

TỶ LỆ XUẤT HUYẾT NẶNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ RAU TIỀN ĐẠO CÓ SẸO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

TÓM TẮT

Nguyễn Văn Hiền^{1*}, Bùi Minh Tiến¹

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ xuất huyết nặng và phân tích một số yếu tố liên quan ở sản phụ rau tiền đạo trên nền tử cung có sẹo mổ lấy thai.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 102 sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo và có tiền sử mổ lấy thai, điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2025. Xuất huyết nặng được xác định khi sản phụ cần truyền máu liên quan đến tình trạng chảy máu trong hoặc sau mổ và/hoặc cần áp dụng các biện pháp cầm máu phẫu thuật đặc hiệu (thắt động mạch tử cung, khâu B-Lynch, cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn). Các yếu tố liên quan được đánh giá bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

Kết quả: Tuổi mẹ trung bình là $34,3 \pm 5,8$ năm; tỷ lệ sản phụ ≥ 35 tuổi chiếm 52,9%. Tỷ lệ có tiền sử từ hai lần mổ lấy thai trở lên là 38,2%. Rau tiền đạo trung tâm chiếm 48,0%; tỷ lệ nghi ngờ phổ rau cài răng lược (Placenta Accreta Spectrum – PAS) trên siêu âm là 9,8%. Tỷ lệ xuất huyết nặng là 33,3% (34/102 trường hợp). Trong nhóm xuất huyết nặng, thắt động mạch tử cung là biện pháp cầm máu được áp dụng nhiều nhất (35,3%) và có 23,5% trường hợp phải cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Phân tích đơn biến cho thấy nghi ngờ PAS trên siêu âm (OR = 10,15; KTC 95%: 2,02–51,03; $p = 0,005$) và hemoglobin trước mổ < 10 g/dL (OR = 7,07; KTC 95%: 1,34–37,31; $p = 0,021$) có liên quan với xuất huyết nặng. Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ có dấu hiệu nghi ngờ PAS trên siêu âm còn liên quan độc lập với xuất huyết nặng (OR hiệu chỉnh = 7,55; KTC 95%: 1,33–42,79; $p = 0,022$).

Kết luận: Tỷ lệ xuất huyết nặng ở sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai tương đối cao. Dấu hiệu nghi ngờ PAS trên siêu âm là yếu tố liên quan độc lập duy nhất với xuất huyết nặng. Việc nhận diện sớm các trường hợp nghi ngờ PAS trên siêu âm có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ, chuẩn bị nguồn lực điều trị và xây dựng kế hoạch xử trí phù hợp nhằm hạn chế các biến chứng xuất huyết nặng.

Từ khóa: Rau tiền đạo; phổ rau cài răng lược; Placenta Accreta Spectrum; xuất huyết nặng; sẹo mổ lấy thai; siêu âm.

INCIDENCE OF SEVERE HEMORRHAGE AND ASSOCIATED FACTORS IN WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND A PREVIOUS CESAREAN SCAR AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of severe hemorrhage and analyze factors associated with severe hemorrhage in women with placenta previa and a previous cesarean section scar.

Method: A retrospective cross-sectional study was conducted on 102 women diagnosed with placenta previa and a history of cesarean section who were managed at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital between January 1, 2021 and December 31, 2025. Severe hemorrhage was defined as the need for blood transfusion related to intraoperative or postoperative bleeding and/or the application of specific surgical hemostatic procedures, including uterine artery ligation, B-Lynch suturing, subtotal hysterectomy, or total hysterectomy. Factors associated with severe hemorrhage were evaluated using univariate and multivariate logistic regression analyses.

Results: The mean maternal age was 34.3 ± 5.8 years, and 52.9% of women were aged ≥ 35 years.

The proportion of women with two or more previous cesarean sections was 38.2%.

Central placenta previa accounted for 48.0% of cases, while suspected Placenta Accreta Spectrum (PAS) on ultrasound was identified in 9.8%. The incidence of severe hemorrhage was 33.3% (34/102 cases). Among women with severe hemorrhage, uterine artery ligation was the most frequently performed hemostatic procedure (35.3%), and 23.5% required subtotal or total hysterectomy. Univariate analysis showed that suspected PAS on ultrasound (OR = 10.15; 95% CI: 2.02–51.03; $p = 0.005$) and preoperative hemoglobin < 10 g/dL (OR = 7.07; 95% CI: 1.34–37.31; $p = 0.021$) were significantly associated with severe hemorrhage. In the multivariate logistic regression model, suspected PAS on ultrasound remained the only independent factor associated

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Hiền

Email: bsnguyenhienart@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/3/2026

Ngày phản biện: 15/6/2026

Ngày duyệt bài: 18/6/2026

with severe hemorrhage (adjusted OR = 7.55; 95% CI: 1.33–42.79; $p = 0.022$).

Conclusion: The incidence of severe hemorrhage in women with placenta previa and a previous cesarean section scar was relatively high. Suspected PAS on ultrasound was the only independent factor associated with severe hemorrhage. Early identification of women with suspected PAS by prenatal ultrasound may facilitate risk stratification, optimize resource allocation, and support appropriate management planning to reduce severe hemorrhagic complications.

Keywords: Placenta previa; Placenta Accreta Spectrum (PAS); severe hemorrhage; cesarean section scar; ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết sau sinh vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh suất mẹ trên toàn cầu, chiếm khoảng 27% tổng số ca tử vong mẹ, với gánh nặng chủ yếu tập trung tại các quốc gia đang phát triển. Bên cạnh tử vong, xuất huyết còn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các trường hợp bệnh suất mẹ nặng, bao gồm suy đa cơ quan, nhu cầu hồi sức tích cực, truyền máu và các can thiệp phẫu thuật lớn. Mặc dù công tác chăm sóc sản khoa đã có nhiều tiến bộ, nhiều nghiên cứu dân số cho thấy tỷ lệ xuất huyết sản khoa và các biến chứng liên quan vẫn có xu hướng gia tăng trong những thập niên gần đây [1], [2], [3], [4], [5], [6]

Trong các nguyên nhân gây xuất huyết sản khoa, rau tiền đạo và phổ rau cài răng lược (Placenta Accreta Spectrum - PAS) được xem là những tình trạng có nguy cơ cao nhất đối với xuất huyết nặng, truyền máu khối lượng lớn và cắt tử cung chu sản. Theo đồng thuận của Liên đoàn Sản phụ khoa Quốc tế (FIGO), PAS bao gồm một phổ bất thường bám dính và xâm lấn của bánh rau vào thành tử cung, thường liên quan đến sẹo mổ lấy thai trước đó và là nguyên nhân quan trọng gây bệnh suất mẹ nặng trong sản khoa hiện đại [7], [8].

Tiền sử mổ lấy thai được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của PAS. Nguy cơ này tăng lên theo số lần mổ lấy thai trước đó, đặc biệt khi kết hợp với rau tiền đạo. Sự hiện diện đồng thời của rau tiền đạo và sẹo mổ lấy thai cũ tạo nên một nhóm thai kỳ nguy cơ rất cao, với khả năng xuất hiện xuất huyết nặng, can thiệp cầm máu phức tạp và cắt tử cung gia tăng đáng kể [7], [8].

Trong những năm gần đây, siêu âm trước sinh đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện các

trường hợp nghi ngờ PAS ở nhóm thai phụ nguy cơ cao. Các dấu hiệu siêu âm bất thường đã được chứng minh có liên quan với mức độ xuất huyết, nhu cầu cắt tử cung và các biến chứng sản khoa nghiêm trọng khác. Việc nhận diện sớm các trường hợp nghi ngờ PAS giúp lập kế hoạch xử trí phù hợp, chuẩn bị nguồn lực cần thiết và huy động đội ngũ đa chuyên khoa nhằm giảm nguy cơ biến chứng cho mẹ và thai nhi [9], [10].

Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu hiện nay được thực hiện tại các quốc gia có nguồn lực cao hoặc tại các trung tâm tuyến cuối, trong khi dữ liệu tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh ở các nước đang phát triển còn hạn chế. Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá các yếu tố liên quan đến xuất huyết nặng ở nhóm sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai vẫn chưa nhiều, đặc biệt trong bối cảnh tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng gia tăng và PAS đang trở thành vấn đề lâm sàng ngày càng được quan tâm [7], [10].

Trong nghiên cứu này, xuất huyết nặng được đánh giá dựa trên nhu cầu áp dụng các biện pháp điều trị tích cực nhằm kiểm soát chảy máu, bao gồm truyền máu liên quan đến tình trạng xuất huyết trong hoặc sau mổ và/hoặc các biện pháp cầm máu phẫu thuật như thắt động mạch tử cung, khâu B-Lynch hoặc cắt tử cung.

Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến xuất huyết nặng ở sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, qua đó góp phần hỗ trợ phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa chiến lược xử trí trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo và có tiền sử mổ lấy thai, điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai ≥ 28 tuần.
- Có tiền sử mổ lấy thai.
- Được chẩn đoán rau tiền đạo bằng siêu âm.
- Được chỉ định và thực hiện mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.
- Sản phụ mắc các bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, rối loạn đông máu, bệnh huyết học...) không

liên quan đến rau tiền đạo nhưng có thể ảnh hưởng đến tình trạng xuất huyết.

- Các trường hợp chuyển viện hoặc không được theo dõi đầy đủ quá trình điều trị.

- Các trường hợp có kết quả siêu âm đánh giá vị trí bánh rau không thống nhất giữa các lần khảo sát trước khi chấm dứt thai kỳ.

Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu

Từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Trong thời gian nghiên cứu có 102 trường hợp rau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc

Xuất huyết nặng được xác định khi sản phụ cần áp dụng các biện pháp truyền máu trong hoặc sau mổ, các biện pháp cầm máu phẫu thuật đặc hiệu nhằm kiểm soát chảy máu trong mổ hoặc sau mổ, bao gồm: thắt động mạch tử cung, khâu B-Lynch, cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn.

Các trường hợp truyền máu đơn thuần do thiếu máu trước mổ hoặc truyền máu dự phòng không được sử dụng để xác định kết cục xuất huyết nặng.

Các biến độc lập

Đặc điểm chung và tiền sử:

tuổi mẹ;

số lần mổ lấy thai (< 2 lần và ≥ 2 lần).

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

- Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ;

- Số lần ra máu trước nhập viện (< 2 lần và ≥ 2 lần);

- Hemoglobin trước mổ (<10 g/dL và ≥10 g/dL);

- Rau tiền đạo trung tâm;

- Nghi ngờ phổ rau cài răng lược (Placenta Accreta Spectrum - PAS) trên siêu âm.

Đặc điểm xử trí:

Mổ lấy thai cấp cứu hoặc chủ động.

Tiêu chuẩn nghi ngờ phổ rau cài răng lược

Tiêu chuẩn nghi ngờ phổ rau cài răng lược (Placenta Accreta Spectrum - PAS) trên siêu âm bao gồm một hoặc nhiều dấu hiệu sau: mất khoảng

sáng sau rau; hồ máu trong bánh rau; mạch máu bất thường tại vị trí bám rau; tăng sinh mạch máu vùng bàng quang – tử cung.

Quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, phiếu phẫu thuật và hồ sơ siêu âm của tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu bằng phiếu thu thập số liệu thống nhất.

Thông tin về rau tiền đạo được xác nhận dựa trên kết quả siêu âm trước khi chấm dứt thai kỳ. Các trường hợp có kết quả siêu âm không thống nhất giữa các lần khảo sát được loại khỏi nghiên cứu nhằm hạn chế sai lệch phân loại.

Dữ liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch và mã hóa trước khi nhập vào phần mềm phân tích.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Thống kê mô tả

- Tần suất và tỷ lệ (%) đối với biến định tính.

- Trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

- Thống kê suy luận

Kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact test để so sánh tỷ lệ.

Hồi quy logistic đơn biến để đánh giá mối liên quan giữa từng yếu tố và xuất huyết nặng

Các biến có ý nghĩa lâm sàng và/hoặc có $p < 0,20$ trong phân tích đơn biến được xem xét đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến.

Do nghiên cứu chỉ ghi nhận 34 trường hợp xuất huyết nặng nên số biến đưa vào mô hình được giới hạn nhằm tránh hiện tượng quá khớp mô hình.

Mô hình đa biến cuối cùng bao gồm 3 biến: rau tiền đạo trung tâm; nghi ngờ PAS trên siêu âm; tiền sử ≥ 2 lần mổ lấy thai.

Đa cộng tuyến được đánh giá bằng hệ số phóng đại phương sai (VIF). Các biến có VIF < 5 được xem là không có đa cộng tuyến đáng kể.

Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng đề cương thông qua theo quyết định số 2251/QĐ-YDTB Trường Đại học Y Dược Thái Bình và được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

Nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án và không can thiệp vào quá trình điều trị.

Tất cả thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối. Dữ liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán, điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 102 trường hợp rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 102)

Đặc điểm	Giá trị
Tổng số đối tượng	102
Tuổi mẹ (năm), trung bình ± SD	34,3 ± 5,8
Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ (tuần), trung bình ± SD	36,4 ± 1,8
Tuổi mẹ ≥ 35 tuổi	54 (52,9%)
Số lần mổ lấy thai ≥ 2	39 (38,2%)
Rau tiền đạo trung tâm	49 (48,0%)
Nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm	10 (9,8%)
Hb trước mổ < 10 g/dL	8 (7,8%)
Mổ cấp cứu	45 (44,1%)
≥ 2 lần ra máu trước nhập viện	30 (29,4%)

Nhận xét: Tuổi mẹ trung bình là 34,3 ± 5,8; nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 52,9%, cho thấy quần thể nghiên cứu thuộc nhóm nguy cơ cao. Tuổi thai trung bình khi chấm dứt thai kỳ là 36,4 ± 1,8 tuần. Tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 48,0%. Nhóm có ≥ 2 lần mổ lấy thai chiếm 38,2%. Tỷ lệ nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm là 9,8%. Có 29,4% sản phụ có ≥ 2 lần ra máu trước nhập viện, trong khi chỉ 7,8% có Hb < 10 g/dL. Tỷ lệ mổ cấp cứu là 44,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ xuất huyết nặng và phân bố phương pháp cầm máu trong mổ (n = 102)

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng số trường hợp xuất huyết nặng (34 ca)	34	33,3
Không cần can thiệp cầm máu phẫu thuật đặc hiệu	7	20,6
Thắt động mạch tử cung	12	35,3
Khâu B-Lynch	7	20,6
Cắt tử cung bán phần	4	11,8
Cắt tử cung hoàn toàn	4	11,8

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết nặng là 33,3%. Trong nhóm xuất huyết nặng, thắt động mạch tử cung là biện pháp cầm máu được áp dụng nhiều nhất (35,3%). Có 8 trường hợp (23,5%) phải cắt tử cung (bán phần hoặc hoàn toàn). Có 7 trường hợp (20,6%) được xếp vào nhóm xuất huyết nặng nhưng không cần áp dụng biện pháp cầm máu phẫu thuật đặc hiệu.

Bảng 3. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến xuất huyết nặng (n = 102)

Yếu tố	Xuất huyết nặng	Không	OR (95% CI)	p
Rau tiền đạo trung tâm	20 (58,8%)	29 (42,6%)	1,92 (0,83–4,43)	0,125
Nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm	8 (23,5%)	2 (2,9%)	10,15 (2,02–51,03)	0,005
Hb < 10 g/dL	6 (17,6%)	2 (2,9%)	7,07 (1,34–37,31)	0,021
Mổ cấp cứu	19 (55,9%)	26 (38,2%)	2,05 (0,89–4,72)	0,093
≥ 2 lần mổ lấy thai	17 (50,0%)	22 (32,4%)	2,09 (0,90–4,86)	0,086
≥ 2 lần ra máu	13 (38,2%)	17 (25,0%)	1,86 (0,77–4,49)	0,169

Nhận xét: Nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm và Hb < 10 g/dL có liên quan có ý nghĩa thống kê với xuất huyết nặng (p < 0,05). Các yếu tố còn lại có xu hướng làm tăng nguy cơ nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến xuất huyết nặng (n = 102)

Yếu tố	OR hiệu chỉnh (95% CI)	p
Rau tiền đạo trung tâm	1,24 (0,50–3,11)	0,642
Nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm	7,55 (1,33–42,79)	0,022
≥ 2 lần mổ lấy thai	1,50 (0,60–3,74)	0,381

Nhận xét: Sau khi hiệu chỉnh đồng thời các yếu tố trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ có nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm còn liên quan có ý nghĩa thống kê với xuất huyết nặng (OR hiệu chỉnh = 7,55; KTC 95%: 1,33–42,79; p = 0,022). Các yếu tố rau tiền đạo trung tâm và tiền sử từ hai lần mổ lấy thai trở lên không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh (p > 0,05).

Bảng 5. Đánh giá đa cộng tuyến của các biến trong mô hình hồi quy logistic đa biến

Biến	VIF
Rau tiền đạo trung tâm	1,13
Nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm	1,22
≥ 2 lần mổ lấy thai	1,09

Nhận xét: Các biến độc lập trong mô hình có hệ số VIF dao động từ 1,09 đến 1,22, cho thấy không có hiện tượng đa cộng tuyến đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ xuất huyết nặng là 33,3%. Trong nghiên cứu này, xuất huyết nặng không được định nghĩa dựa trên thể tích máu mất mà được xác định theo tiêu chí can thiệp lâm sàng, bao gồm nhu cầu truyền máu trong hoặc sau mổ và/hoặc phải áp dụng các biện pháp cầm máu phẫu thuật như thắt động mạch tử cung, khâu B-Lynch hoặc cắt tử cung. Cách tiếp cận này phản ánh trực tiếp mức độ nghiêm trọng trong thực hành lâm sàng, đồng thời hạn chế sai số trong ước lượng lượng máu mất – một hạn chế phổ biến trong sản khoa do tính chủ quan và khó định lượng chính xác trong quá trình phẫu thuật [1].

So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ này cao hơn đáng kể. Tuy nhiên, sự khác biệt này cần được diễn giải trong bối cảnh đặc điểm quần thể nghiên cứu. Trong khi phần lớn các nghiên cứu trước đây được thực hiện trên dân số sản khoa chung, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai – một nhóm nguy cơ rất cao đối với xuất huyết sản khoa. Bên cạnh đó, tỷ lệ sản phụ từ 35 tuổi trở lên chiếm 52,9% và tỷ lệ có từ hai lần mổ lấy thai trở lên chiếm 38,2%, đều là những đặc điểm thường gặp ở nhóm thai phụ có nguy cơ cao xuất hiện bất thường bánh rau và các biến chứng sản khoa nghiêm trọng. Do đó, tỷ lệ xuất huyết nặng 33,3% trong nghiên cứu này nhiều khả năng phản ánh đúng gánh nặng bệnh lý của

nhóm đối tượng nguy cơ cao hơn là sự gia tăng bất thường so với quần thể sản khoa chung [7], [8].

Phân tích chi tiết nhóm xuất huyết nặng cho thấy thắt động mạch tử cung là biện pháp cầm máu được áp dụng nhiều nhất (35,3%), tiếp theo là khâu B-Lynch (20,6%). Đặc biệt, có 8 trường hợp (23,5%) phải cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn. Điều này cho thấy xuất huyết ở nhóm sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai thường có mức độ nghiêm trọng và không ít trường hợp cần đến các biện pháp can thiệp ngoại khoa triệt để để kiểm soát chảy máu. Bên cạnh đó, có 7 trường hợp (20,6%) được xếp vào nhóm xuất huyết nặng mặc dù không cần áp dụng biện pháp cầm máu phẫu thuật đặc hiệu do có chỉ định truyền máu trong hoặc sau mổ. Kết quả này phản ánh tính đa dạng về mức độ và biểu hiện lâm sàng của xuất huyết nặng trong thực hành sản khoa.

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ có dấu hiệu nghi ngờ phổ rau cài răng lược (Placenta Accreta Spectrum – PAS) trên siêu âm còn liên quan có ý nghĩa thống kê với xuất huyết nặng, với OR hiệu chỉnh là 7,55 (KTC 95%: 1,33–42,79; p = 0,022). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu và khuyến cáo hiện nay khi PAS được xem là một trong những nguyên nhân quan trọng nhất gây xuất huyết sản khoa nặng, truyền máu khối lượng lớn và cắt tử cung chu sản [7], [8], [10].

Về cơ chế bệnh sinh, sự bám dính và xâm lấn bất thường của bánh rau vào cơ tử cung làm mất mặt phẳng phân tách sinh lý giữa bánh rau và thành tử cung. Khi lấy thai, bánh rau khó bong hoặc không bong hoàn toàn, dẫn đến chảy máu kéo dài và khó kiểm soát, thường đòi hỏi các biện pháp can thiệp ngoại khoa tích cực để cầm máu [8].

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng biến số được sử dụng trong nghiên cứu là “nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm” chứ không phải rau cài răng lược được xác nhận bằng phẫu thuật hoặc giải phẫu bệnh. Vì vậy, kết quả nghiên cứu cần được hiểu là mối liên quan giữa dấu hiệu nghi ngờ PAS trên siêu âm và nguy cơ xuất huyết nặng, thay vì khẳng định mối liên quan của PAS đã được chẩn đoán xác định.

Khoảng tin cậy 95% của OR hiệu chỉnh còn khá rộng (1,33–42,79), phản ánh mức độ không chắc chắn của ước lượng, có thể do số trường hợp nghi ngờ PAS còn hạn chế (10 trường hợp) và số biến cố xuất huyết nặng chỉ 34 trường hợp.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến cuối cùng, rau tiền đạo trung tâm có OR hiệu chỉnh là 1,24 ($p = 0,642$) và tiền sử ≥ 2 lần mổ lấy thai có OR hiệu chỉnh là 1,50 ($p = 0,381$). Mặc dù các OR đều lớn hơn 1, nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê của các yếu tố này sau hiệu chỉnh.

Cần lưu ý rằng việc không đạt ý nghĩa thống kê không đồng nghĩa với việc loại trừ vai trò của các yếu tố trên, do cỡ mẫu còn hạn chế và số biến cố tương đối nhỏ (34 trường hợp).

Để đánh giá tính ổn định của mô hình, đa cộng tuyến được kiểm tra bằng VIF với các giá trị 1,09–1,22, cho thấy không có đa cộng tuyến đáng kể.

Từ góc độ thực hành lâm sàng, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện sớm các trường hợp nghi ngờ PAS trên siêu âm ở sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai. Siêu âm trước sinh là phương tiện quan trọng giúp phát hiện nguy cơ, từ đó hỗ trợ lập kế hoạch xử trí phù hợp, chuẩn bị nguồn máu và huy động nguồn lực chuyên môn cần thiết [7], [9], [10]. Việc tiếp cận chủ động với sự phối hợp đa chuyên khoa giúp giảm can thiệp cấp cứu và hạn chế biến chứng nặng cho mẹ.

Nghiên cứu có một số hạn chế: thiết kế hồi cứu đơn trung tâm, phụ thuộc hồ sơ bệnh án; cỡ mẫu

và số biến cố còn hạn chế; tiêu chí xuất huyết nặng dựa trên can thiệp lâm sàng có thể chịu ảnh hưởng bởi thực hành tại cơ sở; và không có đối chiếu giải phẫu bệnh để xác nhận PAS.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất huyết nặng ở sản phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình là 33,3%.

Trong nhóm xuất huyết nặng, thắt động mạch tử cung là biện pháp cầm máu được áp dụng nhiều nhất (35,3%), và có 23,5% trường hợp phải cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn.

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố trong mô hình hồi quy logistic đa biến, dấu hiệu nghi ngờ rau cài răng lược trên siêu âm là yếu tố liên quan độc lập với xuất huyết nặng (OR = 7,55; KTC 95%: 1,33–42,79; $p = 0,022$).

Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rau tiền đạo trung tâm và tiền sử từ hai lần mổ lấy thai trở lên với xuất huyết nặng sau hiệu chỉnh.

Việc phát hiện các dấu hiệu nghi ngờ PAS trên siêu âm có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ, chuẩn bị nguồn lực điều trị và xây dựng kế hoạch xử trí phù hợp nhằm hạn chế biến chứng xuất huyết nặng. Tuy nhiên, kết quả chỉ phản ánh mối liên quan giữa dấu hiệu nghi ngờ PAS trên siêu âm và nguy cơ xuất huyết nặng, không phải chẩn đoán xác định PAS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization.** WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al.** Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323-e333. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
- Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al.** Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):449.e1-449.e7.
- Mehrabadi A, Hutcheon JA, Lee L, Kramer MS, Liston RM, Joseph KS.** Trends in postpartum hemorrhage from 2003 to 2010 in Canada. *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):712-718.

5. **FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee.** FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynecol Obstet.* 2022;157(Suppl 1):3-50.
6. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e168-e186.
7. **Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S;** FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: epidemiology, diagnosis and management. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;146(1):12-40.
8. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Placenta accreta spectrum. *Obstetric Care Consensus No. 7. Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e259-e275.
9. **Peng X, Tan X, Wu Z.** Prenatal ultrasound scoring in diagnosis and postpartum outcomes prediction for placenta accreta spectrum (PAS): a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:846. doi:10.1186/s12884-024-07076-9.
10. **Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK, Belfort MA, Wright JD.** Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(5):561-568. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.018.