



NHAU CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

LÊ THỊ THU HÀ
VÀ CS

1

NỘI DUNG

ĐẶT VẤN ĐỀ
PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ CÁCH
TIẾN HÀNH
KẾT QUẢ - BÀN LUẬN
KẾT LUẬN
TÀI LIỆU THAM KHẢO

2



ĐẶT VẤN ĐỀ

3

ĐẶT VẤN ĐỀ

NCRL là thai kỳ nguy cơ cao

Mẹ:

- Mất máu nhiều
- Vỡ tử cung
- Tổn thương BQ-NQ.
- Cắt tử cung
- Nhiễm trùng
- Tử vong

Con

- Non tháng
- Suy hô hấp
- Tử vong

4

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Tại BV Từ Dũ có # 50.000 ca sinh/ năm, tỉ lệ MLT tăng từ 40% - 55% trong 7 năm qua.
- Nhau tiền đạo: 397 (2010), 775 (2011)
- NCRL: 37 (2010), 54 (2011)
- Cho đến nay chưa có nghiên cứu về kết cục thai kỳ của NCRL.
- *Nhằm khảo sát những ảnh hưởng lên mẹ - con của NCRL tại Bệnh viện Từ Dũ.*

5

MỤC TIÊU

Xác định kết quả thai kỳ các trường hợp NCRL sau 20 tuần tại BV Từ Dũ

6



PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ CÁCH TIẾN HÀNH

7

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ CÁCH TIẾN HÀNH

Nghiên cứu hồi cứu những trường hợp NCRL trên 20 tuần được chẩn đoán sau mổ lấy thai hoặc sinh ngả âm đạo từ 1 tháng 1 đến 31 tháng 12 năm 2011.

8

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ CÁCH TIẾN HÀNH

NCRL trong nghiên cứu được xác định theo tiêu chuẩn ICD-9-CM:

- **Dựa vào lâm sàng:** xác định nhau cài răng lược trong lúc mổ hoặc sinh ngã âm đạo (quan sát thấy nhau xâm lấn bề mặt tử cung trước khi rạch cơ tử cung hoặc không bóc được nhau)
- **Dựa vào chẩn đoán mô học.**

9

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ CÁCH TIẾN HÀNH

Dữ liệu

- **Con:** tuổi thai lúc sinh, cân nặng, tình trạng lúc xuất viện.
- **Mẹ:** tuổi, số lần sinh, số lần mổ trên tử cung trước đó, tiền căn hút nạo buồng tử cung, ảnh hưởng trên mẹ (cắt tử cung, lượng máu mất, lượng máu truyền, tổn thương niệu quản, tổn thương bàng quang, bệnh lý đông máu nội mạch lan toả), số ngày nằm viện.

Phân tích bằng phần mềm SPSS 18.2

10



KẾT QUẢ BÀN LUẬN

11

KẾT QUẢ

- **46/50.624 ca sinh được chẩn đoán NCRL sau tuần 20 thai kỳ trong thời gian 1/1/đến 31/12 năm 2011 tại bệnh viện Từ Dũ, chiếm tỉ lệ 1/1100 ca sinh**
- 32/46 cắt tử cung có xác định bằng mô học
- 14/46 bảo tồn tử cung được chẩn đoán dựa trên lâm sàng.

Miller AJOG (1997)
- 1/2510
Wu AJOG (2005)
- 1/533
Eller BJOG (2009)
- 1/840

Courbière JGOBR 2003 (Marseille)
- 1/1000
Kayem Obstet Gynecol 2004 (Paris)
- 1/968
Clouqueur JGOBR 2008 (Lille)
- 1/1916

12

YẾU TỐ NGUY CƠ

Bảng 1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình	Khoảng biến thiên
Tuổi	34	26 - 45
Số lần mang thai	2	1 - 6
Nghề nghiệp	N	%
CNV	4	8.7
Nội trợ	20	43.5
Công nhân	3	6.0
Buôn bán	9	19.6
Khác	10	21.7
Tiền căn mổ lấy thai	N	%
0 lần	7	17.3
1 lần	33	71.7
2 lần	6	13
Tiền căn hút nạo buồng tử cung	N	%
0 lần	20	43.5
1 lần	18	39.1
2 lần	7	15.2
3 lần	1	2.2

Trong nhóm nghiên cứu 100% là đơn thai

Tiền căn hút nạo buồng tử cung 26/46 (56,5%)

Nhau tiền đạo 45/46 (97,8%)

Sẹo mổ trên tử cung: 39/46 (84,8%)

(Số lần MLT nhiều nhất là 1 lần chiếm 33 trường hợp (71,7%), mổ lấy thai 2 lần 6 trường hợp (13%) còn lại 7 trường hợp không có sẹo mổ cũ

Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM (1997)

Nguy cơ NCRL + nhau tiền đạo / sẹo mổ cũ

- 0 lần: 1 - 5%
- 1 lần: 11 - 25%
- 2 lần: 35 - 41%
- 3 lần: 40%
- 4 lần: 50 - 67%

National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement

Nguy cơ NCRL/ sẹo mổ cũ

- 1 lần: 0.3%
- 2 lần: 0.6%
- 3 lần: 2.4%

3. KẾT CỤC THAI KÌ

Bảng 2. Kết cục trên con

Đặc điểm	Số trung bình	Khoảng biến thiên
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	35.5	22 - 40
Cân nặng thai nhi lúc sinh (gam)	2645	500 - 3750
Số ngày nằm điều trị tại khoa sơ sinh (ngày)	1.2	0 - 8
Tình trạng xuất viện	N	%
Khỏe	33	71.7
Bệnh lý non tháng	8	17.4
Tử vong sơ sinh	5	10.9

Bảng 3. Kết cục trên mẹ

Đặc điểm	Số trung bình	Khoảng biến thiên
Lượng máu mất ước tính (ml)	1800	300 - 3800
Lượng máu truyền (đơn vị hồng cầu lắng)	7	0 - 24
Huyết tương đông lạnh	1.9	0 - 8
Kết tủa lạnh	1.2	0 - 6
Thời gian mổ (phút)	140	30 - 375
Số ngày nằm viện (ngày)	9	5 - 42
	N	%
Bảng huyết (máu mất > 500ml)	36	78.3
Cắt tử cung	32	69.6
Tổn thương niệu quản	0	0
Tổn thương bàng quang	1	2.2
Bệnh lý đông máu nội mạch lan tỏa	0	0
Tử vong	0	0

KẾT CỤC TRÊN MẸ

Eller BJOG 2009

	Suspected accreta (n = 57)
Estimated blood loss, l	2.4 (0.2–9.0)
Maternal ICU admission	16 (28)
Early re-operation	2 (4)
Coagulopathy	15 (26)
Blood transfusion	
Any	44 (77)
≥4 units	22 (39)
Cystotomy	19 (33)
Ureteral injury	4 (7)
Infectious complications	18 (32)
Wound infection	8 (14)
Intra-abdominal infection	4 (7)
Vaginal cuff cellulitis	2 (4)
Pyelonephritis	4 (7)
Pneumonia	0
Postoperative length of stay	
≤4 days	30 (53)
5–8 days	23 (40)
≥9 days	4 (7)
Hospital re-admission within 6 weeks	7 (13)
Delayed re-operation	5 (9)
Early morbidity	25 (44)
Late morbidity	11 (19)

KẾT CỤC TRÊN MẸ

O'Brien JM, Barton JR và cs: 109 trường hợp NCRL

- Truyền > 10 đơn vị máu : 44 ca
- Nhiễm trùng: 31 ca
- Tổn thương đường niệu: 5 ca
- Vỡ tử cung tự phát: 3 ca
- Tử vong con: 10 ca
- Tử vong mẹ: 8 ca

- Zhang c và cs: 2/47 cắt tử cung và 45/47 điều trị bảo tồn.
- Zelop CM, Harlow BL và cs: # 2/3 trường hợp cắt tử cung chu sản do NCRL.
- Glaze S, Ekwawanga P và cs: có 29/87 (33%) cắt tử cung chu sản do NCRL.

KẾT LUẬN

Qua hồi cứu 46 trường hợp NCRL từ 1/1/ đến 31/12/2011 tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi ghi nhận:

- NCRL chiếm tỉ lệ 1/1100 trường hợp sinh.
- Trong số NCRL, nhau tiền đạo chiếm 97.8%, sẹo mổ cũ 84.8%. Có 60.9% có tiền căn nạo hút thai.
- Lượng máu mất trong nghiên cứu trung bình là 1800ml, trường hợp mất nhiều nhất là 3800ml. Lượng máu truyền trung bình là 7 đơn vị hồng cầu lắng, nhiều nhất là 24 đơn vị.
- Truyền máu là 36 (78,3%) trường hợp
- Cắt tử cung là 32/46 (69.6%) trường hợp.
- Tổn thương bàng quang 1/46 (2.2%) trường hợp.
- Tử vong con 5/46 (10,8%) do non tháng
- Tử vong mẹ 0 trường hợp.

REFERENCES

- ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee opinion. Number 266, January 2002: placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2002;99:169–76.
- Bader G, Jelin P, Quenlin E, et al. Interest of modern imaging for conservative management of a placenta percreta. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007; 35:640–6.
- Carstock OY, Cave AJ Jr, Brantson RA, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1135–40.
- Finnberg ML, Williams AM. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med.* 1992;11:819–43.
- Glebovsky T, Rajasek N, Favaloro S, Ezz N. Placenta accreta—summary of 10 years: a survey of 330 cases. *Placenta.* 2002;23:239–4.
- Hall MA. Haemorrhage. In Lewis G, editor. *Why mothers die 2000-2002, 4th report of confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom.* London: RCOG Press; 2004. <http://www.rcog.org.uk/>
- Nghe H, Dalziel B, Sheer DM, et al. Failure of methotrexate treatment for term placenta percreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171:550–5.
- Kayem G, Davy C, Goffinet F, et al. Conservative versus cesarean management in cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2004;104:511–6.
- Kirkham P, Nello-Markelainen ML, Venkiser R, Parmanen K. Placenta accreta: imaging by gray-scale and contrast-enhanced color Doppler sonography and magnetic resonance imaging. *J Clin Ultrasound.* 1992;26:90–4.
- Loe G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Sac Gynecol Invest.* 2002;9:37–40.
- O'Brien JM, Barton JR, Donohue ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1632–6.
- Placenta previa and placenta percreta accreta: diagnosis and management. *RCOG Guideline No. 27.* 2005.
- Silver JL, Hebel CJ, Lagasse L, et al. Placenta previa percreta with bladder involvement: new considerations and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1997;9:110–6.
- Usher RH, Madnick EM, Moss AA, et al. Placenta previa accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1045–9.
- Werschek CR, Iskender R, Hall AD, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2006;108:571–81.
- Wong HS, Parker S. Ultrasonographic findings in conservatively treated placenta percreta. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26:580–1.
- Wong HS, Zaccallo J, Parker S, et al. Antenatal diagnosis of non-previa placenta accreta with histological confirmation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;27:487–9.
- Wong HS, Zaccallo J, Strand L, et al. The use of ultrasound in assessing the extent of myometrial involvement in partial placenta accreta. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;30:227–30.
- Wu S, Kochergovskiy M, Hibbard M. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1458–61.
- Zhang C, Liu XJ, Fan GS, Yang JQ, Liu JT. [Chin J Clin Obstet Gynecol]. Clinical analysis of 47 cases of placenta accreta in the second and third trimesters. 2008;12 (PubMed - Indexed in MEDLINE)



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN

LÊ THỊ THU HÀ
VÀ CS