Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 1 (2022) 37-46

MANAGEMENT AND COMPLICATIONS IN WOMEN WHO HAVE CESAREAN SECTION DUE TO PLACENTA PREVIA AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Bui Minh Tien[1,*], Vu Thi Lan[2]

[1]*Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Thai Binh city, Vietnam*
[2]*Thai Binh Obstetric and Gynecology Hospital - 530a Ly Bon, Thai Binh city, Vietnam*

Received 15/09/2021
Revised 10/11/2021; Accepted 11/12/2021

ABSTRACT

The study was conducted on 123 patients who had to undergo placenta previa caesarean section at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital from June 1, 2019 to the end of May 31, 2020. The results showed that: The rate of emergency surgery accounted for 40.7%, the cause of bleeding accounted for 82%. The transverse incision in the lower uterine segment is the main one, accounting for 91.1%. Management of hemostasis during colorectal surgery: medical success was 44.7%, hemostasis in the area of fascia was 29.3%, Aortic utery ligation (alone and in combination) was successful 20.3%. Active hysterectomy is operated in placenta increta or failed hemostasis. The rate of organ damage is 1.65%, mainly in placenta increta. The rate of preterm cesarean section of placenta previa is 30.9%, the neonatal mortality rate is 1.6%. The rate of blood transfusion after surgery of placenta previa is 21.1%, mainly in emergency surgery and central placenta previa.

Keywords: Placenta previa, complications after birth.

*Corressponding author
Email address: tienbm@tbump.edu.vn
Phone number: (+84) 904 102 798
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i1.254

XỬ TRÍ VÀ BIẾN CHỨNG Ở NHỮNG SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI VÌ RAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

Bùi Minh Tiến[1,*], Vũ Thị Lan[2]

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, TP. Thái Bình, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Phụ sản Thái Bình - 530a Lý Bôn, TP. Thái Bình, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 15 tháng 09 năm 2021
Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 11 năm 2021; Ngày duyệt đăng: 11 tháng 12 năm 2021

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 123 bệnh nhân phải mổ lấy thai vì rau tiền đạo tại Bệnh viện Phu sản Thái Bình từ 01/06/2019 đến hết 31/05/2020. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 40,7%, nguyên nhân do chảy máu chiếm 82%. Đường mổ ngang đoạn dưới tử cung là chủ yếu chiếm 91,1%. Xử trí cầm máu khi phẫu thuật RTĐ (rau tiền đạo): Nội khoa thành công 44,7%, khâu cầm máu tại diện rau bám 29,3%, thắt động mạch tử cung (đơn thuần và phối hợp) thành công 20,3%. Cắt tử cung chủ động được thực hiện trong rau cài răng lược hoặc khâu cầm máu thất bại. Tỷ lệ tổn thương tạng là 1,65%, chủ yếu trong rau cài răng lược. Tỷ lệ mổ non tháng của RTĐ là 30,9%, tỷ lệ tử vong sơ sinh là 1,6%. Tỷ lệ truyền máu sau mổ của RTĐ là 21,1%, chủ yếu trong mổ cấp cứu và RTĐ trung tâm.

Từ khóa: Rau tiền đạo, biến chứng sau sinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sử mổ lấy thai làm tăng nguy cơ bị rau tiền đạo ở lần có thai sau. Tỷ lệ gặp rau tiền đạo ở những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai tùy thuộc vào số lần mổ lấy thai và tùy vào từng quần thể nghiên cứu. Theo Lê Thị Thanh Huyền [7] nguy cơ rau tiền đạo ở phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai tăng gấp 1,62 lần so với nhóm không có tiền sử mổ lấy thai. Nghiên cứu mối liên quan giữa số lần mổ lấy thai với rau tiền đạo Ananth C.V [8] thấy mổ lấy thai lần 1 nguy cơ RTĐ tăng 4,5 lần, mổ lấy thai 2 lần nguy cơ RTĐ tăng 7,4 lần. Tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên cũng là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ rau tiền đạo. Chẩn đoán sớm chính xác và có thái độ xử trí đúng, kịp thời, hợp lý đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con là yếu tố quan trọng để giảm các biến chứng nặng nề cho mẹ và con. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: ***"Đánh giá kết quả xử trí và biến chứng ở những sản phụ mổ lấy thai vì rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình".***

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

*Tác giả liên hệ
Email: tienbm@tbump.edu.vn
Điện thoại: (+84) 904 102 798
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i1.254

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những hồ sơ bệnh án chẩn đoán sau mổ là RTĐ (hồi cứu) và sản phụ được mổ lấy thai và chẩn đoán xác định sau mổ là rau tiền đạo (tiến cứu trong thời gian nghiên cứu từ 01/06/2019 đến hết 31/05/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* ***Thiết kế nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp tiến cứu và hồi cứu.

**** Mẫu nghiên cứu***

Theo công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân cần nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$ =1,96 (với α = 0,05)

P tỷ lệ RTĐ được mổ lấy thai trên tổng số RTĐ được điều trị. Theo nghiên cứu Trần Quang Tuấn 2013 tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định tỷ lệ này là 0,899 [66].

ε = 0,06 (sai số ước lượng e có thể dao động 0,05-0,5)

Cỡ mẫu tính toán cần cho nghiên cứu là 119 bệnh nhân. Từ 01/06/2019 đến 31/05/2020 tại viện có 123 bệnh nhân phải mổ lấy thai vì RTĐ. Nên cỡ mẫu được chọn trong nghiên cứu này là 123 HSBA của bệnh nhân được mổ vì rau tiền đạo trong đó có 91 trường hợp hồi cứu và 32 trường hợp tiến cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Nhập số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0

- Xử lý số liệu bằng các phương pháp thống kê y học: test $\chi 2$ và test Fisher, giá trị p<0,05 được đánh giá là có ý nghĩa thống kê.

- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ

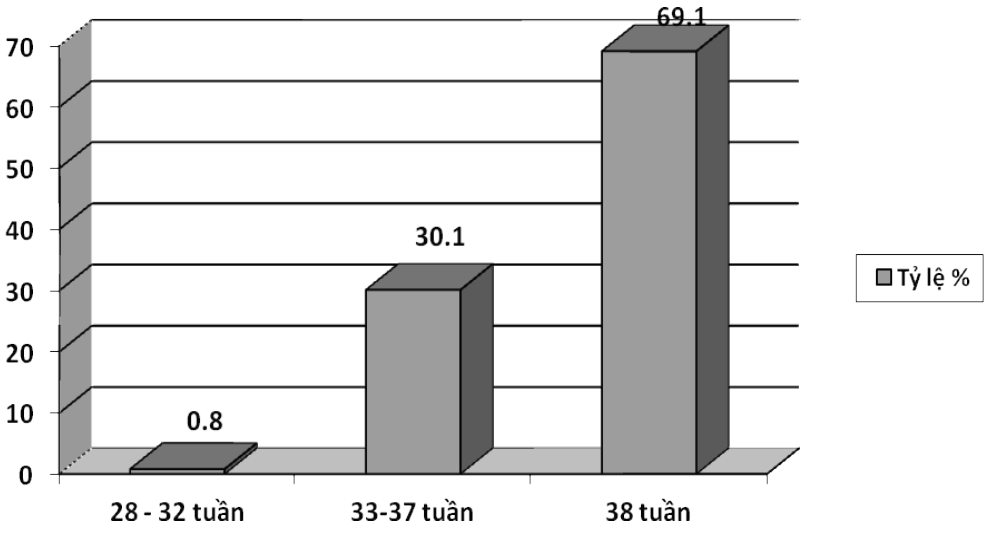
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thời gian điều trị giữ thai

Ngày điều trị / Loại RTĐ	< 7 ngày	7-13 ngày	14-20 ngày	≥ 21 ngày	Tổng
RTĐTT	16	19	4	3	43 (71,2%)
RTĐKTT	8	8	1	0	17 (28,8%)
Tổng	24 (40,7%)	27 (45,8%)	5 (8,4%)	3 (5,1%)	59 (100%)
Trung bình	7,96 ngày Max: 25 ngày Min:1 ngày				

Trong 123 trường hợp có 59 trường hợp phải điều trị nội khoa chiếm chủ yếu ở nhóm RTĐTT (71,2%), RTĐKTT là 28,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Có 3 trường hợp phải điều trị dài ngày trên 21 ngày ở nhóm RTĐTT chiếm 5,1%, trường hợp điều trị kéo dài ngày nhất là 25 ngày.

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về tuổi thai khi phẫu thuật



Tuổi thai lúc mổ non tháng chiếm tỷ lệ 30,9% trong đó cực non là 0,8% (28-32 tuần). Tuổi thai đủ tháng lúc mổ là 69,1%.

Bảng 3.2. Chỉ định mổ lấy thai trong rau tiền đạo

Chỉ định mổ		Tổng số			
		n	%	n	%
Mổ cấp cứu	Chảy máu	41	33,3	50	40,7
	Thai suy	2	1,6		
	Thiểu ối	5	4,1		
	Đau vết mổ	2	1,6		
Mổ chủ động	Thai đủ tháng	41	33,3	73	59,3
	Sẹo mổ cũ	21	17,1		
	Ngôi bất thường	8	6,5		
	Lý do khác*	3	2,4		
Tổng số		123	100	123	100

(*) Trường hợp mổ thai to, gia đình xin mổ vì lý do xã hội.

Mổ cấp cứu 50 trường hợp chiếm tỷ lệ 40,7% trong đó mổ cấp cứu do chảy máu chiếm cao nhất 82% (41 /50).

Mổ chủ động 73 trường hợp chiếm tỷ lệ 59,3% trong đó thai đủ tháng 56,2% (41/73), mổ vì sẹo mổ cũ 28,8%, ngôi bất thường 10,9%, và mổ vì lý do khác như thai to, yếu tố xã hội là 4,1%.

Bảng 3.3. Đường mổ tử cung lấy thai

Loại RTĐ \ Đường mổ		Ngang đoạn dưới		Dọc thân tử cung	
		n	%	n	%
RTĐTT (N=68)	RTĐTT (N=64)	58	90,6	6	9,4
	RCRL (N=4)	1	25	3	75
RTĐKTT (N=55)		51	96,4	2	3,6
Tổng (N=123)		112	91,1	11	8,9

Đường mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai nhìn chung được áp dụng nhiều hơn với tỷ lệ 91,1%. Đường mổ dọc thân tử cung lấy thai ở nhóm RTĐTT (13,2%) nhiều hơn ở nhóm RTĐKTT (3,6%) và dùng nhiều nhất ở RCRL 75% (3/4 ca). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. 2 trường hợp RTĐKTT đều là rau bám mép mặt trước kèm ngôi vai.

Bảng 3.4. Đường mổ tử cung với sẹo mổ cũ

SMLT \ Đường mổ TC	Ngang đoạn dưới		Dọc thân tử cung		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
0 lần	85	75,9	6	54,5	91	74,0	>0,05
1 lần	20	17,9	3	27,3	23	18,7	
2 lần	7	6,2	2	18,2	9	7,3	
Tổng	112	91,1	11	8,9	123	100	

Trong 11 trường hợp mổ dọc thân tử cung lấy thai có 6 trường hợp không có sẹo mổ lấy thai cũ chiếm 54,5%, có 5 trường hợp có SMLT chiếm 45,5% trong đó 2 trường hợp có sẹo mổ 2 lần. Trong 6 trường hợp mổ dọc thân tử cung không có sẹo mổ cũ đều là RTĐTT mặt trước.

Bảng 3.5. Đường mổ tử cung với vị trí rau bám theo siêu âm

Vị trí rau bám \ Đường mổ	Ngang đoạn dưới		Dọc thân tử cung		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mặt trước	29	25,9	9	81,8	38	30,9	< 0,05
Mặt sau	83	74,1	2	18,2	85	69,1	
Tổng	112	100	11	100	123	100	

Trong 112 trường hợp mổ ngang đoạn dưới có 29 trường hợp rau bám mặt trước chiếm tỷ lệ 25,9%, 78 trường hợp rau bám mặt sau chiếm tỷ lệ 74,1%. Trong 11 trường hợp mổ dọc thân tử cung lấy thai có 9 trường hợp rau bám mặt trước chiếm 81,8%, 2 trường hợp rau bám mặt sau chiếm 18,2%. Trong 2 trường hợp rau bám mặt sau này đều là RTĐTT có kèm với ngôi bất thường (vai). Sự khác nhau về đường mổ giữa 2 vị trí rau bám có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Phương pháp vô cảm

Loại RTĐ / Phương pháp vô cảm	RTĐTT		RTĐKTT		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Mê nội khí quản	51	75	18	32,7	69	56,1
Tê tủy sống	17	25	37	67,3	54	43,9
Tổng số	68	100	55	100	123	100
	p<0,05					

Tỷ lệ gây mê nội khí quản trong mổ RTĐ chiếm tỷ lệ 56,1% trong đó chủ yếu là nhóm RTĐTT với 75% số trường hợp được áp dụng phương pháp vô cảm này. Sự khác biệt phương pháp vô cảm được áp dụng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.7. Phương pháp cầm máu trong mổ RTĐ

Các phương pháp cầm máu		n	%
Nội khoa		55	44,7
Nội khoa + khâu diện rau bám chữ X, U		36	29,3
Nội khoa + khâu diện rau bám chữ X, U + thắt ĐMTC		16	13
Nội khoa + khâu diện rau bám chữ X, U + thắt ĐMTC + cắt TC		1	0,8
Nội khoa + Thắt ĐMTC		9	7,3
Cắt tử cung	Bán phần thấp	2	1,6
	Hoàn toàn	4	3,3
Tổng		123	100

Trong 123 trường hợp có 55 trường hợp chỉ cần xử trí nội khoa để cầm máu chiếm tỷ lệ 44,7%. Khâu cầm máu đơn thuần chiếm 29,3%. Thắt ĐMTC (đơn thuần và kết hợp khâu cầm máu) chiếm 20,3%. Cắt tử cung chiếm 5,6% (7/123) trong đó cắt hoàn toàn là 3,3%.

Bảng 3.8. Phương pháp cầm máu với từng loại RTĐ

Các phương pháp cầm máu \ Loại RTĐ		RTĐTT		RCRL		RTĐKTT	
		n	%	n	%	n	%
Nội khoa		23	35,9	0	0,0	32	58,2
Nội khoa + khâu diện rau bám chữ X, U		18	28,1	0	0,0	18	32,7
Nội khoa + khâu diện rau bám chữ X, U + thắt ĐMTC		13	20,3	0	0,0	3	5,5
Nội khoa + khâu diện rau bám chữ X, U + thắt ĐMTC + Cắt TC		1	1,5	0	0,0	0	0,0
Nội khoa + Thắt ĐMTC		7	10,9	0	0,0	2	3,6
Cắt tử cung	Bán phần thấp	2	3,2	0	0,0	0	0,0
	Hoàn toàn	0	0,0	4	100	0	0,0
Tổng		64	100	4	100	55	100

RCRL phải cắt tử cung 100%. Điều trị nội khoa với RTĐKTT chiếm tỷ lệ cao hơn RTĐTT. Tỷ lệ cắt tử cung có 7 ca chỉ xảy ra ở nhóm RTĐTT. Với RTĐTT khâu cầm máu phải dùng nhiều tăng thì hơn RTĐKTT. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.9. Mức độ Hb trước và sau mổ rau tiền đạo

Mức độ Hb (g/l)	Trước		Sau	
	n	%	n	%
< 70	0	0	6	4,9
70 - < 90	1	0,8	15	12,2
90 - < 110	23	18,7	53	43,1
≥ 110	99	80,5	49	39,8
Tổng	123	100	123	100

Tỷ lệ thiếu máu trước mổ của RTĐ là 19,5%, tỉ lệ thiếu máu sau mổ RTĐ là 60,2% (tăng 40,7% so với trước mổ). Tỷ lệ thiếu máu sau mổ tăng lên rõ rệt so với trước mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3.10. Số lượng máu phải truyền với chỉ định mổ

Chỉ định mổ / Đơn vị máu	Mổ cấp cứu		Mổ chủ động		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
0	35	36,1	62	63,9	97	78.9
1	3	50,0	3	50,0	6	4,9
2	7	58,3	5	41,7	12	9,7
≥ 3	5	62,5	3	37,5	8	6,5
Tổng	50	40,7	73	59,3	123	100
p	>0,05					

Tỷ lệ truyền máu ở nhóm mổ cấp cứu (30,0%) cao hơn so với nhóm mổ chủ động (15,1%), trong đó truyền ≥ 3 đơn vị ở chỉ định mổ cấp cứu chiếm tới 62,5%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.11. Số lượng máu phải truyền với từng loại RTĐ

Loại RTĐ / Đơn vị máu	RTĐTT/RCRL		RTĐKTT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
0	47	69,1	50	90,9	97	78,9
1	4	5,9	2	3,6	6	4,9
2	10	14,7	3	5,5	13	10,6
≥ 3	7	10,3	0	0	7	5,7
Tổng	68	55,3	55	44,7	123	100
p	<0,05					

Tỷ lệ máu phải truyền trong mổ RTĐ là 21,1% (26/123) trong đó truyền 1 đơn vị máu là 4,9%, truyền 2 đơn vị máu là 10,6 %, truyền trên 3 đơn vị máu là 5,7%. RTĐTT là loại RTĐ có số lượng ca phải truyền máu nhiều hơn loại RTĐKTT (21/68 ca, chiếm tỷ lệ 30,9 %). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Ca truyền nhiều mấu nhất là 9 đơn vị máu.

Bảng 3.12. Biến chứng và phương pháp xử trí

Loại biến chứng / Phương pháp xử trí		Điều trị phẫu thuật	Điều trị nội khoa	Tổng N=123	
		n	n	n	%
Chảy máu sau mổ	Diện rau bám	1	1	3	2,4
	Mỏm cắt tử cung	1	0		
Tổn thương tạng	Bàng quang	1	0	2	1,6
	Niệu quản	1	0		
Tụ máu	Vết mổ TC	0	2	4	3,2
	Thành bụng	0	2		

Chảy máu sau mổ chiếm 2,4% (3/123 ca), trong đó 2 trường hợp chảy máu từ diện rau bám, 1 ca chảy máu mỏm cắt sau cắt tử cung hoàn toàn. Tụ máu sau mổ chiếm 3,2% (4/123 ca). Tổn thương tạng chiếm 1,6% (2/123 ca) và đều là tổn thương tiết niệu.

Bảng 3.13. Sơ sinh non tháng với loại RTĐ

RTĐ / Tuổi thai	RTĐTT N=68		RTĐKTT N=55		Tổng N=123	
	n	%	n	%	n	%
28 - 32	1	1.5	0	0	1	0.8
33 - 37	24	35.3	13	23.6	37	30.1
≥ 38	43	63.2	42	76.4	85	69.1
P	>0,05					

Tỷ lệ thai đủ tháng là 69,1%. Tỷ lệ thai non tháng là 30,9% trong đó chủ yếu là nhóm tuổi thai từ 33-37 tuần chiếm 30,1%. Thai non tháng gặp nhiều nhất trong RTĐTT chiếm 36,8%, tuy nhiên sự khác biệt này so với RTĐKTT (23,6%) là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.14. Cân nặng sơ sinh lúc mổ và tuổi thai khi phẫu thuật

Cân nặng / Tuổi thai (tuần)	< 2500gr		≥ 2500gr		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
28 - 32	1	5,3	0	0	1	0,8
33 - 37	14	73,7	23	22,1	37	30,1
≥ 38	4	21,1	81	77,9	85	69,1
	Min: 800gr Max:3500gr					
p	<0,05					

Trẻ dưới 2500g chiếm 15,4% (19/123) những trường hợp này chủ yếu là thai non tháng, có 4 trường hợp là thai đủ tháng suy dinh dưỡng bào thai. Có sự liên quan giữa tuổi thai lúc phẫu thuật và cân nặng sơ sinh (P< 0,05), tuổi thai càng nhỏ càng có nguy cơ nhẹ cân.

Bảng 3.15. Tình trạng sơ sinh

Thời điểm đánh giá / Tình trạng thai	Phút thứ nhất		Phút thứ 5		Sau 24h	
	n	%	n	%	n	%
Bình thường	112	91	116	94,3	116	94,3
Ngạt	11	9	7	5,7	5	4,1
Tử vong	0	0	0	0	2	1,6
Tổng	123	100	123	100	123	100

Tỷ lệ sơ sinh bình thường phút thứ nhất là 91%, phút thứ 5 là 94,3%. Tỷ lệ sơ sinh ngạt phút thứ nhất là 9%, phút thứ 5 là 5,7%. Có 2 sơ sinh tử vong sau ngày đầu chiếm 1,6% do non yếu.

4. BÀN LUẬN

Trong 123 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 59 trường hợp non tháng cần giữ thai thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ khi thai đủ tháng chiếm 69,1%, thai rất non chỉ chiếm 0,8% trong đó tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 40,7%, trong đó mổ vì nguyên nhân chảy máu nhiều nhất chiếm 33,3%. Mổ chủ động chiếm 59,3% trong đó chỉ định mổ khi thai đủ tháng và chưa có dấu hiệu chuyển dạ chiếm 33,3%. Các biện pháp cầm máu nội khoa trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm sử dụng các thuốc tăng co, kích thích co tử cung cơ học. Số lượng và liều lượng các thuốc tăng co cũng thay đổi tùy theo quan điểm từng phẫu thuật viên. Tỷ lệ cắt tử cung của chúng tôi chiếm tỷ lệ 5,7%, trong đó cắt tử cung bán phần thấp là 3 chiếm 2,4% đều thuộc RTĐTT là do RTĐTT là loại khó cầm máu nhất, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại RTĐ (55,3%). Cắt tử cung là biến chứng nặng nề của RTĐ vì đối với một người phụ nữ việc cắt tử cung sẽ gây ra một sang chấn tâm lý cả với những người không có ý định sinh con. Các biến chứng đối với mẹ: Sau mổ rau tiền đạo, chảy máu luôn là biến chứng được quan tâm nhất, có 2 ca biến chứng tổn thương tiết niệu trong đó 1 ca tổn thương bàng quang; 4 ca biến chứng tụ máu sau mổ (3,2%), với 2 ca tụ máu vết mổ thành bụng và 2 ca tụ máu vết mổ tử cung đoạn dưới tử cung. Các biến chứng đối với con: tỷ lệ đẻ non (< 37 tuần) chiếm 30,9%; tỷ lệ cân nặng < 2500gr là 21,1%; có 2 sơ sinh tử vong sau ngày đầu chiếm 1,6% do non yếu.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 40,7%, nguyên nhân do chảy máu chiếm 82%.

- Đường mổ ngang đoạn dưới tử cung là chủ yếu chiếm 91,1%.

- Xử trí cầm máu khi phẫu thuật RTĐ: Nội khoa thành công 44,7%, khâu cầm máu tại diện rau bám 29,3%, thắt ĐMTC (đơn thuần và phối hợp) thành công 20,3%. Cắt tử cung chủ động trong RCRL hoặc khâu cầm máu thất bại.

- Tỷ lệ tổn thương tạng là 1,65%, chủ yếu trong RCRL.

- Tỷ lệ mổ non tháng của RTĐ là 30,9%, tỷ lệ tử vong sơ sinh là 1,6%.

- Tỷ lệ truyền máu sau mổ của RTĐ là 21,1%, chủ yếu trong mổ cấp cứu và RTĐTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Chuong LH, Research on the treatment of cases of placenta previa at the Central Hospital from January 1, 2012 to December 31, 2012, Report of the 13th Vietnam-France Asia-Pacific Conference on Obstetrics and Gynecology, specializing in obstetrics and gynecology faculty, 2013; p.11-16.

[2] Huyen LTT, Clinical situation and some factors related to placenta previa at the Central Hospital in 2004, Master's thesis, Hanoi Medical University, 2004; p.32.

[3] Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM et al., The association of placenta with history of cearean delivery and abortion: A metanalysis, Am.J. Obstets Gynecol. November, 177(5)/1997; p. 1071-1077.

[4] Huyen TB, Comments on diagnosis and management of placenta previa in pregnant women with old cesarean section scars at National Ob &Gy Hospital in 2012. Thesis of a medical doctor specializing in obstetrics and gynecology, 2012.

[5] Cabrol D et Goffinet F, Anomalies d'insertion placentaire. Protocoles cliniques en obstétrique, Collection Abrégés de périnatalité, 4è édition, Elsevier Masson Paris, 2013, p.37-44.