

ẢNH HƯỞNG CỦA VẾT MỔ ĐẼ CŨ ĐẾN BIẾN CHỨNG RAU TIỀN ĐẠO

Vũ Văn Tâm, Nguyễn Quốc Trường
Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

Tóm tắt

Hiện nay, sản phụ có vết mổ đẻ cũ (VMĐC) ngày càng gia tăng trong cộng đồng nhưng VMĐC làm nhiều bệnh lý sản khoa thêm nguy hiểm trong đó có rau tiền đạo (RTĐ).

Nghiên cứu nhằm mục tiêu: nhận xét ảnh hưởng của VMĐC đến biến chứng của RTĐ gây ra cho người mẹ và thai nhi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả có so sánh 649 hồ sơ sản phụ RTĐ tại BVPS Hải Phòng trong 5 năm (2009 - 2013).

Kết quả nghiên cứu: lượng hemoglobin mất trong mổ lấy thai ($24,7 \pm 11,8$ g/l), tỷ lệ phải cắt TC (10,7%), rau cài răng lược (4,5%) ở sản phụ RTĐ có VMĐC cao hơn ở sản phụ RTĐ không có VMĐC ($19,5 \pm 12,1$ g/l, 4,1% và 2,0%). Tuổi thai kết thúc thai nghén và cân nặng khi sinh không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Kết luận: VMĐC làm biến chứng của RTĐ gây ra cho người mẹ thêm nặng nề nhưng có ảnh hưởng rất ít đến các biến chứng gây ra cho con.

Từ khóa: RTĐ, VMĐC, biến chứng.

Abstract

OUTCOMES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND PRIOR CESAREAN SECTION

The objective of this study aims to evaluate pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the prior cesarean delivery.

Material and method: a retrospective study of 649 patients with placenta previa at the Hai Phong hospital of obstetrics and gynecology from 2009 to 2013.

Results: in patients with placenta previa and prior cesarean section Hb mean during operation ($24,7 \pm 11,8$ g/l), hysterectomy (10,7%), placenta accreta (4,5%). These values were significantly higher in patient without prior cesarean section. However, gestational week at delivery and neonatal weight were not different between two groups.

Conclusion: although prior cesarean delivery and placenta previa was not an independent risk factor for perinatal but it should be considered as a marker for possible obstetric complications.

1. Đặt vấn đề

Ngày nay, ngành sản phụ khoa và kỹ thuật gây mê hồi sức phát triển không ngừng cùng với sự ra đời của kháng sinh, kỹ thuật vô khuẩn và tiết khuẩn đã làm cho phẫu thuật mổ lấy thai thêm hoàn thiện. Mổ lấy thai không còn là một phẫu thuật khó khăn với bác sỹ sản khoa và cũng không còn ảnh hưởng quá nhiều đến sức khỏe sản phụ. Chính lý do này dẫn đến chỉ định mổ lấy thai ngày càng được mở rộng, phương pháp mổ lấy thai được áp dụng ở nhiều tuyến cơ sở y tế và hệ quả làm tăng tỷ lệ sản phụ mang thai có VMĐC trong cộng đồng. Tuy nhiên, VMĐC lại là nguyên nhân làm cho nhiều bệnh lý sản khoa trở lên phức tạp, biến chứng gây ra cho người mẹ và thai nhi nặng hơn.

Một trong số bệnh lý bị tác động rõ rệt bởi VMĐC là RTĐ. Nghiên cứu của Liang-kun Ma và cộng sự tại Trung Quốc thấy ở sản phụ RTĐ có VMĐC lượng máu mất trung bình trong mổ lấy thai (1412 ± 602 ml) và

tỷ lệ phải cắt tử cung để cầm máu (13,8%) đều cao hơn rõ rệt so với sản phụ RTĐ không có VMĐC (648 ± 265 ml và 0,8%) đồng thời trẻ sinh ra có chỉ số Apgar ≤ 7 (10,0%) cũng cao gấp 2 lần (4,9%) [1]. Xuất phát từ sự gia tăng tỷ lệ sản phụ có VMĐC hiện nay và sự tác động không tốt của VMĐC đến bệnh lý RTĐ, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

Nhận xét ảnh hưởng của VMĐC đến biến chứng của RTĐ gây ra cho người mẹ và thai nhi.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

Sản phụ RTĐ kết thúc thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 01/2009 - 12/2013.

(+) Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sản phụ đơn thai được chẩn đoán RTĐ sau đẻ hoặc mổ lấy thai.

- Tuổi thai kết thúc thai nghén từ 22 tuần trở lên.

Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm:

- + Nhóm nghiên cứu: sản phụ RTĐ có VMĐC.
- + Nhóm so sánh: sản phụ RTĐ không có VMĐC.

(+) Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ đa thai, thai chết lưu.
- Sản phụ có bệnh nội khoa nặng.

2.2 Phương pháp nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp hồi cứu mô tả có so sánh. Trong 5 năm (2009 - 2013) có 649 hồ sơ sản phụ phù hợp đưa vào nghiên cứu bao gồm: 112 sản phụ RTĐ có VMĐC và 537 sản phụ RTĐ không có VMĐC.

2.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán RTĐ.

Bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung khi mổ lấy thai hoặc khoảng cách từ mép bánh rau đến lỗ màng rau dưới 10cm sau đẻ.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1 Tình trạng mất máu và truyền máu.

Bảng 3.1. Tình trạng mất máu và truyền máu.

Mất máu và truyền máu		RTĐ có VMĐC		RTĐ không có VMĐC		p
		n	%	n	%	
Hb trước sinh (Hb: hemoglobin)	≥ 110	50	44,6	278	51,8	>0,05
	90 - 109	58	51,8	235	43,8	>0,05
	70 - 89	4	3,6	22	4,1	>0,05
	< 70	0	0,0	2	0,4	>0,05
	Tổng	112	100	537	100	
	Trung bình	107,0 ± 10,4 (g/l)		110,0 ± 12,5 (g/l)		<0,05
Hb mất trong mổ lấy thai		24,7 ± 11,8 g/l		19,5 ± 12,1 g/l		<0,01
Lượng máu truyền		287,5 ± 543,0 ml		174,9 ± 345,6 ml		<0,01

3.2 Các biện pháp cầm máu.

Bảng 3.2. Các biện pháp cầm máu

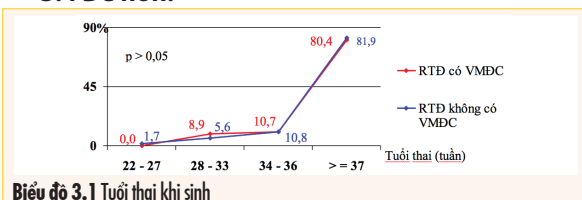
Loại RTĐ	RTĐ có VMĐC		RTĐ không có VMĐC		p
	n	%	n	%	
Không can thiệp	14	12,5	176	32,8	<0,01
Khâu cầm máu	88	76,8	311	57,9	<0,01
Thắt ĐMT (động mạch tử cung)	33	29,5	99	18,4	<0,01
Cắt tử cung	12	10,7	22	4,1	<0,01

- Đắp gạc nóng, khâu mũi B - Lynch và thắt động mạch hạ vị ít được sử dụng

3.3 Rau cài răng lược và tổn thương tạng.

- Tỷ lệ rau cài răng lược ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 4,5% cao hơn tỷ lệ này ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (2,0%).
- Có 3 trường hợp tổn thương bàng quang: 2 trường hợp có VMĐC 1 lần và 1 trường hợp có VMĐC 2 lần.

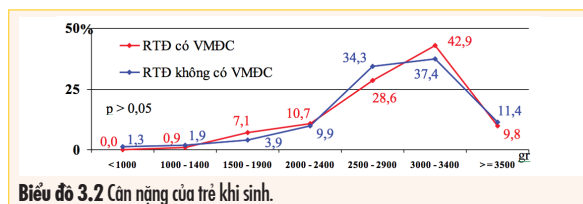
3.4 Đẻ non.



Biểu đồ 3.1 Tuổi thai khi sinh

- Tuổi thai trung bình khi sinh ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 37,5 ± 2,3 tuần và ở sản phụ RTĐ không có VMĐC là 37,6 ± 2,7 tuần (p > 0,05).

3.5 Trẻ nhẹ cân.



Biểu đồ 3.2 Cân nặng của trẻ khi sinh.

- Cân nặng trung bình của trẻ khi sinh ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 2889,3 ± 524,9gr và ở sản phụ RTĐ không có VMĐC là 2854,5 ± 581,7gr (p > 0,05).

3.6 Nguy cơ sơ sinh.

Bảng 3.3. Chỉ số Apgar phút thứ 1 và 5.

Apgar		RTĐ có VMĐC		RTĐ không có VMĐC		p
		n	%	n	%	
Phút thứ 1	< 7	6	5,4	37	6,9	>0,05
	≥ 7	106	94,6	500	93,1	
Phút thứ 5	< 7	1	0,9	15	2,8	>0,05
	≥ 7	111	99,1	522	97,2	

4. Bàn luận

4.1 Tình trạng mất máu và truyền máu.

Mất máu trước sinh ở sản phụ RTĐ là do chảy máu ở 3 tháng cuối thai kỳ. Tìm hiểu tác động của VMĐC đến tình trạng mất máu này, bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ các mức độ thiếu máu trước sinh của hai nhóm sản phụ RTĐ có VMĐC và không có VMĐC khá tương đồng, sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Tuy nhiên khi tính lượng hemoglobin trung bình trước sinh, giá trị này ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 107,0 ± 10,4g/l thấp hơn ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (110,0 ± 12,5g/l), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05. Điều này chứng tỏ VMĐC có ảnh hưởng tới mức độ mất máu trước sinh của sản phụ RTĐ nhưng sự ảnh hưởng này không nhiều.

Mất máu trong mổ lấy thai phụ thuộc chủ yếu vào mức độ tổn thương tử cung do bánh rau tiền đạo gây ra. Nghiên cứu thấy lượng hemoglobin mất trung bình ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 24,7 ± 11,8 g/l cao hơn sản phụ RTĐ không có VMĐC (19,5 ± 12,1 g/l). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Nghiên cứu của Liang-kun Ma cũng có nhận định tương tự: lượng máu mất trung bình ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 1412 ± 602ml cao hơn 2 lần giá trị này ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (648

$\pm 265\text{ml}$) [1]. Như vậy, VMĐC đã làm cho tình trạng mất máu khi mổ lấy thai ở sản phụ RTĐ nặng thêm và chính hậu quả này đã làm lượng máu truyền bù lại ở sản phụ RTĐ có VMĐC lớn hơn nhiều so với sản phụ RTĐ không có VMĐC. Bảng 3.1 cho biết lượng máu truyền bù lại ở sản phụ RTĐ có VMĐC là $287,5 \pm 543,0\text{ ml}$ cao hơn so với ở sản phụ RTĐ không có VMĐC ($174,9 \pm 345,6\text{ ml}$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. To và cộng sự có kết quả tương tự: tỷ lệ sản phụ RTĐ có VMĐC phải truyền từ 4 đơn vị máu trở lên là 16,27% cao hơn nhiều so với sản phụ RTĐ không có VMĐC (5,5%) [2].

4.2 Các biện pháp cầm máu.

Tổn thương niêm mạc và cơ tử cung gây chảy máu sau bóc rau trong mổ lấy thai ở sản phụ RTĐ tương đối phổ biến, đặc biệt khi tử cung có VMĐC thì mức độ tổn thương càng nặng hơn, khả năng phải tiến hành các biện pháp cầm máu ngoại khoa tăng lên rõ ràng. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ sản phụ RTĐ có VMĐC không phải tiến hành các biện pháp cầm máu ngoại khoa (12,5%) thấp hơn so với tỷ lệ này ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (32,8%) đồng thời tỷ lệ phải khâu cầm máu (76,8%), thắt ĐMTC (29,5%) và cắt TC (10,7%) cao hơn nhiều so với sản phụ RTĐ không có VMĐC (57,9%, 18,4% và 4,1%). Kết quả này tương tự kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Grobman cho biết tỷ lệ phải thắt ĐMTC ở sản phụ RTĐ không có VMĐC là 3,0% tăng lên 7,0% ở sản phụ RTĐ có VMĐC 1 lần, 21,0% ở sản phụ RTĐ có VMĐC 2 lần và 29,0% ở sản phụ RTĐ có VMĐC từ 3 lần trở lên. [3]. Yaegashi thấy tỷ lệ phải cắt TC cầm máu ở sản phụ RTĐ không có VMĐC là 2,1% tăng lên 13,8% ở sản phụ có VMĐC 1 lần và 73,7% ở sản phụ có VMĐC từ 2 lần trở lên [4].

4.3 Rau cài răng lược và tổn thương tạng.

Rau cài răng lược là biến chứng ít gặp nhưng lại là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến cắt tử cung ở sản phụ RTĐ. Nghiên cứu cho biết tỷ lệ rau cài răng lược ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 4,5% cao hơn tỷ lệ này ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (2,0%). To và cộng sự cho kết quả tương tự: tỷ lệ sản phụ RTĐ không có VMĐC bị rau cài răng lược là 0,26% tăng lên 8,33% ở sản phụ RTĐ có VMĐC 1 lần và 14,28% ở sản phụ RTĐ có VMĐC từ 2 lần trở lên [2]. Như rau cài răng lược, tổn thương tạng cũng là biến chứng hiếm gặp, chúng tôi thấy có 3 trường hợp có tổn thương bàng quang thì cả 3 trường hợp đều có VMĐC. Phạm Thị Phương Lan cũng cho thấy sản phụ RTĐ có sẹo mổ tử cung (SMTC) (99,4% VMĐC)

thì tỷ lệ tổn thương tạng và máu tụ khi mổ lấy thai là 7,9% nhưng tỷ lệ này giảm đi rất nhiều ở sản phụ RTĐ không có SMTC (0,5%) [5].

4.4 Đẻ non.

Đẻ non là hậu quả hay gặp ở sản phụ RTĐ do nhiều nguyên nhân nhưng chủ yếu do chảy máu âm đạo quá nhiều mà điều trị nội khoa không có kết quả. Liang-kun Ma [1] cho biết tỷ lệ đẻ non ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 24,1% cao hơn tỷ lệ này ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (13,2%) tuy nhiên Hasegawa lại khẳng định VMĐC không phải là yếu tố liên quan đến mổ cấp cứu lấy thai trước 36 tuần ở sản phụ RTĐ [6]. Nghiên cứu của To cũng cho nhận định khác với Liang-kun Ma, theo tác giả tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén ở sản phụ RTĐ có VMĐC là $34,59 \pm 6,26$ tuần thấp hơn so với sản phụ RTĐ không có VMĐC ($36,02 \pm 5,76$ tuần) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [2]. Chúng tôi cũng có kết quả tương tự nghiên cứu của To, biểu đồ 3.1 cho biết các mức tuổi thai đẻ non có tỷ lệ gần tương đương nhau giữa hai nhóm sản phụ RTĐ có VMĐC và không có VMĐC và tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén của cả hai nhóm đều là 38 tuần.

4.5 Trẻ nhẹ cân.

Grobman nghiên cứu tại Chicago thấy trọng lượng trung bình của trẻ khi sinh ở sản phụ RTĐ không có VMĐC là $2531 \pm 795\text{gr}$ so với giá trị này ở sản phụ RTĐ có VMĐC 1 lần ($2585 \pm 792\text{gr}$), 2 lần ($2559 \pm 707\text{gr}$) và từ 3 lần trở lên ($2609 \pm 789\text{gr}$) đều có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tác giả cho rằng VMĐC có ảnh hưởng rất ít đến trọng lượng trẻ khi sinh ở sản phụ RTĐ [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự, biểu đồ 3.2 cho biết các mức cân nặng của trẻ khi sinh có tỷ lệ khá tương đồng ở hai nhóm sản phụ RTĐ có VMĐC và không có VMĐC đồng thời cân nặng trung bình của trẻ đều khoảng 2800 - 2900gr.

4.6 Ngạt sơ sinh.

Ngạt sơ sinh có hậu quả rất nặng nề, nếu không được cấp cứu kịp thời thì trẻ rất dễ bị bại não, thậm trí là tử vong. Nghiên cứu của Grobman cho biết tỷ lệ trẻ khi sinh có chỉ số Apgar < 4 phút thứ 5 ở sản phụ RTĐ không có VMĐC là 2,0% không có sự khác biệt nhiều so với giá trị này ở sản phụ RTĐ có VMĐC 1 lần (3,0%), 2 lần (4,0%) và từ 3 lần trở lên (2,0%). Tác giả so sánh về các tỷ lệ trẻ có pH động mạch rốn $< 7,0$, chuyển đến đơn vị chăm sóc đặc biệt, suy hô hấp, xuất huyết não giữa các nhóm sản phụ trên cũng thấy sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê [3]. Nghiên cứu

của chúng tôi có kết quả tương tự, tỷ lệ trẻ khi sinh có chỉ số Apgar < 7 ở sản phụ RTĐ có VMĐC là 5,4% ở phút thứ 1 và 0,9% ở phút thứ 5 thấp hơn tỷ lệ này ở sản phụ RTĐ không có VMĐC (6,9% ở phút thứ 1 và 2,8% ở phút thứ 5) nhưng sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Phạm Thị Phương Lan có nhận định như trên: sự khác biệt về tỷ lệ trẻ khi sinh chỉ số Apgar < 7 ở sản phụ RTĐ có SMTC và không có SMTC là không có ý nghĩa thống kê [5].

5. Kết luận.

Biến chứng gây ra cho người mẹ thêm nặng nề ở sản phụ RTĐ khi có VMĐC: lượng hemoglobin mất trong mổ lấy thai và lượng máu truyền bù lại tăng cao rõ rệt đồng thời tỷ lệ phải dùng các phương pháp cầm máu ngoại khoa trong đo có cắt tử cung và biến chứng rau cài rặng lược cùng với tổn thương tạng cũng tăng theo. Tuy nhiên, VMĐC có ảnh hưởng rất ít đến các biến chứng gây ra cho con ở sản phụ RTĐ.

Tài liệu tham khảo

1. Liang-kun Ma et al (2012), Clinical analysis of placenta previa complicated with previous cesarean section, Chin Med Sci J, Vol. 27, No. 3: 129-133.
2. To W.W.K, Leung W.C (1995), Placenta previa and previous cesarean section, International Journal of Gynecology & Obstetrics, 51: 25-31.
3. Grobman W.A et al (2007), Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries, Obstetrics & Gynecology, Vol. 110, No. 6:1249-55.
4. Yaegashi N et al (2000), Emergency postpartum

hysterectomy in women with placenta previa and prior cesarean section, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 68: 49-52.

5. Phạm Thị Phương Lan (2007), Biến chứng của rau tiền đạo ở những sản phụ có sẹo mổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2002 - 12/2006, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Hasegawa J et al (2009), Predisposing factors for massive hemorrhage during cesarean section in patients with placenta previa, Ultrasound Obstet Gynecol, 34: 80-84.