phía trước của đoạn dưới tử cung, cho nên khi rạch qua vùng này để lấy thai sẽ làm tổn thương rất nhiều mạch máu nhất là các tĩnh mạch dẫn đến chảy máu rất nhiều. Động tác bóc rau còn làm tổn thương cơ tử cung vì rau đã ăn vào lớp cơ càng làm cho chảy máu nhiều hơn. Đây là hai nguyên nhân chính dẫn đến mất máu trong khi mổ.

Để tránh những điều này trong năm 2012 chúng tôi đã sử dụng đường mổ dọc thân tử cung, tránh vị trí rau bám, không bóc rau cho nên tránh làm tổn thương các mạch máu cũng như tổn thương cơ tử cung làm giảm đáng kể sự chảy máu và mất máu trong quá trình mổ lấy thai. Bởi vì một cách sinh lý sau khi lấy thai thì bao giờ cũng có hiện tượng giảm lưu lượng tuần hoàn đến tử cung, các mạch máu sẽ bị co nhỏ lại do tử cung bị co lại chính vì vậy mà việc không làm tổn thương các mạch máu và cơ tử cung làm cho lượng máu chảy ra giảm đi và việc tiến hành cắt tử cung cũng trở nên dễ dàng hơn tránh làm tổn thương các tạng lân cận nhất là bàng quang [1], [4].

Toàn bộ các trường hợp đều được mổ dọc thân cho nên giảm lượng máu truyền một cách đáng kể. Trong nghiên cứu này là gần 4 đơn vị so với một số nghiên cứu khác trung bình là trên 8 đơn vị, chỉ có 1 trường hợp tổn thương bàng quang.

Các nghiên cứu nước ngoài cho thấy toàn bộ các trường hợp rau cài răng lược được mổ chủ động vào gần đủ tháng, mở bụng theo đường trắng giữa

dưới rốn để dễ dàng trong những tình huống bất trắc xảy ra trong khi mổ lấy thai. Rạch cơ tử cung khoảng 2 cm cách bờ trên của bánh rau cho nên cần phải làm siêu âm để xác định bờ trên của bánh rau trước khi mổ, mổ thân tử cung, hoặc đáy tử cung thậm chí phía sau tử cung. Sau khi lấy thai một số tác giả khuyến cáo thể kiểm tra mức độ bám của bánh rau bằng cách kéo nhẹ vào dây rốn, sau đó có thể làm tắc mạch. Tùy theo thể rau cài răng lược mà sẽ sẽ có hai thái độ là điều trị bảo tồn tức là để lại bánh rau đóng tử cung lại, sử dụng kháng sinh chống nhiễm trùng, dùng methotrexate tiêm và vài tuần sau tiến hành nạo buồng tử cung để lấy rau hoặc để rau thai sổ tự nhiên. Phương pháp này tránh chảy máu trong quá trình mổ nhưng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu thứ phát có thể phải can thiệp lại. Một số tác giả muốn điều trị toàn bộ bằng cắt tử cung hoàn toàn, phương pháp này rất chảy máu và đặc biệt rất dễ có tổn thương bàng quang do khi bóc tách không nhìn rõ, rất khó cầm máu ở diện bóc tách nhất là ở thành chậu mà việc cầm máu phải được làm theo phương pháp Mikulicz. [1], [3]

Nghiên cứu này của chúng tôi không có trường hợp nào điều trị bảo tồn.

## 5.KẾT LUẬN

Sử dụng đường rạch dọc thân tử cung lấy thai trong xử trí rau tiền đạo cài răng lược là một đường mổ hữu ích vì nó làm giảm lượng máu mất và giảm nguy cơ tổn thương các tạng khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. BOOG. Anomalies de la placentation. Traite d'Obstetrique- Masson 2010 ; 206-214
2. Wu et Al. Risk factors for placenta accreta. Am.J. Obstet. Gynecol. 2005 ; 192 ; 1458
3. Chou M.M, Lee YH. Placenta accreta : diagnosis antenatal. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2000 ; 15 (1) : 28-35
4. Desbrieres R, Courbieres B. Prise en charge des anomalies d'insertion placentaire : placenta accreta, percreta. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004 ;33 (8 suppl) 4S 103-4S119.
5. Levallant L.M, Benoit B. Le placenta au 3e trimestre de la grossesse Pratique de l'echographie obstetricale au troisieme trimestre-Sauramp medical-2009 ; 195-222