

Psoriatic nephropathy and its correlation with hs-CRP: A case control study. Indian Dermatology Online Journal, 11(1):29-34.

7. **Munera-Campos M, Ferrándiz C, Mateo L, et al** (2021). Prevalence and stages of chronic kidney disease in psoriasis and psoriatic arthritis:

A cross-sectional study. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 1-4.

8. **Ren F, Zhang M, Hao L, et al** (2017). Kidney involvement in psoriasis: a case-control study from China. International urology and nephrology, 49(11):1999-2003.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI PHỤ RAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM – THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Ngô Xuân Quý¹, Nguyễn Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Rau tiền đạo là một cấp cứu trong sản khoa, một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong lúc chuyển dạ và sau đẻ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí thai phụ rau tiền đạo tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 146 sản phụ bị rau tiền đạo trong thời gian từ 01/04/2019 - 31/12/2023 tại khoa Sản và khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. **Kết quả:** Tỷ lệ ra máu âm đạo tự nhiên là 53,4%. Tỷ lệ sản phụ có thiếu máu là 51,4% trong đó đa số thiếu máu mức độ 1 (45,9%). Tỷ lệ xử trí mổ chủ động chiếm 54,8%. Chỉ định mổ lấy thai do rau tiền đạo chảy máu 34,2%; rau tiền đạo đủ tháng 43,8%. Tỷ lệ sản phụ không phải truyền máu trong và sau phẫu thuật là 82,9%. Sau mổ có 12,3% chảy máu, 0,7% tụ máu. **Kết luận:** Chỉ định mổ lấy thai đúng làm giảm các biến chứng của rau tiền đạo đối với sản phụ. **Từ khóa:** rau tiền đạo, truyền máu, ra máu âm đạo

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AT UONG BI VIETNAM - SWEDEN HOSPITAL

Placenta previa is an obstetric emergency, one of the causes of bleeding in the last three months of pregnancy, during labor and postpartum. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and outcomes of managing pregnant women with placenta previa at the Uong Bi Vietnam – Sweden Hospital. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study of 146 pregnant women with placenta previa from April 1, 2019, to December 31, 2023, at the Obstetrics Department and Treatment on Demand Department, Uong Bi Vietnam – Sweden Hospital. **Results:** The percentage of natural vaginal bleeding

was 53.4%. The proportion of pregnant women with anemia was 51.4%, with the majority having level 1 of anemia (45.9%). The rate of active Cesarean section management was 54.8%; including 34.2% due to bleeding placenta previa and 43.8% for full-term placenta previa. The rate of pregnant women who did not require blood transfusion during and after Cesarean section was 82.9%. Post-surgery, 12.3% experienced bleeding, 0.7% experienced hematoma. **Conclusion:** Indications for cesarean section reduced complications of placenta previa for pregnant women.

Keywords: placenta previa, blood transfusion, vagina bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau tiền đạo (RTĐ) là một cấp cứu trong sản khoa, là một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, gây chảy máu trong lúc chuyển dạ và sau đẻ [6]. Rau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và con, do chảy máu và đẻ non [1].

Rau tiền đạo làm tăng tỷ lệ tử vong sơ sinh do non tháng và có thể gây ra tình trạng chảy máu nhiều đe dọa tính mạng của sản phụ [6]. Các biến chứng của rau tiền đạo đối với mẹ như băng huyết sau sinh, chấn thương sản khoa, truyền máu và cắt tử cung, tổn thương các tạng lân cận khi mổ lấy thai, nhiễm khuẩn hậu sản, tăng tỷ lệ tử vong mẹ [6].

Với những biến chứng nguy hiểm do rau tiền đạo gây ra, yêu cầu đặt ra chính là cần phải phát hiện sớm, theo dõi chặt chẽ các trường hợp sản phụ rau tiền đạo, qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, giảm tai biến cho mẹ và con, giảm các gánh nặng cho gia đình và xã hội. Với mục đích tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng giúp chẩn đoán sớm và có thái độ xử trí đúng, kịp thời là yếu tố quan trọng để giảm các biến chứng nặng nề cho mẹ và con. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả xử trí thai phụ rau tiền đạo tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí trong thời gian trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ được chẩn đoán xác định là rau tiền đạo qua lâm sàng

¹Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: xuanquyngo1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

và siêu âm, với tuổi thai từ 28 tuần trở lên được theo dõi, xử trí và điều trị tại khoa Sản và khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân khác đi kèm: rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch, đái tháo đường...

- Các bệnh lý sản khoa đi kèm: rau bong non, tiền sản giật, thai đôi, thai chết lưu...

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Khoa Sản và khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

2.3. Thời gian nghiên cứu

- Từ tháng 7/2023-7/2024 (thời gian thu số liệu: thu số liệu từ bệnh án sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo từ 1/4/2019-31/12/2023).

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu. Toàn bộ sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo được theo dõi và xử trí trong khoảng thời gian từ 01/04/2019 - 31/12/2023 tại khoa Sản và khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số về nhóm tuổi: ≤ 24 tuổi, 25-35 tuổi, > 35 tuổi.

- Biến số tiền sử sản khoa: Tiền sử nạo, hút thai, tiền sử kiểm soát buồng tử cung, tiền sử rau tiền đạo.

- Biến số triệu chứng lâm sàng: ra máu âm đạo tự nhiên, đau bụng, ra máu tái phát.

- Biến số phân loại huyết sắc tố khi vào viện

- Biến số đặc điểm phẫu thuật rau tiền đạo: xử trí rau tiền đạo, lý do chỉ định mổ lấy thai, phương pháp cầm máu, đặc điểm truyền máu.

- Biến số biến chứng sau mổ của sản phụ

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Xây dựng bệnh án nghiên cứu đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

- Hồi cứu dựa trên thu thập các số liệu sẵn có tại hồ sơ bệnh án và sổ phẫu thuật, số đề được lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu mẫu, mã hóa, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Thống kê mô tả với tần số (số lượng) và tỷ lệ % cho biến định tính, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) cho biến định lượng.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Các thông tin thu thập dựa trên các thông tin sẵn có trên bệnh án và chỉ phỏng vấn thêm một số thông tin từ sản phụ nên không ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như quá trình điều trị của bệnh nhân. Bệnh án nghiên cứu được lưu giữ cẩn thận, bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 24 tuổi	11	7,5
	25-35 tuổi	90	61,6
	> 35 tuổi	45	30,8
Tuổi trung bình (Min-Max)		32,5 ± 5,7 (17-47)	
Tiền sử nạo hút thai	Chưa lần nào	80	54,8
	1 lần	50	34,2
	≥ 2 lần	16	11,0
Tiền sử kiểm soát tử cung sau sinh	Có	4	2,7
	Không	142	97,3
Tiền sử rau tiền đạo	Có	6	4,1
	Không	140	95,9

Nhận xét: 61,6% sản phụ có rau tiền đạo ở độ tuổi từ 25-35 tuổi, >35 tuổi chiếm 30,8% và chỉ có 7,5 % sản phụ có rau tiền đạo trong độ tuổi ≤ 24 tuổi. Tuổi trung bình của các sản phụ trong nghiên cứu này là 32,5 ± 5,7. Có 54,8% đối tượng không có tiền sử nạo hút thai. Chỉ có 2,7% đối tượng có tiền sử kiểm soát tử cung sau sinh. Tiền sử rau tiền đạo gặp ở 4,1% đối tượng tham gia nghiên cứu.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của rau tiền đạo lúc vào viện

Loại RTĐ		RTĐTT (n=84)		RTĐKTT (n=62)		Tổng (n=146)	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Ra máu âm đạo tự nhiên						
	Có	47	56,0	31	50,0	78	53,4
	Không	37	44,0	31	50,0	68	46,6
Đau bụng	Có	82	97,6	61	98,4	143	97,9
	Không	2	2,4	1	1,6	3	2,1
Ra máu tái phát	Có	41	48,8	23	37,1	64	43,8
	Không	43	51,2	39	62,9	82	56,2
Tổng		84	100,0	62	100,0	146	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ ra máu âm đạo tự nhiên là 53,4% trong đó nhóm rau tiền đạo trung tâm có tỷ lệ ra máu âm đạo là 56,0%. Có 97,9% sản phụ có triệu chứng đau bụng. Tỷ lệ ra máu tái phát là 43,8% trong đó nhóm rau tiền đạo trung tâm có tỷ lệ ra máu tái phát là 48,8% cao hơn nhóm rau tiền đạo không trung tâm 37,1%.

Bảng 3. Đặc điểm huyết sắc tố khi vào viện

Phân loại Hb (g/l)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (Hb \geq 120g/l)	71	48,6
Thiếu máu mức độ 1 (100 \leq Hb<120g/l)	67	45,9
Thiếu máu mức độ 2 (80 \leq Hb<100g/l)	7	4,8
Thiếu máu mức độ 3 (60 \leq Hb<80g/l)	1	0,7
Tổng	146	100,0
Trung bình	118,6 \pm 13,0	

Nhận xét: Chỉ số huyết sắc tố trung bình của thai phụ khi vào viện là 118,6 \pm 13,0g/l. Tỷ lệ sản phụ có thiếu máu là 51,4% trong đó đa số thiếu máu mức độ 1 (45,9%). Tỷ lệ sản phụ không thiếu máu khi vào viện là 48,6%.

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật rau tiền đạo

Chi định mổ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xử trí rau tiền đạo	Mổ cấp cứu	66	45,2
	Mổ chủ động	80	54,8
Lý do chỉ định mổ lấy thai	RTĐ chảy máu	50	34,2
	RTĐ + thai suy	4	2,7
	RTĐ + ối vỡ	4	2,7
	RTĐ + đủ tháng	64	43,8
	RTĐ + ngôi bất thường	10	6,8
	RTĐ + sẹo mổ cũ	7	4,8
	RTĐ + yếu tố khác	10	6,8
Phương pháp cầm máu	Không can thiệp	20	13,7
	Dùng thuốc co, cầm máu	123	84,2
	Khâu cầm máu diện rau bám chữ X, U	48	32,9
	Thắt 2 động mạch tử cung	58	39,7
	Thắt 2 động mạch tử cung + Khâu mũi B Lynch	1	0,7
	Cắt tử cung bán phần	2	1,4
Truyền máu	1 đơn vị	7	4,8
	2 đơn vị	16	11,0
	\geq 3 đơn vị	2	1,3
	Không truyền máu	121	82,9
Tổng		146	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ được xử trí mổ chủ

động cao hơn chiếm 54,8%. Đa số lý do chỉ định mổ lấy thai là do RTĐ chảy máu (34,2%) và RTĐ + đủ tháng (43,8%).

Có 13,7% số đối tượng không cần can thiệp cầm máu trong mổ. Đa phương pháp cầm máu được sử dụng là dùng thuốc co, cầm máu 84,2%. Có 2 cắt tử cung bán phần để cầm máu trong mổ.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ của sản phụ:

Trong tổng số 146 thai phụ trong nghiên cứu, chỉ có 1 trường hợp có biến chứng tụ máu chiếm 0,7% và 18 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm 12,3% và còn lại là không có biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của sản phụ rau tiền đạo là 32,5 \pm 5,7. Có 61,6% sản phụ có rau tiền đạo ở độ tuổi từ 25-35 tuổi, >35 tuổi chiếm 30,8% và chỉ có 7,5 % sản phụ có rau tiền đạo trong độ tuổi \leq 24 tuổi. Nghiên cứu của Lương Phan Anh cùng cộng sự năm 2021 tại Khoa Sản, Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên có tuổi sản phụ trung bình là 33 \pm 5,5 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 25-34 tuổi chiếm 58,7%, chỉ có 4,3% thai phụ dưới 24 tuổi [4]. Tác giả Trương Thị Linh Giang cùng cộng sự có tuổi thai phụ \geq 35 tuổi chiếm 46,9% [7].

Rau tiền đạo có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào trong thai kỳ, nhưng một số nghiên cứu tại Việt Nam đã chỉ ra rằng phụ nữ trong độ tuổi từ 25-34. Đây là độ tuổi phổ biến của phụ nữ mang thai và có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ khác như tiền sử mổ lấy thai, hút thuốc, và các bất thường tại tử cung.

Bảng 5. Tiền sử nạo hút thai của một số tác giả

Tác giả	Năm	Tiền sử nạo hút thai (%)
Lê Lam Hương [3]	2016	8,9
Lâm Đức Tâm [2]	2021	11,6
Kumari U [9]	2022	9,83
Chúng tôi	2024	45,2

Chúng tôi cho rằng sự tổn thương niêm mạc tử cung sau mỗi lần nạo phá thai khiến trứng khó làm tổ ở vị trí bình thường. Do đó, trứng có xu hướng dịch chuyển xuống phía dưới để làm tổ, dẫn đến hiện tượng rau tiền đạo. Việc này không chỉ làm tăng nguy cơ biến chứng trong thai kỳ mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và thai nhi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 2,7% sản phụ có tiền sử kiểm soát tử cung sau sinh. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Lê Lam Hương năm 2016 tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Huế là 5,4% [3]. Trong nghiên cứu của Lâm Đức Tâm cùng cộng sự năm 2021 tại

Cần Thơ, tỷ lệ sản phụ có tiền sử kiểm soát tử cung là 1,0% [2]. Điều này có thể do sự thay đổi trong cấu trúc niêm mạc tử cung sau khi kiểm soát tử cung. Sự thay đổi trong cấu trúc niêm mạc tử cung sau các thủ thuật kiểm soát tử cung có thể ảnh hưởng đến môi trường sống của trứng.

Rau tiền đạo là tình trạng bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung hoặc ngay trên lỗ trong cổ tử cung, gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm cho cả mẹ và thai nhi. Đặc điểm lâm sàng của rau tiền đạo bao gồm chảy máu âm đạo không kèm theo đau bụng, thường xảy ra trong ba tháng cuối của thai kỳ. Nghiên cứu của tác giả Trương Thị Linh Giang cùng cộng sự có thời điểm chảy máu âm đạo lần đầu ở tuần thai thứ 28-37 tuần là 76,2% nhóm tuổi thai <28 tuần chiếm 14,3% [7]. Tác giả Lương Phan Anh cùng cộng sự năm 2021 cho thấy thời điểm ra máu lần đầu ở tuần thai 28-32 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,2% [4]. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương năm 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình với ra máu âm đạo tự nhiên là 90,5% trong đó 50,9% ra máu tái phát [5]. Nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang cùng cộng sự năm 2023 tại Đại học Y - Dược Huế, sản phụ có ra máu âm đạo chiếm 65,6% [7]. Trong nghiên cứu của Vũ Thị Lan năm 2020, chảy máu là dấu hiệu hay gặp nhất trong rau tiền đạo chiếm 63,4%. Việc rau tiền đạo ra máu trước 37 tuần tuổi thai là một dấu hiệu báo động, yêu cầu sự can thiệp và quản lý y tế ngay lập tức. Nếu không được phát hiện và xử lý kịp thời, hiện tượng này có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm cho cả mẹ và bé, bao gồm sinh non và thiếu máu nghiêm trọng. Do đó, việc theo dõi sức khỏe thai kỳ và có kế hoạch chăm sóc y tế đầy đủ là rất quan trọng để đảm bảo an toàn và sức khỏe cho cả hai. Việc phát hiện sớm và điều trị đúng cách có thể giúp giảm thiểu các nguy cơ và đảm bảo một thai kỳ khỏe mạnh.

Bảng 6. Xử trí rau tiền đạo của một số tác giả

Tác giả	Năm	Tỷ lệ mổ lấy thai
Trần Thị Thu Hương [5]	2014	86,5%
Lê Lam Hương [3]	2016	94,6%
Trương Thị Linh Giang [7]	2023	93,8%
Chúng tôi	2024	100%

Ngày nay, nhờ sự tiến bộ vượt bậc của y học, đặc biệt là trong lĩnh vực gây mê hồi sức và kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến, chỉ định mổ lấy thai đã trở nên phổ biến hơn. Các quy trình này không chỉ giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng mà còn đảm bảo an toàn tối đa cho sản phụ và

em bé. Không chỉ vậy, việc mổ lấy thai còn tạo điều kiện cho các bác sĩ theo dõi và quản lý sức khỏe của mẹ và bé một cách toàn diện hơn. Điều này đặc biệt quan trọng đối với những trường hợp rau tiền đạo, nơi mà sự can thiệp kịp thời và chính xác có thể cứu sống cả hai mẹ con.

Trong các đối tượng tham gia nghiên cứu, phương pháp cầm máu được dùng nhiều nhất là dùng thuốc giảm co, cầm máu chiếm 84,2% (bảng 3.17). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương năm 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình có 59,96% thai phụ được dùng thuốc giảm co tại bệnh viện [5]. Trong rau tiền đạo chảy máu gặp ở hầu hết các trường hợp và sớm gây nguy hiểm cho cả mẹ và thai. Vì vậy một số tác giả thường khuyến cáo sử dụng thuốc giảm co cầm máu để hạn chế chảy máu. Một số còn sử dụng Corticoid với mục đích kích thích làm sớm hình thành phôi cho thai nhi.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng 32,9% sản phụ được khâu cầm máu theo diện chữ X, U; 39,7% thắt 2 động mạch tử cung. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương năm 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, 31,65% sản phụ được khâu mũi chữ X; 18,8% khâu chữ X kèm thắt động mạch tử cung [5]. Như ta đã biết, đoạn dưới tử cung thiếu lớp cơ đan, khiến việc cầm máu trở nên khó khăn và đây là một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong rau tiền đạo. Hiện nay, phương pháp thắt động mạch tử cung được áp dụng rộng rãi do kỹ thuật này không quá phức tạp và đem lại hiệu quả cao. Trong quá trình phẫu thuật, nếu lượng máu chảy quá nhiều và diện chảy máu rộng, việc khâu cầm máu tại chỗ kéo dài và dễ dẫn đến mất máu nhiều, bác sĩ sẽ tiến hành thắt động mạch tử cung ngay để giữ lại tử cung.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 17,1% sản phụ cần truyền máu trong và sau phẫu thuật mổ lấy thai. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Suknikhom W và cộng sự năm 2011 tại Bệnh viện Trường niêm vua Chulalongkornchir là 27,7% [10]. Tương tự trong nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương năm 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, trường hợp sản phụ phải truyền máu là 19,7% [5] và theo nghiên cứu của Lê Lam Hương cùng cộng sự năm 2016, tỷ lệ này là 19,6% [3]. Sự khác biệt về tỷ lệ truyền máu trong và sau phẫu thuật giữa các nghiên cứu có thể phản ánh các yếu tố khác nhau như phương pháp phẫu thuật, kỹ thuật chăm sóc trước và sau mổ, cũng như tình trạng sức khỏe của các sản phụ. Việc so sánh các tỷ lệ này giúp cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về mức độ an toàn và hiệu

quả của các biện pháp can thiệp y tế trong quá trình mổ lấy thai, đặc biệt là đối với các trường hợp mắc rau tiền đạo.

Trong 146 sản phụ có 87% không có biến chứng sau mổ; chỉ 0,7% có tụ máu và 12,3% sản phụ chảy máu sau mổ. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Kollmann M (2016) là 7,2% [8]. Tỷ lệ không biến chứng sau mổ của mẹ khá cao đặc biệt khi được thực hiện trong điều kiện y tế tốt và có sự chăm sóc hậu phẫu đúng cách. Bên cạnh đó là các bác sĩ và nhân viên y tế được đào tạo chuyên sâu, có kinh nghiệm trong việc xử lý các tình huống phức tạp và kịp thời được chuẩn bị kỹ lưỡng giúp xác định và giảm thiểu các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, vẫn có một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ này, bao gồm tình trạng sức khỏe của mẹ trước khi mổ, kỹ thuật mổ, và chăm sóc sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định mổ lấy thai đúng làm giảm các biến chứng của rau tiền đạo đối với sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), "Rau tiền đạo", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa (Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015), Hà Nội, tr. 39-42.
2. **Lâm Đức Tâm, Lý Thị Mỹ Tiên và Phạm Đắc Lộc** (2021), "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", Sản khoa - sơ sinh, 21(3), tr. 15-21.

3. **Lê Lam Hương** (2016), "Nghiên cứu khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị rau tiền đạo", Tạp chí Khoa học và công nghệ Việt Nam, 11(12), tr.1-5.
4. **Lương Phan Anh và Hoàng Đức Vĩnh** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ rau tiền đạo tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y Dược, Tập 1 Số 1 (2022).
5. **Trần Thị Thu Hương** (2014), Nhận xét chẩn đoán và điều trị rau tiền đạo tại bệnh viện phụ sản Thái Bình năm 2012 - 2013, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội** (2022), Giáo trình Sản phụ khoa (dành cho sinh viên sau Đại học) Tập 1, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
7. **Trương Thị Linh Giang và Trần Thị Mỹ Chi** (2023), "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", Tạp chí Phụ sản 2023, 21(3), tr. 22-27.
8. **Kollmann M và các cộng sự.** (2016), "Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome", J Matern Fetal Neonatal Med, 29(9), tr. 1395-8.
9. **Kumari U và các cộng sự.** (2022), "A Study of Clinical Characteristics, Demographic Characteristics, and Fetomaternal Outcomes in Cases of Placenta Previa: An Experience of a Tertiary Care Center", Cureus, 14(12), tr. e32125.
10. **Suknikhom W và Tannirandorn Y** (2011), "Previous uterine operation and placenta previa", J Med Assoc Thai, 94(3), tr. 272-7.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA DỊ HÌNH CUỐN MŨI GIỮA VÀ CÁC TÁC ĐỘNG TRONG KHOANG MŨI

Nguyễn Triều Việt¹, Đỗ Hội¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các dạng dị hình của cuốn mũi giữa và tác động của chúng đối với sự thông thoáng khe giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 73 bệnh nhân đến khám vì các than phiền vùng mũi xoang được chụp CT scan mũi xoang. **Kết quả:** 52,1% số mẫu được khảo sát có các dị hình liên quan xoang hơi cuốn mũi giữa và 12,3% cuốn mũi giữa đảo chiều. Tác động của tình trạng khí hóa cuốn mũi đến tình trạng tắc nghẽn khe giữa, gây viêm xoang không được xác định rõ ràng, tùy vào mức độ khí hóa. **Kết luận:** Các dị hình cuốn mũi giữa như xoang hơi cuốn

mũi với những dạng khác nhau, cuốn giữa đảo chiều thường gặp trên lâm sàng với tỉ lệ 63,4%. Tác động của các dị hình này đến dẫn lưu khe giữa gây viêm các xoang cạnh mũi chưa được xác định rõ ràng, việc này tùy thuộc vào mức độ khí hóa cũng như các cấu trúc khác trong khu vực này.

Từ khóa: xoang hơi cuốn mũi, cuốn mũi giữa đảo chiều, khe giữa

SUMMARY

SURVEY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN MIDDLE TURBINE DEFORMITIES AND IMPACT ON THE NASAL CAVITY

Objective: To investigate middle turbinate deformities and their impact on middle meatus drainage. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of 73 patients presenting for sinus complaints who underwent CT scan of the nose and paranasal sinuses. **Results:** 52.1% of the surveyed samples had middle turbinate-related deformities and 12.3% had paradoxically middle turbinate. The impact of turbinate

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024