

# NGHIÊN CỨU CẢI TIẾN KỸ THUẬT MỔ RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Vũ Bá Quyết<sup>(1)</sup>, Nguyễn Thái Giang<sup>(2)</sup>, Nguyễn Văn Thắng<sup>(1)</sup>  
(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

**Từ khóa:** mổ lấy thai, cắt tử cung bán phần ngược dòng, rau cài răng lược, rau tiền đạo.  
**Keywords:** cesarean section, posterior retrograde subtotal hysterectomy, placenta accreta, placenta previa.

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** rau cài răng lược là nguyên nhân thường gặp nhất của cắt tử cung cầm máu trong sản khoa, đây cũng là bệnh lý dễ gây biến cố trong mổ và tử vong mẹ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 8 sản phụ được chẩn đoán rau cài răng lược trước sinh, phẫu thuật theo phương pháp cắt tử cung bán phần ngược dòng từ tháng 11/2016 đến tháng 2/2017. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không đối chứng.

**Kết quả:** Kỹ thuật mổ cắt tử cung bán phần ngược dòng cho phép hạn chế chảy máu trong mổ, bóc tách bằng quang tối đa kể cả ở những bệnh nhân có gai rau đâm xuyên, cũng như là hạn chế tổn thương niệu quản. Trong loạt bệnh nhân này chúng tôi không gặp biến chứng nào trong mổ và sau mổ cho mẹ, một trường hợp thai nhi cần hồi sức sơ sinh do non tháng. Lượng máu truyền trung bình là  $1050 \pm 320$  ml.

**Kết luận:** phương pháp cắt tử cung bán phần ngược dòng là một kỹ thuật cắt tử cung cầm máu cấp cứu an toàn, hiệu quả, ít tai biến trong các trường hợp rau cài răng lược.

**Từ khóa:** mổ lấy thai, cắt tử cung bán phần ngược dòng, rau cài răng lược, rau tiền đạo.

## Abstract

### A STUDY FOR IMPROVING CESAREAN TECHNIQUES IN PLACENTA ACCRETA

**Background:** Placenta praevia/accreta is associated with significant maternal morbidity and mortality and is a common cause of obstetric hysterectomy.

**Materials and methods:** This paper describes posterior retrograde subtotal hysterectomy, a new surgical technique for caesarean hysterectomy, in 8 women from November 2016 to February 2017 with placenta percreta, increta or accreta.

**Results:** There were no intraoperative or postoperative maternal

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Nguyễn Thái Giang,  
email: thaigiang80@yahoo.com  
Ngày nhận bài (received): 01/03/2017  
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):  
15/03/2017  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): 28/04/2017

complications, and only one fetus required admission to the neonatal unit, for prematurity. Mean blood transfusion was  $1050 \pm 320$  ml.

**Conclusions:** Our technique in placenta praevia/accreta allows early uterine devascularisation and safe resection of the involved urinary bladder in women with placenta percreta, as well as preventing ureteral injury. Analytical studies are needed to confirm our findings.

**Keywords:** cesarean section, posterior retrograde subtotal hysterectomy, placenta accreta, placenta previa.

## 1. Đặt vấn đề

Tỷ lệ rau cài răng lược (RCRL) tăng song song với sự gia tăng của mổ lấy thai, chiếm khoảng 5% các trường hợp rau tiền đạo. Rau cài răng lược là một loại bệnh lý sản khoa xảy ra khi các gai rau bám đến lớp cơ tử cung, hoặc đâm xuyên qua thành tử cung. Hiện nay, RCRL có thể được chẩn đoán sớm trước khi chuyển dạ với sự trợ giúp của siêu âm. Việc chẩn đoán sớm RCRL giúp thầy thuốc chuẩn bị chủ động khi xử trí phẫu thuật, nhất là với các trường hợp nhiều nguy cơ như tiền sử mổ đẻ cũ nhiều lần, rau tiền đạo. RCRL là một biến chứng nghiêm trọng của thai nghén, có thể gây nên tình trạng mất máu tối cấp và đe dọa tính mạng của bệnh nhân trong và sau đẻ. Có đến 90% bệnh nhân RCRL cần truyền máu, và 40% trường hợp cần truyền hơn 10 đơn vị máu hồng cầu khối [1]. Trên thực tế RCRL là nguyên nhân hàng đầu của chỉ định mổ lấy thai kèm cắt tử cung. Khó khăn nhất trong xử trí phẫu thuật rau cài răng lược là vấn đề cầm máu, đặc biệt đối với các sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ, rau đâm xuyên mặt trước ăn thủng bàng quang.

### Các khó khăn trong kỹ thuật mổ RCRL

Tiền sử mổ đẻ nhiều lần làm tăng tần xuất của RCRL trong lần có thai tiếp theo. Hơn nữa, sẹo mổ cũ và rau tiền đạo cắm vào thành trước của tử cung là một nguy cơ rất lớn của RCRL. Tình trạng chảy

máu ồ ạt hay nguy cơ tổn thương bàng quang có thể xảy ra trong cắt tử cung cấp cứu cầm máu. Trong một nghiên cứu, Tan và cộng sự đã thấy cắt tử cung cấp cứu trong RCRL làm tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ và nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu rất cao trong những trường hợp rau đâm xuyên. Thêm vào đó, việc cắt tử cung có thể cũng không đạt được hiệu quả cầm máu do tình trạng mất máu cấp tính xảy ra khi phẫu tích bàng quang- tử cung nơi bánh rau đâm xuyên và có nhiều mạch máu tăng sinh. Nếu thực hiện việc phẫu tích bàng quang sớm như trong kỹ thuật mổ cắt tử cung thường quy, chảy máu sau bước này có thể đe dọa tính mạng sản phụ. Do đó, cắt tử cung cấp cứu trong RCRL luôn là một thách thức. Nhiều tác giả đã nghiên cứu nhiều cách thức mổ khác nhau cho RCRL. Chúng tôi đã thử nghiệm và thử xây dựng một quy trình phẫu thuật cho những trường hợp này có tham khảo phương pháp mổ của các tác giả trên thế giới. Chúng tôi gọi là phương pháp “cắt tử cung bán phần ngược dòng”. Phần sau đây chúng tôi sẽ mô tả chi tiết các bước chính của phẫu thuật

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những sản phụ được chẩn đoán RCRL trước sinh theo tiêu chuẩn [2], được phẫu thuật theo

phương pháp cắt tử cung bán phần ngược dòng từ tháng 11/2016 đến tháng 2/2017.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng

## 2.3. Các bước của phẫu thuật cắt tử cung bán phần ngược dòng

1. Gây mê toàn thân
2. Cắt bỏ sẹo mổ cũ đường giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ
3. Mở dọc thân tử cung lấy thai, không bóc rau
4. Kẹp cầm máu các mép vết mổ
5. Cắt dây chằng tròn, dây chằng tử cung-buồng trứng
6. Tiếp cầm máu sau tử cung, xác định vị trí cổ tử cung, đoạn eo
7. Rạch mặt sau cổ tử cung (thấp hơn eo tử cung 1cm) cho đến khi chạm ống cổ tử cung
8. Dùng pince kẹp và cắt vòng quanh cổ tử cung sang bên và ra trước
9. Lật ngược cổ tử cung ra sau và lên trên
10. Dùng ngón tay tách dây chằng rộng 2 bên, kẹp cắt ĐM tử cung
11. Phẫu tích tiếp bằng ngón tay ở mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung
12. Tách rời bàng quang khỏi mặt trước tử cung
13. Khâu mỏm cắt cổ tử cung
14. Phục hồi tổn thương bàng quang nếu có
15. Khâu phục hồi thành bụng

## 3. Kết quả phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân RCRL

### 3.1. Mô tả các bước phẫu thuật

Sản phụ nhân ở tư thế nằm, được gây mê toàn thân bệnh, chuẩn bị các đường truyền cần thiết để có thể đảm bảo việc hồi sức trong mổ.

Tiến hành cắt bỏ sẹo mổ cũ đường giữa dưới rốn hoặc ngang trên vệ để vào ổ bụng.

Rạch dọc thân về phía đáy tử cung lấy thai. Sau đó kẹp cầm máu mép nơi mổ tử cung, tránh mất máu không cần thiết trong quá trình cắt tử cung. Bánh rau để tại chỗ, kiểm tra vị trí bám của bánh rau và mạch máu tăng sinh.

Tiến hành cắt tử cung từ dây chằng tròn và dây chằng tử cung-buồng trứng. Sau đó đẩy thấp dây chằng rộng 2 bên.

Lật mặt sau tử cung, nắn vị trí cổ tử cung, xác định eo tử cung và tiến hành cắt tử cung bán phần ngược dòng ở vị trí dưới eo tử cung 1 cm (thấp hơn chỗ bám của bánh rau). Dùng dao rạch ngang vị trí này đến ống cổ tử cung. Dùng pince kẹp vòng quanh cổ tử cung sang bên (cùng động mạch cổ tử cung-âm đạo) và ra trước sau khi mở đường hầm ở tổ chức giữa bàng quang và mặt trước cổ tử cung. Lưu ý rằng cổ tử cung trong thời kì mang thai rất mềm và phúc mạc mặt sau bàng quang đoạn này lỏng lẻo, dễ bóc tách.

Lật ngược cổ tử cung ra sau và lên trên. Dùng ngón tay tách phía sau bên bàng quang sang dây chằng rộng 2 bên. Xác định và kẹp cắt bó mạch tử cung 2 bên.

Lúc này, chỉ còn bàng quang dính vào đoạn dưới tử cung, nơi nghi ngờ có bánh rau đâm xuyên. Tại đây, dùng ngón tay phẫu tích mặt sau bàng quang (theo hướng từ dưới lên trên) ra khỏi tử cung.

Tiếp đó, khâu đóng mỏm cắt cổ tử cung, các tổn thương bàng quang nếu có sẽ được phục hồi, kiểm tra chảy máu và đóng thành bụng thường quy.

### 3.2. Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 11/2016 đến tháng 2/2017 có 8 bệnh nhân RCRL được áp dụng kỹ thuật cắt tử cung bán phần ngược dòng. Tuổi trung bình của sản phụ, tuổi thai trung bình, thời gian nằm viện lần lượt là 35 tuổi (24-37), 37 tuần (34-38), 72 phút (40-150), 5 ngày (4-7). 8/8 bệnh nhân được truyền máu, lượng máu truyền trung bình là  $1050 \pm 320$  ml (1-4 đơn vị khối hồng cầu). Không bệnh nhân nào gặp biến chứng trong và sau mổ, không trường hợp nào gặp tổn thương niệu quản. 2/8 trường hợp có gai rau đâm xuyên thủng bàng quang cần phải cắt lọc và khâu phục hồi bàng quang 2 lớp để. Không có trường hợp nào phải mổ lại hay phải nhập viện lại vì biến chứng. 1 trường hợp cần chăm sóc sơ sinh tích cực do thai non tháng 34 tuần.

Theo nghiên cứu của Lê Hoài Chương năm 2012, tỷ lệ RCRL là 1/711 ca đẻ, gặp ở 7% tổng số người bệnh rau tiền đạo và ghi nhận một kỷ lục về truyền máu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 23 đơn vị ở người bệnh thai 29 tuần- Rau tiền đạo trung tâm- rau cài răng lược – mổ đẻ cũ 2 lần [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Hinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương tỉ lệ này trong 2 năm 1989-1990 là 2,9% và 2 năm 1993-1994 là 6,4%. Như vậy tỉ lệ rau cài răng lược ngày càng tăng ở các sản phụ rau tiền đạo, tương tự nhận xét của một số tác giả trên thế giới. Nghiên cứu của Miller D.A cho thấy, khi đã có 1 lần mổ lấy thai nguy cơ bị RCRL là 0,24%, tỷ lệ này tăng lên là 0,31% ở người đã mổ lấy thai 2 lần và với người đã có 3 lần mổ lấy thai thì nguy cơ này lên tới 0,57% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương và Trần Danh Cường năm 2015 thấy rằng, 100% bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai (chủ yếu là mổ 1 hoặc 2 lần), và thấy tầm quan trọng của siêu âm

trong chẩn đoán RCRL khi có đến 91,4% trường hợp được chẩn đoán trước mổ, tương đương nghiên cứu của Miller cũng cho thấy độ nhạy của siêu âm lên tới 90% [5].

## 4. Bàn luận

Do RCRL là một tình trạng bệnh lý sản khoa có nguy cơ chảy máu đe dọa tính mạng sản phụ và thai nhi, do đó, tiến hành cắt tử cung cầm máu một cách khẩn trương và an toàn luôn là việc cần thiết. Nhiều nghiên cứu trước đây mô tả phương pháp phẫu thuật liên quan đến nguy cơ chảy máu cấp tính ở thai phụ. Bởi vậy, kỹ thuật "cắt tử cung bán phần ngược dòng" có thể cho phép kiểm soát chảy máu, phẫu tích tối đa bàng quang khỏi tử cung trước khi cắt lọc và hạn chế nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu.

### 4.1. Kiểm soát chảy máu

#### *Đường mổ bụng*

Chúng tôi thường cắt bỏ sẹo mổ cũ và vào ổ bụng. Ổ lớp cân thành bụng chúng tôi cố gắng rạch ở vị trí cao hơn chỗ bám của bánh rau để tránh chảy máu ở thì vào bụng. Trong trường hợp phẫu thuật viên còn ít kinh nghiệm chúng tôi cho rằng có thể mổ bụng đường dọc giữa dưới rốn, mổ lên trên rốn nếu cần thiết. Do cách tiếp cận này giúp tránh được chảy máu ngay trong thì mổ bụng khi bánh rau đâm xuyên cơ tử cung và có nhiều mạch máu tăng sinh ở sẹo mổ cũ thành bụng. Hơn thế nữa, với đường mổ này có thể mở rộng phẫu trường khi cần một cách dễ dàng và giúp lấy thai ở đáy tử cung dễ hơn.

#### *Mở tử cung lấy thai*

Từ năm 2013, chúng tôi tiến hành kỹ thuật mở tử cung bằng đường rạch dọc thân về phía đáy tử cung lấy thai. Bánh rau để tại chỗ, không bóc rau và tiến hành cắt tử cung luôn cho những sản phụ không còn nguyện vọng có thai. Với phương thức xử trí chủ động này, việc chảy máu đã giảm đi đáng kể, trung bình mỗi trường hợp chỉ còn cần khoảng 4 đơn vị máu [6].

#### *Cắt tử cung bán phần ngược dòng*

Kỹ thuật cắt tử cung ngược dòng từ lâu đã được sử dụng trong phẫu thuật phụ khoa, được phát triển và mô tả lần đầu bởi Bony từ năm 1964. Có thể áp dụng kỹ thuật này trong trường hợp khối u tiểu khung làm biến dạng giải phẫu và xâm lấn

như trong u xơ tử cung trong dây chằng rộng hay trong ung thư buồng trứng di căn vào thành chậu.

Các tác giả như AE Selman, Sato Hiroshi có đề xuất phương pháp cắt tử cung hoàn toàn ngược dòng trong RCRL qua đường tiếp cận từ cùng đồ sau [7,8].

Đoạn dưới tử cung, cổ tử cung và phần trên âm đạo được cấp máu bởi nhóm mạch máu chạy dưới phúc mạc cổ tử cung âm đạo (nhánh của động mạch thận), các mạch máu phụ trợ từ động mạch chậu trong, động mạch cổ tử cung và động mạch bàng quang dưới. Do đó, thắt động mạch hạ vị đơn thuần không hiệu quả trong những trường hợp chảy máu thứ phát do RCRL, hơn nữa thủ thuật này đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên, gia tăng thời gian mất máu và tăng tỷ lệ biến chứng. Trong trường hợp này cần phải cầm máu theo phương pháp khác, một số tác giả đã gợi ý có thể bơm bóng gây tắc động mạch, tuy nhiên tiềm ẩn nguy cơ như nhiễm khuẩn, huyết khối và có thể hoại tử tổ chức. Với những chứng cứ hiện có ACOG cho rằng chưa đủ để khuyến cáo gây tắc mạch để làm giảm lượng máu mất và cải thiện kết quả phẫu thuật.

Trong điều kiện hiện tại kể từ khi triển khai kỹ thuật cắt tử cung bán phần ngược dòng, chúng tôi thấy sau khi kẹp cắt vòng quanh cổ tử cung, việc kiểm soát cầm máu chủ động và dễ dàng hơn, hạn chế lượng máu phải truyền trong và sau mổ. Số lượng máu phải truyền trung bình ở 8 bệnh nhân này là 1050 ml máu, ít hơn so với nghiên cứu của chúng tôi trước đây năm 2014 và ít hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương.

### 4.2. Phẫu tích tối đa bàng quang

Phẫu tích bàng quang sớm gây chảy máu, làm tăng nguy cơ mất máu và phải truyền máu. Một khó khăn không nhỏ là khi đã chảy máu rất khó bóc tách được đúng lớp và khi đó dễ làm tổn thương nghiêm trọng bàng quang, nhất là ở vùng tam giác bàng quang. Kỹ thuật được chúng tôi triển khai là kiểm soát việc chảy máu trước khi phẫu tích bàng quang. Do phúc mạc mặt sau bàng quang và cổ tử cung dễ bóc tách, chúng tôi chủ động mở đường hầm nhờ phẫu tích bằng đầu kéo tù. Sau đó kẹp cắt cổ tử cung nhằm kiểm soát chảy máu. Sau đó, phẫu tích ngược dòng bàng quang từ dưới lên trên bằng tay cho đến khi không tách được nữa do dính chặt hoặc gai rau đâm xuyên. Lúc này chúng

tôi mới phẫu tích bằng kéo và có thể cắt lọc lỗ rách bàng quang do gai rau đâm xuyên. Với phương pháp phẫu tích bàng quang ngược dòng bằng tay, 2/8 trường hợp chúng tôi phải khâu phục hồi bàng quang nhưng đều rất thuận lợi do cách xa vùng tam giác bàng quang.

#### **4.3. Hạn chế nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu**

##### **Tổn thương bàng quang**

Trong trường hợp có gai rau đâm xuyên, có thể sẽ có tổn thương bàng quang, tuy nhiên cách phẫu tích ngược dòng bàng quang giúp tránh xa vùng tam giác bàng quang. Do đó, việc khâu phục hồi bàng quang 2 lớp là dễ dàng, kết hợp với việc lưu sonde tiểu 5 ngày, không có trường hợp nào có biến chứng dò bàng quang – âm đạo.

##### **Tổn thương niệu quản**

Một số tác giả như AE Selman, Sato Hiroshi có đề xuất phương pháp cắt tử cung hoàn toàn ngược dòng nhưng nhìn chung vẫn còn gặp tổn thương niệu quản [7,8].

Trước khi phẫu thuật chúng tôi đã kiểm tra đường đi của niệu quản. Để tăng thêm độ an toàn với niệu quản, chúng tôi chọn giải pháp cắt tử cung

bán phần nhằm tránh những biến chứng như dò niệu quản hay hẹp, gấp khúc niệu quản trong một phẫu thuật chảy máu như RCRL.

Theo một số tác giả Pháp, Mỹ có thể đặt sonde JJ niệu quản trước mổ nhằm để xác định niệu quản và có điểm mốc để phục hồi tổn thương niệu quản nếu có [9]. Theo chúng tôi, tổn thương niệu quản là một tai biến khá thường gặp trong phẫu thuật chảy máu như RCRL bởi khó đánh giá chính xác các mốc giải phẫu do phức tạp phù nề trong thời kì thai nghén. Với phẫu thuật cắt tử cung bán phần ngược dòng, dù số lượng cas bệnh còn khiêm tốn (8 trường hợp) nhưng chúng tôi chưa gặp trường hợp nào có biến chứng niệu quản.

## **5. Kết luận**

Như vậy, qua nghiên cứu 8 trường hợp thực hiện kỹ thuật cắt tử cung bán phần ngược dòng cầm máu trong RCRL cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật triển vọng với điểm chính là đường mổ bụng dọc và cắt tử cung bán phần ngược dòng. Ưu điểm của phương pháp này là giúp kiểm soát chảy máu, phẫu tích bàng quang ngược dòng tối đa và hạn chế các tổn thương tiết niệu.

## **Tài liệu tham khảo**

1. 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, 2012; tr.31.
2. Trần Danh Cường. Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu. Hội nghị Sản phụ khoa Việt- Pháp năm 2011, chuyên đề chẩn đoán trước sinh- sơ sinh, 2011; tr.119-124.
3. Lê Hoài Chương. Nghiên cứu xử trí các trường hợp rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản trung ương từ 01/01/2012 đến 31/12/2012. Tạp chí Y học lâm sàng, 2012; số 70
4. Miller D.A, Chollet J.A and Goodwin T.M. Clinical risk factor of previa placenta accreta, Am J. Obstet Gynecol. July, 1997; 177(1), p.210-4.
5. Nguyễn Liên Phương, Trần Danh Cường. Nhận xét về chẩn đoán

và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kỷ yếu hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp 2015.

6. Vũ Bá Quyết, Trần Danh Cường, Trần Vũ Quang. Đánh giá phương pháp mổ dọc tử cung trong xử trí rau cài răng lược. Tạp chí Phụ sản, 2013; 11(2), 43-45
7. Hiroshi S, Nao T, Saeko I, Kanako K, Takako S, Masaya. Modified retrograde cesarean hysterectomy for placenta previa accreta. J Case Rep Images Gynecol Obstet 2016;2:25-30.
8. Selman AE. Caesarean hysterectomy for placenta praevia/accreta using an approach via the pouch of Douglas. BJOG 2016;123:815-819.
9. Laura M.R., Cotton D.B. Modern management of placenta previa and placenta accrete. Sciarra Gynecology and Obstetrics, Revised edition, 1997; 49(2), p.1-11.