

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PLACENTA ACCRETA SPECTRUM CASES UNDERGOING SURGERY AT NINH BINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Nguyen Van Quynh^{1*}, Bui Minh Tien², Nguyen Thi Thu Phuong^{2,3}

¹Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital - Phan Chu Trinh street, Hoa Lu Ward, Ninh Binh Province, Vietnam

²Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

³Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 03/10/2025

Revised: 16/10/2025; Accepted: 25/11/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical, subclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of placenta accreta spectrum cases who underwent surgery at Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2020 to December 2024.

Materials and methods: A cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted on 37 patients with a definitive diagnosis of placenta accreta spectrum who underwent surgery at Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital. Data on general characteristics, obstetric history, clinical and subclinical features, surgical methods, and treatment outcomes were collected from archived medical records.

Results: The mean maternal age was 34.8 ± 4.9 years. The main risk factors were prior cesarean delivery (78.4%) and uterine curettage (40.5%). Common clinical symptoms were vaginal bleeding (40.5%) and abdominal pain (32.4%), while 37.8% were asymptomatic. Antenatal ultrasound diagnosis was achieved in 64.9% of cases. The placenta was predominantly located on the anterior wall (70.3%). Elective surgery was performed in 70.3% of cases. The primary surgical method was total hysterectomy (75.7%). The most common complication was bladder injury (21.6%). The rate of newborns with a 1-minute Apgar score ≥ 8 was 86.5%. Statistically significant associations were found between the grade of placenta accreta spectrum and history of curettage, operative time, and postoperative hospital stay ($p < 0.05$).

Conclusion: Placenta accreta spectrum at Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital is common in older pregnant women with a history of uterine interventions. Early diagnosis by ultrasound and planned elective surgery improve treatment outcomes. However, it remains a complex surgery with high rates of hysterectomy and complications.

Keywords: Placenta accreta spectrum, cesarean section, placenta previa, hysterectomy, Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital.

*Corresponding author

Email: bsquynhbvsn@gmail.com Phone: (+84) 915939188 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD23.3909

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC TRƯỜNG HỢP RAU CÀI RĂNG LƯỢC ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH

Nguyễn Văn Quỳnh^{1*}, Bùi Minh Tiến², Nguyễn Thị Thu Phương^{2,3}

¹Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình - Đường Phan Chu Trinh, P. Hoa Lư, Tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình - Số 373, Lý Bôn, P. Trần Lãm, Tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 03/10/2025

Ngày sửa: 16/10/2025; Ngày đăng: 25/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị các trường hợp rau cài răng lược được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 37 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rau cài răng lược và đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. Thu thập số liệu từ bệnh án lưu trữ về các đặc điểm chung, tiền sử sản khoa, lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị.

Kết quả: Tuổi trung bình của sản phụ là $34,8 \pm 4,9$. Yếu tố nguy cơ chính là tiền sử mổ lấy thai (78,4%) và nạo hút thai (40,5%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ra máu âm đạo (40,5%) và đau bụng (32,4%), tuy nhiên có đến 37,8% không có triệu chứng. Siêu âm chẩn đoán rau cài răng lược trước sinh đạt 64,9%. Vị trí rau bám mặt trước chiếm đa số (70,3%). 70,3% trường hợp được mổ chủ động. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt tử cung hoàn toàn (75,7%). Tai biến thường gặp nhất là tổn thương bàng quang (21,6%). Tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar phút thứ nhất ≥ 8 điểm là 86,5%. Có mối liên quan ý nghĩa thống kê giữa mức độ rau cài răng lược với tiền sử nạo hút thai, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện hậu phẫu ($p < 0,05$).

Kết luận: Rau cài răng lược tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình thường gặp ở sản phụ lớn tuổi, có tiền sử can thiệp tử cung. Chẩn đoán sớm bằng siêu âm và phẫu thuật chủ động giúp cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, đây vẫn là một phẫu thuật phức tạp với tỷ lệ cắt tử cung và tai biến, biến chứng còn cao.

Từ khóa: Rau cài răng lược, mổ lấy thai, rau tiền đạo, cắt tử cung, Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược, hay phổ biến thường xâm lấn của bánh rau, là một bệnh lý sản khoa nghiêm trọng do các gai rau bám dính bất thường, xâm lấn vào lớp cơ tử cung. Tình trạng này đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới và tại Việt Nam, song hành cùng với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai [1-2]. Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, tỷ lệ rau cài răng lược (RCRL) đã tăng từ 0,1% (giai đoạn 2007-2011) lên 0,39% vào năm 2017 [3]. Tương tự, tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, tỷ lệ này cũng tăng từ 0,1% (giai đoạn 2014-2017) lên 0,14% (giai đoạn 2018-2019) [5-6], cho

thấy gánh nặng ngày càng lớn của bệnh lý này.

Các yếu tố nguy cơ chính của RCRL đã được xác định rõ, bao gồm tiền sử mổ lấy thai, rau tiền đạo, nạo hút thai nhiều lần và tuổi mẹ cao. Trong các yếu tố nguy cơ, sự kết hợp giữa rau tiền đạo và sẹo mổ lấy thai cũ làm tăng nguy cơ RCRL một cách đột biến. Theo Silver R.M và cộng sự (2006), nguy cơ RCRL ở sản phụ có rau tiền đạo và tiền sử mổ lấy thai 1 lần là 3%, nhưng tăng vọt lên 40% ở người có tiền sử mổ lấy thai 3 lần [7]. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy 89,22% sản phụ RCRL có

*Tác giả liên hệ

Email: bsquynhbvsn@gmail.com Điện thoại: (+84) 915939188 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD23.3909

tiền sử mổ lấy thai, và tiền sử mổ lấy thai ≥ 2 lần làm tăng nguy cơ bị RCRL cao gấp 19,44 lần [8]. Những con số này nhấn mạnh mối liên hệ nhân quả chặt chẽ giữa can thiệp vào buồng tử cung và sự phát triển của RCRL.

RCRL là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến chứng sản khoa nặng nề như băng huyết sau sinh ồ ạt, rối loạn đông máu, tổn thương các cơ quan lân cận (bàng quang, niệu quản), và thường dẫn đến chỉ định cắt tử cung cấp cứu để bảo toàn tính mạng cho người mẹ [9]. Việc chẩn đoán sớm trước sinh và lên kế hoạch phẫu thuật chủ động đóng vai trò then chốt trong việc giảm thiểu tỷ lệ tử vong và các tai biến cho cả mẹ và con. Tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, số lượng các ca mổ lấy thai và các thủ thuật trong buồng tử cung ngày càng tăng, kéo theo sự gia tăng các ca RCRL. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu hệ thống nào đánh giá thực trạng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị RCRL tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp RCRL được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình;
2. Nhận xét kết quả điều trị các trường hợp RCRL tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.
- Thời gian nghiên cứu: các trường hợp phẫu thuật từ ngày 1/1/2020 đến ngày 30/12/2024.
- Dân số nghiên cứu: toàn bộ các sản phụ được chẩn đoán và điều trị RCRL tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình trong khoảng thời gian trên.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán RCRL, được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình và có kết quả giải phẫu bệnh xác định là RCRL; tuổi thai từ 28 tuần trở lên; hồ sơ có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: các hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin; các trường hợp chẩn đoán nghi ngờ RCRL trước mổ nhưng kết quả sau mổ và giải phẫu bệnh không phải RCRL; tuổi thai dưới 28 tuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.
- Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ 37 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.
- Phương pháp thu thập số liệu: số liệu được thu

thập thứ cấp từ kho hồ sơ bệnh án của Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. Sử dụng phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn (phụ lục) để ghi nhận các thông tin.

- Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, tiền sử sản phụ khoa (số lần sinh, số lần mổ lấy thai, số lần nạo hút thai).

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi thai lúc vào viện, triệu chứng (ra máu âm đạo, đau bụng, đái máu).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ hemoglobin trước và sau mổ, kết quả siêu âm (chẩn đoán RCRL, vị trí rau bám, phân loại mức độ RCRL).

+ Kết quả phẫu thuật: chỉ định mổ (chủ động, cấp cứu), phương pháp vô cảm, kỹ thuật mổ (đường rạch da, đường rạch tử cung), phương pháp xử trí tử cung (bảo tồn, cắt bán phần, cắt hoàn toàn), thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, lượng máu truyền.

+ Biến chứng: biến chứng cho mẹ (tổn thương bàng quang, niệu quản, rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn), kết quả sơ sinh (chỉ số Apgar), thời gian nằm viện hậu phẫu.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

Sử dụng các kiểm định thống kê suy luận như Chi-square (χ^2) hoặc Fisher's exact test để so sánh các tỷ lệ. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận và thông qua theo Quyết định số 2232/QĐ-YDTB ngày 05/12/2024 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình cho phép sử dụng và công bố. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được mã hóa và bảo mật. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung và tiền sử sản khoa (n = 37)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	25-29 tuổi	6	16,2
	30-34 tuổi	11	29,7
	≥ 35 tuổi	20	54,1
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	34,8 $\pm$ 4,9	

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiền sử mổ lấy thai	0 lần	8	21,6
	1 lần	12	32,4
	≥ 2 lần	17	46,0
Tiền sử nạo hút thai	0 lần	22	59,5
	≥ 1 lần	15	40,5
Rau tiền đạo	Có	28	75,7
	Không	9	24,3

Phần lớn sản phụ (54,1%) từ 35 tuổi trở lên. Tỷ lệ có tiền sử mổ lấy thai là 78,4%, trong đó 46% đã mổ lấy thai từ 2 lần trở lên. 40,5% có tiền sử nạo hút thai. Đáng chú ý, 75,7% trường hợp RCRL có đi kèm rau tiền đạo.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện (n = 37)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc nhập viện	< 34 tuần	8	21,6
	34 đến < 37 tuần	16	43,2
	≥ 37 tuần	13	35,1
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	35,9 ± 2,8	
Triệu chứng lâm sàng	Ra máu âm đạo	15	40,5
	Đau bụng	12	32,4
	Không triệu chứng	14	37,8
Chẩn đoán RCRL trên siêu âm	Có	24	64,9
	Không	13	35,1
Vị trí rau bám	Mặt trước	26	70,3
	Mặt sau	9	24,3
	Mặt bên	2	5,4
Nồng độ hemoglobin trước mổ	Thiếu máu (< 110 g/L)	11	29,7
	Bình thường (≥ 110 g/L)	26	70,3

Đa số sản phụ nhập viện ở tuổi thai từ 34 tuần trở lên (78,3%). Ra máu âm đạo là triệu chứng phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 40,5% nhưng 37,8% không có triệu chứng. Tỷ lệ chẩn đoán được RCRL trước sinh bằng siêu âm là 64,9%. Hầu hết các trường hợp có rau bám ở mặt trước (70,3%). Tỷ lệ thiếu máu trước mổ là 29,7%.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm cuộc phẫu thuật (n = 37)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ định mổ	Chủ động	26	70,3
	Cấp cứu	11	29,7
Phương pháp vô cảm	Gây mê nội khí quản	32	86,5
	Gây tê tủy sống	5	13,5
Đường rạch tử cung	Rạch dọc thân	23	62,2
	Rạch ngang đoạn dưới	14	37,8
Phương pháp xử trí tử cung	Cắt tử cung hoàn toàn	28	75,7
	Cắt tử cung bán phần	9	24,3
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		93,9 ± 20,7	

Bảng 3 cho thấy có 70,3% trường hợp được lên kế hoạch mổ chủ động. Gây mê nội khí quản là phương pháp vô cảm chính (86,5%). Đường rạch dọc thân tử cung được ưu tiên (62,2%). Tất cả các trường hợp đều phải cắt tử cung, trong đó cắt tử cung hoàn toàn chiếm đa số (75,7%).

Bảng 4. Tai biến, biến chứng và kết quả sau mổ (n = 37)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lượng máu mất	< 1000 ml	12	32,4
	≥ 1000 ml	25	67,6
Truyền máu	Có	33	89,2
	Không	4	10,8
Tổn thương bàng quang		8	21,6
Rối loạn đông máu		4	10,8
Nhiễm khuẩn sau sinh		2	5,4
Nồng độ hemoglobin sau mổ: thiếu máu (< 110 g/L)		28	75,7

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ số Apgar sơ sinh ở phút 1	≥ 8 điểm	32	86,5
	4-7 điểm	4	10,8
	< 4 điểm	1	2,7
Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình (ngày)		7,4 ± 1,6	

Hầu hết các ca mổ đều mất máu nhiều, với 67,6% mất trên 1000 ml và 89,2% cần truyền máu. Tai biến thường gặp nhất là tổn thương bàng quang (21,6%). Tỷ lệ thiếu máu sau mổ tăng lên đáng kể (75,7%). Kết quả sơ sinh tương đối tốt với 86,5% trẻ có Apgar ở phút thứ nhất ≥ 8 điểm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy RCRL chủ yếu xảy ra ở nhóm sản phụ lớn tuổi (tuổi trung bình 34,8 ± 4,9), có tiền sử can thiệp vào buồng tử cung, đặc biệt là mổ lấy thai nhiều lần (46%) và có rau tiền đạo đi kèm (75,7%). Các đặc điểm này hoàn toàn tương đồng với y văn trong nước và quốc tế, khẳng định đây là các yếu tố nguy cơ hàng đầu [7-8], [10]. Tỷ lệ 37,8% sản phụ không có triệu chứng lâm sàng là một con số đáng báo động, cho thấy không thể dựa vào triệu chứng lâm sàng để sàng lọc RCRL. Điều này nhấn mạnh vai trò không thể thiếu của siêu âm trong chẩn đoán trước sinh.

Tỷ lệ chẩn đoán RCRL trước sinh bằng siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi là 64,9%. Con số này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Lê Thị Hương Trà tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương giai đoạn 2007-2011 (32%) [3], cho thấy sự tiến bộ trong năng lực chẩn đoán hình ảnh tại các tuyến bệnh viện. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 1/3 trường hợp bị bỏ sót, dẫn đến tình huống phẫu thuật bị động và làm tăng nguy cơ tai biến. Việc rau bám chủ yếu ở mặt trước (70,3%) có thể giải thích do đây là vị trí của sẹo mổ lấy thai cũ, là “cửa ngõ” cho các gai rau xâm lấn vào cơ tử cung.

4.2. Về kết quả điều trị

Việc 70,3% trường hợp được mổ chủ động là một kết quả tích cực, giúp ê-kíp phẫu thuật có sự chuẩn bị kỹ lưỡng, từ đó cải thiện kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm mổ chủ động có tuổi thai trung bình cao hơn (37,8 tuần so với 34,2 tuần), nồng độ hemoglobin sau mổ cao hơn, và 100% trẻ sơ sinh có Apgar phút thứ nhất ≥ 8 điểm, so với chỉ 54,5% ở nhóm mổ cấp cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), khẳng định lợi ích của việc chẩn đoán sớm và lên kế hoạch phẫu thuật.

Một điểm nổi bật trong xử trí tại Bệnh viện Sản Nhi

Ninh Bình là 100% trường hợp RCRL đều phải cắt tử cung. Tỷ lệ này cao hơn so với một số trung tâm lớn, như một nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội ghi nhận tỷ lệ bảo tồn tử cung lên đến 76% [5]. Sự khác biệt này có thể phản ánh chiến lược điều trị khác nhau. Tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, ưu tiên hàng đầu có thể là cầm máu triệt để và đảm bảo an toàn tính mạng cho sản phụ, do đó cắt tử cung được xem là giải pháp an toàn nhất. Trong khi đó, các kỹ thuật bảo tồn (để lại bánh rau, khâu cầm máu, truyền tắc mạch...) đòi hỏi kinh nghiệm phẫu thuật viên và phương tiện hồi sức chuyên sâu hơn, có thể chưa được áp dụng rộng rãi.

Biến chứng tổn thương bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,6%, cao hơn so với các nghiên cứu khác [5]. Tỷ lệ này có thể liên quan đến mức độ xâm lấn nặng của RCRL (thể increta và percreta) và sự dính chặt giữa tử cung - bàng quang tại vị trí sẹo mổ cũ. Mất máu nhiều (67,6% mất ≥ 1000 ml) và tỷ lệ truyền máu cao (89,2%) là đặc trưng của phẫu thuật RCRL, tương đồng với nhiều báo cáo khác [11]. Mặc dù đối mặt với nhiều thách thức, kết quả sơ sinh trong nghiên cứu này là rất khả quan, cho thấy sự phối hợp tốt giữa ê-kíp sản khoa và nhi khoa.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 37 trường hợp RCRL được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: RCRL thường gặp ở sản phụ lớn tuổi (≥ 35 tuổi), có tiền sử mổ lấy thai (đặc biệt từ 2 lần trở lên) và có rau tiền đạo. Một tỷ lệ đáng kể (37,8%) không có triệu chứng lâm sàng. Siêu âm trước sinh chẩn đoán được 64,9% trường hợp, với vị trí rau bám chủ yếu ở mặt trước tử cung.

- Về kết quả điều trị: phẫu thuật chủ động chiếm đa số (70,3%) và cho kết quả tốt hơn rõ rệt so với mổ cấp cứu về tình trạng mất máu của mẹ và sức khỏe sơ sinh. Tuy nhiên, RCRL vẫn là một thách thức lớn trong phẫu thuật với tỷ lệ cắt tử cung là 100%, lượng máu mất nhiều và tỷ lệ biến chứng tổn thương bàng quang còn cao (21,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Faranesh R, Romano S, Shalev E et al. 2007, Suggested approach for management of placenta percreta invading the urinary bladder. *Obstet Gynecol*, 110 (2 Pt 2): 512-515.
- [2] Horgan R, Abuhamad A. 2022, Placenta accreta spectrum: Prenatal diagnosis and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 49 (3): 423-438.
- [3] Lê Thị Hương Trà. Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện

- Phụ Sản Trung ương trong 5 năm (2007-2011). Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [4] Nguyễn Liên Phương, Trần Danh Cường, Vũ Bá Quyết. Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ Sản, 2018, 16 (1): 87-91.
- [5] Nguyễn Mạnh Hùng. Nghiên cứu kết quả điều trị rau cài răng lược trên sọ mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [6] Trần Khánh Hoa. Nghiên cứu thái độ xử trí rau tiền đạo rau cài răng lược trên sọ mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
- [7] Silver R.M, Landon M.B, Rouse D.J et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol, 2006, 107 (6): 1226-32.
- [8] Vũ Thị Thu Huyền. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 3 năm 2012-2014. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2015.
- [9] Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ Can Med Assoc J, 2005, 173 (8): 905-912.
- [10] Walker M.G et al. Multidisciplinary management of invasive placenta previa. Journal of Obstetrics Gynaecology Canada, 2013, 35 (5): 417-425.
- [11] Ballas J et al. Preoperative intravascular balloon catheters and surgical outcomes in pregnancies complicated by placenta accreta: a management paradox. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207 (3): 216.e1-5.

