

# Nghiên cứu khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị rau tiền đạo

Lê Lam Hương\*

Trường Đại học Y dược Huế

Ngày nhận bài 27/9/2016, ngày chuyển phản biện 29/9/2016, ngày nhận phản biện 12/10/2016, ngày chấp nhận đăng 20/10/2016

Rau tiền đạo là một cấp cứu sản khoa, có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con. Trong trường hợp thai phụ bị rau tiền đạo chảy máu nhiều mà không cấp cứu kịp có thể gây tử vong mẹ. Nguyên nhân sinh ra rau tiền đạo cho đến nay vẫn chưa được biết đến đầy đủ. Tuy nhiên, tần suất rau tiền đạo tăng lên ở những thai phụ có tiền sử đẻ nhiều lần, mổ lấy thai, bóc nhân xơ tử cung...

Nghiên cứu được thực hiện trên 56 thai phụ đã được chẩn đoán rau tiền đạo và 154 thai phụ ở nhóm chứng tại Bệnh viện Trung ương Huế, nhằm khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị rau tiền đạo và đưa ra những khuyến nghị phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị bệnh ở địa phương này và khu vực lân cận.

Kết quả là, tiền sử nạo phá thai, sảy thai và tiền sử viêm nhiễm tử cung chiếm 8,9% và 1,8% với OR = 7,7; 95%CI = 1,4-41,2 và OR = 2,7; 95%CI = 0,1-45,2. Số lần sinh  $\geq 4$  lần chiếm tỷ lệ 10,7% với OR = 9,1; 95%CI = 1,7-46,6;  $p < 0,05$ . Đa thai, tử cung dị dạng, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung, tiền sử rau tiền đạo chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,6%; 3,6%; 5,4%; 7,1%. Tử cung có sẹo mổ cũ chiếm tỷ lệ 33,9% với OR = 2,3; 95%CI = 1,2-4,7. Tiền sử đặt dụng cụ tử cung chiếm 37,5% với OR = 1,3; 95%CI = 0,7-2,5. Ở nhóm rau tiền đạo truyền máu chiếm tỷ lệ là 19,6% với OR = 18,5; 95%CI = 3,9-86,9 và rối loạn chức năng đông máu chiếm 1,8%. Suy thai chiếm 14,3%. Ở nhóm rau tiền đạo kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 94,6% (nhóm chứng 35,7%) với OR = 31,8; 95%CI = 1,5-15,9. Sinh nhiều lần, tử cung có vết mổ cũ hoặc có tiền sử nạo buồng tử cung nhiều lần là những thai phụ có nguy cơ bị rau tiền đạo cao hơn nhiều so với những thai phụ bình thường.

**Từ khóa:** rau tiền đạo, sảy thai, thai phụ, tử cung dị dạng, vết mổ cũ.

**Chỉ số phân loại 3.2**

## Đặt vấn đề

Rau tiền đạo là một trong các nguyên nhân gây chảy máu trong 3 tháng cuối của thai kỳ, đứng thứ 2 sau nguyên nhân rau bong non. Rau tiền đạo thường bị ra máu âm đạo đột ngột, không có triệu chứng báo trước, thường là không đau bụng, ra máu tái đi tái lại có thể làm sản phụ thiếu máu, từ mức độ nhẹ đến băng huyết, đến choáng mất máu và tử vong mẹ, thai cũng có thể kém phát triển, suy thai trong trường hợp sản phụ chảy máu nhiều. Bệnh gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con [1, 2].

Rau tiền đạo thường phải mổ lấy thai, cũng dẫn đến một số nguy cơ nguy hiểm khi chảy máu nhiều nên phải truyền máu, cắt tử cung, đông máu rải rác nội mạch có thể tử vong nếu không cấp cứu kịp [3]. Khi mất máu nhiều, chỉ định mổ lấy thai để cứu mẹ nên khả năng thai non tháng rất cao, theo một nghiên cứu ở Mỹ trong các trường hợp mổ lấy thai, tỷ lệ sản phụ sinh con dưới 34 tuần là 16,9%, tỷ lệ sản phụ sinh con từ 34 đến

36 tuần là 27,5%. Thai cũng có thể kém phát triển, suy thai trong trường hợp sản phụ chảy máu nhiều. Non tháng, suy thai, thai chậm phát triển là những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh.

Rau tiền đạo là một cấp cứu trong sản khoa, gây nhiều biến chứng nặng nề cho mẹ và con. Nguyên nhân của rau tiền đạo vẫn còn chưa được khẳng định chắc chắn, tuy nhiên một số nghiên cứu ghi nhận tần suất rau tiền đạo tăng lên ở những phụ nữ có các yếu tố như: sinh nhiều lần, mổ lấy thai, vết mổ cũ trên thân tử cung do bóc u xơ, thai ngoài tử cung ở sừng, nạo hút thai, điều hòa kinh nguyệt nhiều lần, đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo, viêm nhiễm tử cung, đa thai, tiền sử rau tiền đạo, mẹ hút thuốc lá nhiều... Theo nghiên cứu của Tuzovic và cộng sự, ở phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai một hoặc nhiều lần thì nguy cơ mắc rau tiền đạo cao gấp 2 lần so với người không có tiền sử mổ lấy thai [4, 5].

Việc nghiên cứu để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ ở

\*Email: lelamhuong19@yahoo.com

## A study on some risks of pregnant women with placenta previa

### Summary

**Placenta previa is an obstetric emergency. It is a leading cause of dangerous complications in pregnancy and fetus such as severe haemorrhage. The underlying cause of placenta previa is unknown clearly. The incidence of placenta previa increases in women with history of repeated birth, cesarean section, leiomyomata...**

**Method:** A case-control study on 56 pregnant women with placenta previa and 154 pregnant women in the control group at Hue Central Hospital.

**Objective:** to study some risks of pregnant women with placenta previa.

**Results:** the incidences in women with history of abortion, miscarriage and history of uterine inflammation accounted for 8.9%, OR = 7.7 (CI = 1.4-41.2) and 1.8%, OR = 2.7 (CI = 0.1-45.2). The number of giving birth  $\geq 4$  made up 10.7% incidence of OR = 9.1 (CI = 1.7-46.6),  $p < 0.05$ . The incidence rate of multiple pregnancy, uterine malformation, history of birth control and placenta previa was 3.6%, 3.6%, 5.4% and 7.1% respectively. Women with history of uterine scar made up 33.9% of incidences, OR = 2.3 (CI = 1.2-4.7). History of intrauterine device took 37.5% of incidences, OR = 1.3 (CI = 0.7-2.5). The group of placenta previa with blood transfusion accounted for 19.6%, OR = 18.5 (CI = 3.9-86.9), and coagulation disorders occupied 1.8%. Fetal distress made up 14.3%. Cesarean section in the case group was 94.6% (35.7% in the control group), OR = 31.8 (CI = 1.5-15.9). There were high risks of placenta previa in women with multiple birth, uterine scar, intrauterine manouver.

**Keywords:** miscarriage, placenta previa, pregnant women, uterine malformation, uterine scar.

**Classification number** 3.2

các thai phụ bị rau tiền đạo trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều đề tài thực hiện, tuy nhiên việc khảo sát này cần được tiến hành ở từng địa phương cụ thể để đưa ra những khuyến nghị phù hợp theo đặc thù điều kiện của từng vùng. Tại Thừa Thiên - Huế và các khu vực lân cận chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị rau tiền đạo cho khu vực này.

### Đối tượng và phương pháp

#### Đối tượng nghiên cứu

Gồm 56 sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo và được điều trị tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3/2015 đến tháng 1/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tuổi thai  $\geq 25$  tuần (theo KCC hoặc siêu âm 3 tháng đầu) và thỏa mãn một trong các điều kiện sau: chảy máu âm đạo xuất hiện đột ngột, tái diễn, máu đỏ tươi có khi lẫn máu cục, siêu âm phát hiện rau tiền đạo.

Tiêu chuẩn loại trừ: có bệnh lý nội, ngoại khoa nặng, rối loạn tâm thần hoặc bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp bệnh chứng.

- Dụng cụ thăm khám: bàn khám thai, ống nghe gõ, thước dây, ống nghe tim phổi, găng vô khuẩn, mỏ vịt, máy đo huyết áp.

- Tiến hành phỏng vấn bệnh nhân theo phiếu điều tra về tiền sử đặt dụng cụ tử cung, tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sử rau tiền đạo, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung, đa thai, số lần sinh, tiền sử viêm nhiễm tử cung, tiền sử nạo phá thai, sảy thai.

- Xem kết quả chuyển dạ là sinh đường âm đạo hay mổ lấy thai, có phải cầm máu bằng thắt động mạch tử cung hoặc động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung bán phần không, các tai biến sau sinh, băng huyết sau sinh, choáng, tử vong, đánh giá chỉ số Apgar ở phút thứ 1 và thứ 5.

Sử dụng các phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Medcalc để phân tích số liệu với độ tin cậy tối thiểu 95%,  $\alpha < 0,05$ .

### Kết quả nghiên cứu

Bảng tổng hợp đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1: đặc điểm chung

Đặc điểm chung	Tỷ lệ	Rau tiền đạo		Nhóm chứng	
		n = 56	%	n = 154	%
Nghề nghiệp	Cán bộ	21	37,5	84	54,5
	Làm nông	24	42,9	49	31,8
	Nghề khác	11	19,6	21	13,7
	Tổng	56	100	154	100
Địa dư	Thành thị	25	44,6	98	63,6
	Nông thôn	31	55,4	56	36,4
	Tổng	56	100	154	100
Tuổi	≤ 20	2	3,6	0	0
	21-34	40	71,4	142	92,2
	≥ 35	14	25,0	12	7,8
	$\bar{X} \pm SD$	30,7±5,6		29,8±6,1	

Từ bảng 1 ta thấy, thành phần cán bộ công nhân viên chiếm tỷ lệ 37,5%; thành phần làm nông chiếm tỷ lệ 42,9 %; tỷ lệ bệnh ở thành thị là 44,6% và nông thôn là 55,4%; độ tuổi trung bình là 30,7±5,6, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 45 tuổi. Nhóm tuổi 21-34 chiếm 71,4 %, và ≥ 35 tuổi chiếm tỷ lệ 25%, ≤ 20 tuổi chiếm 3,6%. Bảng 2 tổng hợp kết quả khảo sát một số yếu tố nguy cơ rau tiền đạo ở các đối tượng trên.

Bảng 2: một số yếu tố nguy cơ rau tiền đạo

Đặc điểm	Tỷ lệ	Rau tiền đạo		Nhóm chứng		OR; 95%CI
		n = 56	%	n = 154	%	
Tiền sử nạo phá thai, sảy thai	Có	5	8,9	2	1,3	OR = 7,7 95%CI = 1,4-41,2 p < 0,05
	Không	51	91,1	152	98,7	
Tiền sử viêm nhiễm tử cung	Có	1	1,8	1	0,6	OR = 2,7 95%CI = 0,1-45,2 p < 0,05
	Không	55	98,2	153	99,4	
Số lần sinh	≥ 4 lần	6	10,7	2	1,3	OR = 9,1 95%CI = 1,7-46,6 p < 0,05
	< 3 lần	50	89,3	152	98,7	
Đa thai	Có	2	3,6	2	1,3	OR = 2,9 95%CI = 0,4-21,2 p < 0,05
	Không	54	96,4	152	98,7	
Tử cung dị dạng	Có	2	3,6	1	0,6	OR = 5,6 95%CI = 0,3-63,7 p < 0,05
	Không	54	96,4	153	99,4	
Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung	Có	3	5,4	4	2,6	OR = 2,1 95%CI = 0,4-9,9 p < 0,05
	Không	53	94,6	150	97,4	
Tiền sử rau tiền đạo	Có	4	7,1	0	0	
	Không	52	92,9	154	100	
Tử cung có sẹo mô cũ	Có	19	33,9	29	18,8	OR = 2,3 95%CI = 1,2-4,7 p < 0,05
	Không	37	66,1	125	81,2	
Tiền sử đặt dụng cụ tử cung	Có	21	37,5	47	30,5	OR = 1,3 95%CI = 0,7-2,5 p < 0,05
	Không	35	62,5	107	69,5	

Tiền sử nạo phá thai, sảy thai và tiền sử viêm nhiễm tử cung chiếm 8,9% và 1,8% với OR = 7,7; 95%CI = 1,4-41,2 và OR = 2,7; 95%CI = 0,1-45,2. Số lần sinh ≥ 4 lần chiếm tỷ lệ 10,7%, OR = 9,1; 95%CI = 1,7-46,6; p < 0,05. Đa thai, tử cung dị dạng, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,6; 3,6 và 5,4%. Tiền sử rau tiền đạo chiếm 7,1%. Tử cung có sẹo mô cũ chiếm tỷ lệ 33,9%; OR = 2,3; 95%CI = 1,2-4,7. Tiền sử đặt dụng cụ tử cung chiếm 37,5% với OR = 1,3; 95%CI = 0,7-2,5. Bảng 3 tổng hợp kết quả một số biện pháp can thiệp, xử lý ở các đối tượng trên.

Bảng 3: một số biện pháp can thiệp, xử lý

Đặc điểm kết thúc	Tỷ lệ	Rau tiền đạo		Nhóm chứng		OR; 95%CI
		n = 56	%	n = 154	%	
Truyền máu	Có	11	19,6	2	1,3	OR = 18,5 95%CI = 3,9-86,9 p < 0,05
	Không	45	80,4	152	98,7	
Rối loạn đông máu	Có	1	1,8	0	0	
	Không	55	98,2	154	100	
Suy thai	Có	8	14,3	5	3,2	OR = 4,9 95%CI = 1,5-15,9 p < 0,05
	Không	48	85,7	149	96,8	
Kết thúc thai kỳ	Mổ lấy thai	53	94,6	55	35,7	OR = 31,8 95%CI = 9,4-106,5 p < 0,05
	Sinh thường	3	5,4	99	64,3	
Thất động mạch hạ vị	Có	1	1,8	0	0	
	Không	55	98,2	154	100	
Cắt tử cung	Có	2	3,8	0	0	
	Không	54	96,2	154	100	

Ở nhóm rau tiền đạo truyền máu chiếm tỷ lệ là 19,6% với OR = 18,5; 95%CI = 3,9-86,9 và rối loạn chức năng đông máu chiếm 1,8%, suy thai chiếm 14,3%. Kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 94,6% (nhóm chứng 35,7%) với OR = 31,8; 95%CI = 9,4-106,5. Thất động mạch hạ vị chiếm 1,8%, cắt tử cung chiếm 3,8%. Kết quả tổng hợp sau khi kết thúc thai kỳ được thể hiện trên bảng 4.

Bảng 4: kết quả thai nhi

Thai nhi	Tỷ lệ	Rau tiền đạo		Nhóm chứng		OR, 95%CI
		n = 56	%	n = 154	%	
IA	<7	7	12,5	1	0,6	OR = 21,8 95%CI = 2,6-182 p < 0,05
	≥ 7	49	87,5	153	99,4	
Sinh non	Có	9	16,1	3	1,9	OR = 9,6 95%CI = 2,5-37 p < 0,05
	Không	47	83,9	151	98,1	
Cân nặng	<2.500 g	8	14,3	2	1,3	OR = 12,6 95%CI = 2,6-61,6 p < 0,05
	≥2.500 g	48	85,7	152	98,7	

Như vậy, ở nhóm rau tiền đạo có chỉ số Apgar < 7 chiếm tỷ lệ 12,5% (nhóm chứng 0,6%) với OR = 21,8; 95%CI = 2,6-182; p < 0,05. Sinh non chiếm tỷ lệ 16,1% (nhóm chứng 1,9%); OR = 9,6; 95%CI = 2,5-37,0; p < 0,05. Cân nặng < 2.500 g chiếm 14,3% ở nhóm rau tiền đạo và ở nhóm chứng là 1,3% với OR = 12,6; 95%CI = 2,6-61,6.

**Bàn luận**

- Nghiên cứu ghi nhận được thành phần cán bộ công nhân viên chiếm tỷ lệ 37,5%, làm nông chiếm tỷ lệ 42,9%. Tỷ lệ thai phụ rau tiền đạo ở thành thị 44,6% và nông thôn 55,4%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 30,7±5,6, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 45 tuổi, điều này phù hợp với tuổi sinh đẻ.

Các nghiên cứu khác ghi nhận không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở thành thị và nông thôn cũng như tuổi tác và nghề nghiệp, hay trình độ văn hoá của sản phụ, với độ tuổi trong nghiên cứu này tương đương nghiên cứu khác [4].

- Kết quả cho thấy, các thai phụ có tiền sử nạo phá thai, sảy thai chiếm 8,9% và có nguy cơ bị rau tiền đạo cao gấp 7,7 lần so với nhóm chứng (OR = 7,7; 95%CI = 1,4-41,2). Một nghiên cứu khác vào năm 2003 cũng ghi nhận tỷ lệ rau tiền đạo có liên quan đến tiền sử nạo hút thai [3]. Các thai phụ có tiền sử viêm nhiễm tử cung (chiếm tỷ lệ 1,8%) với OR = 2,7; 95%CI = 0,1-45,2 có nguy cơ bị rau tiền đạo cao hơn 2,7 lần so với nhóm chứng.

- Số lần sinh ≥ 4 lần ở thai phụ nhóm rau tiền đạo (chiếm tỷ lệ 10,7%) cao hơn 9,1 lần so với nhóm chứng (OR = 9,1; 95%CI = 1,7-46,6; p < 0,05). Theo

nghiên cứu khác, ở lần sinh đầu tiên, tỷ lệ rau tiền đạo là 4,4/1.000, trong khi tỷ lệ rau tiền đạo ở lần sinh thứ 2 tăng gấp đôi là 8,8/1.000, và có nguy cơ bị rau tiền đạo tăng ở những lần mang thai sau (với OR = 1,60; 95%CI = 1,44-1,76) [6, 7].

- Theo y văn ghi nhận, rau tiền đạo hay gặp ở các bà mẹ đẻ nhiều lần, viêm nhiễm cơ quan sinh dục, tiền sử nạo hút thai nhiều lần hoặc có tiền sử mổ lấy thai, tử cung bất thường (dị dạng, có u xơ). Tuy nhiên, nhiều trường hợp rau tiền đạo xuất hiện ở cả người sinh con lần đầu. Có một số nghiên cứu ghi nhận, tuổi mẹ lớn hơn 40 hoặc khoảng cách giữa 2 lần sinh dưới 1 năm hoặc trên 4 năm cũng có nguy cơ tăng tỷ lệ bị rau tiền đạo, tuy nhiên điều này chưa được tìm thấy trong nghiên cứu này [8].

- Kết quả nghiên cứu ghi nhận tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung (chiếm tỷ lệ 5,4%) thì OR = 2,1; 95%CI = 0,4-9,9; p < 0,05. Theo A.O. Eniola, trong các yếu tố liên quan tới nguy cơ rau tiền đạo, nếu tiền sử có sót rau kiểm soát tử cung thì nguy cơ cao gấp 6,7 lần so với không sót rau (OR = 6,7; 95%CI = 1,2-36,6), tỷ lệ cao hơn nhiều so với nghiên cứu này [9]. Đa thai (chiếm tỷ lệ là 3,6%) với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn 2,9 lần (OR = 2,9; 95%CI = 0,4-21,2; p < 0,05 ), cao hơn so với nghiên cứu khác (OR = 2,1; 95%CI = 1,6-7,1) [9]. Tiền sử rau tiền đạo chiếm tỷ lệ 7,1%, tử cung dị dạng chiếm 3,6%. Tiền sử đặt dụng cụ tử cung chiếm 37,5% với OR = 1,3; 95%CI = 0,7-2,5. Trong tử cung có sẹo mổ cũ (chiếm tỷ lệ 33,9%) có OR = 2,3; 95%CI = 1,2-4,7 thấp hơn so với nghiên cứu khác. Nghiên cứu của T.H. Hung, C.C. Hsie, J.J. Hsu [10] ghi nhận nguy cơ rau tiền đạo ở thai phụ có vết mổ cũ tăng đến 70%; nghiên cứu của T. Takayama và cộng sự [11] cũng ghi nhận nguy cơ tăng 4,7 lần ở thai phụ có vết mổ cũ (OR = 4,7; 95%CI = 1,9-11,4). Kết quả thấp hơn (có thể do cách chọn mẫu trên các nghiên cứu khác [10, 11], các tác giả này chọn mẫu có tiền sử nạo phá thai hoặc sảy thai với tỷ lệ khá cao.

- Kết quả của nghiên cứu cũng ghi nhận thấy ở nhóm rau tiền đạo truyền máu chiếm tỷ lệ 19,6% (OR = 18,5; 95%CI = 3,9-86,9) và rối loạn chức năng đông máu chiếm 1,8%, suy thai chiếm 14,3%. Ở nhóm rau tiền đạo, kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 94,6%, trong khi nhóm chứng tỷ lệ mổ lấy thai là 35,7% (OR = 31,8; 95%CI = 9,4-106,5). Thắt động mạch hạ vị chiếm 1,8%, cắt tử cung chiếm 3,8% ở nhóm rau tiền đạo. Ở nhóm rau tiền đạo có chỉ số

Apgar < 7 chiếm tỷ lệ 12,5% (nhóm chứng là 0,6%) với OR = 21,8; 95%CI = 2,6-182; p < 0,05. Sinh non chiếm tỷ lệ 16,1% (nhóm chứng 1,9%) với OR = 9,6; 95%CI = 2,5-37; p < 0,05. Cân nặng < 2.500 g chiếm 14,3% ở nhóm rau tiền đạo và ở nhóm chứng là 1,3% với OR = 12,6; 95%CI = 2,6-61,6.

### Kết luận

- Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 30,7±5,6 nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 45 tuổi. Nhóm tuổi 21-34 chiếm 71,4 %, và ≥ 35 tuổi chiếm tỷ lệ 25%, ≤ 20 tuổi chiếm 3,6%.

- Tiền sử nạo phá thai, sảy thai, tiền sử viêm nhiễm tử cung chiếm 8,9% và 1,8% (với OR = 7,7; 95%CI = 1,4-41,2 và OR = 2,7; 95%CI = 0,1-45,2); số lần sinh ≥ 4 chiếm tỷ lệ 10,7% (OR = 9,1; 95%CI = 1,7-46,6 p < 0,05); đa thai, tử cung dị dạng, tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,6%; 3,6% và 5,4%; tiền sử rau tiền đạo chiếm 7,1%; tử cung có sẹo mổ cũ chiếm tỷ lệ 33,9% (OR = 2,3; 95%CI = 1,2-4,7); tiền sử đặt dụng cụ tử cung chiếm 37,5% (OR = 1,3; 95%CI = 0,7-2,5).

- Ở nhóm rau tiền đạo truyền máu chiếm tỷ lệ là 19,6% với OR = 18,5; 95%CI = 3,9-86,9 và rối loạn chức năng đông máu chiếm 1,8%; suy thai chiếm 14,3%. Ở nhóm rau tiền đạo kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 94,6% so với nhóm chứng 35,7% với OR = 31,8; 95%CI = 1,5-15,9. Sinh nhiều lần, tử cung có vết mổ cũ hoặc có tiền sử nạo buồng tử cung nhiều lần là những thai phụ có nguy cơ bị rau tiền đạo cao hơn nhiều so với những thai phụ bình thường.

Trong cấp cứu sản khoa, việc chẩn đoán và xử lý đúng rau tiền đạo có tầm quan trọng đặc biệt nhằm

giảm tai biến, trên cơ sở nghiên cứu khảo sát, cần chú ý phát hiện bệnh ở những thai phụ có nguy cơ bị rau tiền đạo để có hướng theo dõi nhằm hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra.

### Tài liệu tham khảo

[1] Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Dược Huế (2011), *Rau tiền đạo sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr.278-285.

[2] Bành Thanh Lan, Nguyễn Duy Tài (2003), “Mối liên hệ giữa nạo hút thai và nhau tiền đạo”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, **7(1)**, tr.13-17.

[3] Cao Ngọc Thành (2007), *Điều dưỡng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr.137-146.

[4] E. Sheiner, I. Shoham-Vardi, M. Hallak (2001), “Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome”, *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, **10**, pp.414-419.

[5] L. Tuzovic, J. Djelmis, M. Ilijic (2003), “Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case - control study”, *Croat. Med. J.*, **44**, pp.728-733.

[6] J.M.G. Crane, M.C. van den Hof, L. Dodds (2000), “Maternal complications with placenta previa”, *The American Journal of Perinatology*, **17**, pp.101-105.

[7] T. Rosenberg, G. Pariente, R. Sergienko (2011), “Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa”, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **284(1)**, pp.47-51.

[8] Y. Matsuda, K. Hayashi, A. Shiozaki (2011), “Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: case-cohort study”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **37(6)**, pp.538-546.

[9] A.O. Eniola, A.U. Bako (2002), “Risk factors for placenta praevia in southern Nigeria”, *East Afr Med J*, **79(10)**, pp.535-538.

[10] T.H. Hung, C.C. Hsie, J.J. Hsu (2007), “Risk factors for placenta praevia in Asian population”, *Int J Gynecol Obstet*, **91(1)**, pp.26-30.

[11] T. Takayama, H. Minakami, T. Koike, T. Watanabe (1997), “Risks associated with cesarean sections in women with placenta previa”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **23(4)**, pp.375-379.