

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2704

**LƯỢNG MÁU MÁT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
Ở SẢN PHỤ ĐƯỢC MỔ LẤY THAI DO NHAU TIỀN ĐẠO
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2024**

**Lê Hoàng Quyên^{1*}, Nguyễn Tấn Hưng¹, Đỗ Thị Minh Nguyệt²,
Đoàn Thanh Điền¹, Quan Kim Phụng¹, Nguyễn Thị Thu¹,
Trang Hồng Hạnh¹, Phạm Thị Quỳnh Như³**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
 2. Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ
 3. Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
- *Email: Lequyen0412@gmail.com

Ntanhung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/5/2024

Ngày phản biện: 11/7/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhau tiền đạo là một thai kì nguy cơ cao, thường được chấm dứt thai kì bằng phương pháp mổ lấy thai. Nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ truyền máu, tỉ lệ cắt tử cung và thậm chí là tử vong mẹ. Vì vậy, xác định chính xác lượng máu mất khi mổ và một số yếu tố liên quan đến lượng máu mất sẽ giúp giảm thiểu các tai biến trong và sau mổ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định lượng máu mất và một số yếu tố liên quan ở sản phụ được mổ lấy thai do nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 74 trường hợp mổ lấy thai do nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2022 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Lượng máu mất trung bình khi mổ là $699,7 \pm 206,9\text{mL}$, ít nhất là 320mL và nhiều nhất là 1380mL . Tiền sử có mổ lấy thai làm tăng nguy cơ chảy máu gấp 2,8 lần so với khi chưa từng mổ ($p=0,041$, KTC: 1,05-7,6). Triệu chứng ra huyết âm đạo trước sinh làm tăng nguy cơ chảy máu gấp 2,6 lần so với khi không ra huyết ($p=0,045$, KTC: 1,02-6,8). Vị trí nhau mặt trước làm tăng nguy cơ chảy máu gấp 3,9 lần so với nhau bám mặt sau ($p=0,025$, KTC: 1,2 -12,7). Nhau tiền đạo kèm nhau cài răng lược làm tăng nguy cơ chảy máu gấp 5,6 lần so với khi không có nhau cài răng lược ($p=0,041$, KTC: 1,1-29,1). **Kết luận:** Lượng máu mất ở những sản phụ được mổ lấy thai do nhau tiền đạo là $699,7 \pm 206,9\text{mL}$. Các yếu tố như: tiền sử mổ lấy thai, ra huyết âm đạo trước sinh, vị trí nhau mặt trước, nhau tiền đạo kèm nhau cài răng lược làm gia tăng đáng kể lượng máu mất khi phẫu thuật.

Từ khóa: Nhau tiền đạo, mổ lấy thai, lượng máu mất

ABSTRACT

**AMOUNT OF BLOOD LOSS AND RELATED FACTORS IN CESAREAN
DELIVERY OF WOMEN WITH PLACENTA PREVIA
AT CAN THO GYNEOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL IN 2022-2024**

**Le Hoang Quyen^{1*}, Nguyen Tan Hung¹, Do Thi Minh Nguyet²,
Doan Thanh Dien¹, Quan Kim Phung¹, Nguyen Thi Thu¹,
Trang Hong Hanh¹, Pham Thi Quynh Nhu³**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy
2. Can Tho Gyneology and Obstetrics hospital
3. Pham Ngoc Thach University of Medicine

Background: Placenta previa is a high-risk pregnancy that is often terminated by cesarean delivery. Placenta previa increases the risk of blood transfusions, hysterectomy rates, and even maternal death. Therefore, accurately determining the amount of blood loss on surgery and factors related to the amount of blood loss will help minimize complications on surgery and after that.

Objectives: To assess of blood loss and some related factors in cesarean delivery of women with placenta previa at Can Tho Gyneology and Obstetrics hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was performed on 74 cases of placenta previa at Can Tho Gyneology and Obstetrics hospital from July 2022 to June 2024. **Result:** The average blood loss was $699.7 \pm 206.9\text{mL}$, with the lowest blood loss being 320mL and the highest being 1380mL. A medical history of cesarean delivery makes the risk of bleeding 2.8 times higher than no cesarean section ($p=0.041$, CI: 1.05-7.6). Antepartum haemorrhage makes the risk of bleeding 2.6 times higher than no bleeding ($p=0.045$, CI: 1.02-6.8). Anterior placenta location makes the risk of bleeding 3.9 times higher than posterior placenta ($p=0.025$, CI: 1.2-12.7). Placenta previa with placenta accreta makes the risk of bleeding 5.6 times higher than no placenta accreta ($p=0.041$, CI: 1.1-29.1). **Conclusion:** Blood loss in cesarean delivery with placenta previa is $699.7 \pm 206.9\text{mL}$. Factors such as a medical history of cesarean section, antepartum haemorrhage, anterior placenta location, placenta previa with placenta accreta significantly increase blood loss on surgery..

Keywords: Placenta previa, cesarean delivery, blood loss

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau tiền đạo được định nghĩa là khi nhau không bám ở vùng đáy tử cung mà một phần hoặc toàn thể bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới tử cung; là một trong những nguyên nhân chính của xuất huyết ba tháng cuối thai kỳ, gây tử vong cho mẹ và thai. Tỷ lệ lưu hành nhau tiền đạo ước tính vào khoảng 0,3%-0,5% trên tổng số thai kỳ, đặc biệt thời gian gần đây đang có xu hướng tăng do tỉ lệ mổ lấy thai tăng nhanh [1]. Việc chảy máu trong nhau tiền đạo là vấn đề luôn được quan tâm, khi đứng trước một cuộc mổ lấy thai trên sản phụ có nhau tiền đạo, phẫu thuật viên phải đối mặt với nguy cơ chảy máu nhiều nơi diện nhau bám, nguy cơ truyền máu khối lượng lớn, cắt tử cung và thậm chí là tử vong mẹ [2]. Đây đều là những vấn đề đáng lo ngại của bác sĩ sản phụ khoa, thêm vào đó có nhiều trường hợp đến nhập viện trong tình trạng ra huyết ồ ạt nên chẩn đoán và xử trí cấp cứu lại là việc khó trong khó của bác sĩ.

Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ đã tiếp nhận nhiều tình huống phức tạp trong nhau tiền đạo. Với sự chuẩn bị tương đối tốt và phù hợp, các bác sĩ đã phẫu thuật thành công nhiều trường hợp khó của nhau tiền đạo nhưng chưa có nghiên cứu nào tập trung khảo sát về tình trạng máu mất trong quá trình theo dõi, điều trị và phẫu thuật. Để có cái nhìn tổng quát về vấn đề này, nhằm mục đích cung cấp những thông tin hữu ích cho phẫu thuật viên có sự chuẩn bị kỹ càng hơn trước mổ, giảm thiểu các biến cố có thể xảy ra trong và sau mổ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Xác định lượng máu mất và một số yếu tố liên quan ở sản phụ được mổ lấy thai do nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ được chẩn đoán nhau tiền đạo và chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2022-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Sản phụ chẩn đoán nhau tiền đạo và có chỉ định mổ lấy thai. Tuổi thai từ 28 tuần trở lên. Đơn thai và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh lý nội khoa nặng hoặc tâm thần nặng. Thai chết lưu.

Được chẩn đoán nhau tiền đạo trước sinh nhưng sau sinh không ghi nhận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích, tiền cứu.
- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Được tính dựa theo công thức:

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

Với p là tỉ lệ nhau tiền đạo: Theo nghiên cứu của Lâm Đức Tâm tỉ lệ nhau tiền đạo là 7,4% nên chọn $p=0,074$ [3].

Cỡ mẫu tính được làm tròn là 74 trường hợp

- **Nội dung nghiên cứu:** Lượng máu mất khi mổ lấy thai được phân thành 3 nhóm tương ứng 3 mức độ trong mất máu cấp là <500 mL, $500-1000$ mL, ≥ 1000 mL.

Mối liên quan giữa các yếu tố như: Tiền sử mổ lấy thai, ra huyết âm đạo, sử dụng thuốc giảm gò trước mổ, loại phẫu thuật, loại nhau tiền đạo, vị trí nhau bám, nhau cài răng lược kèm theo với lượng máu mất trung bình khi phẫu thuật (tương đương 700mL).

Trong đó loại phẫu thuật bao gồm: Mổ chủ động là khi sản phụ được lên chương trình mổ theo dự định có thể có hoặc không có chỉ định y khoa. Mổ cấp cứu là cuộc mổ tiến hành ngay lập tức khi có chỉ định sản khoa. Loại nhau tiền đạo được chia làm 2 nhóm là nhau tiền đạo hoàn toàn gồm nhau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm và nhóm nhau tiền đạo không hoàn toàn gồm nhau bám thấp, nhau bám mép.

- Phương pháp thu thập số liệu:

+ Bước 1: Khám và mời tham gia nghiên cứu

Chọn sản phụ có nhau tiền đạo thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ để mời tham gia nghiên cứu. Hỏi và ghi nhận tiền sử mổ lấy thai, triệu chứng ra huyết âm đạo, sử dụng thuốc giảm gò. Siêu âm để khảo sát loại nhau tiền đạo, vị trí nhau bám, tình trạng nhau tiền đạo có kèm nhau cài răng lược.

+ Bước 2: Cân đo lượng máu mất tại phòng mổ

Chúng tôi tính lượng máu mất trong lúc mổ dựa theo khuyến cáo của ACOG về lượng máu mất trong xuất huyết sản khoa. Lượng máu này được quy đổi đơn vị thành mililit và khối lượng riêng của máu gần bằng 1gram/mL và được thu thập từ 3 nguồn chính:

(1) Lượng máu trong bình chứa: Được tính bằng cách lấy lượng dịch trong bình hút sau mổ trừ đi lượng nước ối.

(2) Lượng máu thấm gạc: Sẽ bằng khối lượng gạc sau mổ trừ đi khối lượng gạc trước mổ và 500ml nước vắt gạc (cố định cho tất cả ca mổ).

(3) Lượng máu thấm trong đồ vải: Sẽ bằng khối lượng gói đồ vải sau mổ trừ khối lượng đồ vải trước mổ.

Dụng cụ cân đo chúng tôi sử dụng là bình đựng máu gắn với hệ thống hút có dung tích tối đa là 2,5 lít, độ chia nhỏ nhất là 100mL và cân điện tử có phạm vi cân là 20kg với bước nhảy 20g cho khối lượng dưới 10kg và bước nhảy 50g cho khối lượng 10-20kg.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26. Biến định tính được trình bày bằng tần số, tỷ lệ. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Kiểm định mối liên quan bằng phép kiểm hồi quy logistic với độ tin cậy 95% và có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận từ Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 22.305.HV/PCT – HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 1. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất	Loại phẫu thuật		Tổng n (%)
	Cấp cứu n (%)	Chủ động n (%)	
< 500mL	6 (50,0)	6 (50,0)	< 500mL
500-1000mL	23 (39,7)	35 (60,3)	500-1000mL
≥1000mL	1 (25,0)	3 (75,0)	≥1000mL
Tổng	30 (40,5)	44 (59,5)	Tổng
Lượng máu mất trung bình (max-min)	699,7 ± 206,9mL (320-1380mL)		

Nhận xét: Lượng máu mất trung bình là 699,7 ± 206,9mL, trường hợp mất máu ít nhất là 320mL và nhiều nhất là 1380mL. Lượng máu mất từ 500-1000mL chiếm đa số 78,4%. Lượng máu mất trên 1000mL chiếm 5,4% và dưới 500mL chiếm 16,2%.

3.2 Liên quan giữa một số yếu tố và lượng máu mất

Bảng 2. Liên quan giữa một số đặc điểm thai kì và lượng máu mất

Đặc điểm		Máu mất <700mL (n=42)	Máu mất ≥700mL (n=32)	p	OR (95% KTC)
Tiền sử mổ lấy thai	Không	32 (65,3)	17 (34,7)	0,041	2,8 (1,05-7,6)
	Có	10 (40,0)	15 (60,0)		
Ra huyết âm đạo	Không	27 (67,5)	13 (32,5)	0,045	2,6 (1,02-6,8)
	Có	15 (44,1)	19 (55,9)		
Dùng thuốc giảm gò	Không	31 (64,6)	17 (35,4)	0,068	2,5 (0,9-6,6)
	Có	11 (42,3)	15 (57,7)		
Loại phẫu thuật	Chủ động	26 (59,1)	18 (40,9)	0,624	1,3 (0,5-3,2)
	Cấp cứu	16 (53,3)	14 (46,7)		

OR (Odds Ratio): Tỉ số chênh, KTC: khoảng tin cậy

Nhận xét: Tiền sử có mổ lấy thai làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 2,8 lần so với khi chưa từng mổ lấy thai (p=0,041, KTC: 1,05-7,6). Sản phụ có ra huyết âm đạo trước sinh là tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 2,6 lần so với khi không có ra huyết (p=0,045, KTC: 1,02-6,8).

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm bánh nhau và lượng máu mất

Đặc điểm		Máu mất <700mL (n=42)	Máu mất ≥700mL (n=32)	p	OR (95% KTC)
Loại nhau tiền đạo	Hoàn toàn	33 (55,0)	27 (45,0)	0,529	1,4 (0,4-4,9)
	Không hoàn toàn	9 (64,3)	5 (35,7)		
Vị trí	Mặt sau	37 (63,8)	21 (36,2)	0,025	3,9 (1,2-12,7)
	Mặt trước	5 (31,2)	11 (68,8)		
Nhau cài răng lược	Không	40 (61,5)	25 (38,5)	0,041	5,6 (1,1-29,1)
	Có	2 (22,2)	7 (77,8)		

OR (Odds Ratio): Tỉ số chênh, KTC: khoảng tin cậy

Nhận xét: Vị trí nhau mặt trước làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 3,9 lần so với nhau bám mặt sau (p=0,025, KTC: 1,2-12,7). Sản phụ có nhau tiền đạo kèm nhau cài răng lược làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 5,6 lần so với khi không có nhau cài răng lược (p=0,041, KTC: 1,1-29,1).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lượng máu mất trong mổ lấy thai

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là $699,7 \pm 206,9$ mL, trường hợp mất máu ít nhất là 320 mL và nhiều nhất là 1380 mL. Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất từ 500-1000 mL chiếm tỉ lệ lớn nhất 78,4%, lượng máu mất trên 1000 mL chiếm 5,4%. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của của Dazhi Fan và cộng sự trên 100 sản phụ có nhau tiền đạo được mổ lấy thai ghi nhận lượng máu mất trong khi phẫu thuật ước tính trung bình là 746,43 mL, dao động từ 544,44 mL đến 1092,86 mL [4]. Trong nghiên cứu của Shu-Yu Long và cộng sự năm 2021 trên 535 sản phụ có nhau tiền đạo ước tính lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 800 mL [5]. Lượng máu mất này có cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi tuy nhiên sự chênh lệch không quá lớn. Sự khác biệt này có thể do tỉ lệ sản phụ có vết mổ cũ trong nghiên cứu của Shu Yu Long cao hơn chúng tôi (56% so với 34%) nên tổng lượng máu mất cũng lớn hơn.

4.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố và lượng máu mất

Tiền sử mổ lấy thai: Trong nghiên cứu của chúng tôi những sản phụ có vết mổ cũ lấy thai làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 2,8 lần đối với sản phụ không có vết mổ cũ ($p=0,041$, KTC: 1,05-7,6). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bin Liu và cộng sự năm 2020 khi nghiên cứu trên 219 sản phụ nhau tiền đạo ghi nhận các sản phụ có tiền sử mổ lấy thai làm tăng tỉ lệ băng huyết sau sinh so với nhóm còn lại ($p<0,05$) [6]. Theo Dazhi Fan và cộng sự nguy cơ chảy máu sau sinh cũng tăng hơn đáng kể ở nhóm sản phụ nhau tiền đạo có tiền sử mổ lấy thai ($p<0,05$) [7].

Ra huyết âm đạo: Năm 2019, Choi Wah Kong và cộng sự ghi nhận những trường hợp có xuất huyết trước sinh tỉ lệ chảy máu sau sinh tăng gấp 8,47 lần ($p=0,001$, KTC: 2,42-29,66) [8]. Theo Shu Yu Long và cộng sự nghiên cứu về kết cục bà mẹ và sơ sinh ở sản phụ bị nhau tiền đạo có xuất huyết trước sinh thấy rằng lượng máu mất trong phẫu thuật cao hơn, truyền máu nhiều hơn so với nhóm không ra huyết ($p<0,001$) [5]. Nghiên cứu của Do Hwa Im hồi cứu trên 125 trường hợp mang đơn thai bị nhau tiền đạo cũng ghi nhận tỉ lệ xuất huyết sau sinh cao hơn ở nhóm sản phụ có tình trạng ra huyết trước sinh so với nhóm không có ra huyết (60,6% so với 32,2%, $p<0,001$) [9]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trên khi nhận thấy các sản phụ có ra huyết âm đạo trước sinh có nguy cơ chảy máu khi mổ tăng gấp 2,6 lần so với nhóm không ra huyết ($p=0,045$, KTC: 1,02-6,8).

Thuốc giảm gò: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận việc dùng thuốc giảm gò trước sinh không làm ảnh hưởng đến lượng máu mất trong cuộc mổ. Theo Victoria A Buckley và cộng sự năm 2020 thì lượng máu mất trung bình ở hai nhóm có và không có sử dụng thuốc giảm co trước mổ là như nhau đều bằng 400 mL; Tỉ lệ băng huyết sau sinh lần lượt là 11% và 9,1% với $p>0,05$ sự khác biệt về tỉ lệ băng huyết sau sinh không có ý nghĩa thống kê [10]. Tương tự tác giả Lee Hyun Jung và cộng sự nghiên cứu trên 210 sản phụ có nhau tiền đạo cũng ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ chảy máu khi mổ ở nhóm có và không có sử dụng thuốc giảm gò trước phẫu thuật [11].

Loại phẫu thuật: Chúng tôi nhận thấy ở các sản phụ nhau tiền đạo được mổ chủ động hay cấp cứu không có mối liên quan với lượng máu mất khi phẫu thuật. Tương tự nghiên cứu của Choi Wah Kong ghi nhận tỉ lệ chảy máu sau sinh không có sự khác biệt giữa mổ cấp cứu và mổ chủ động (65,4% so với 34,6%, $p=0,38$) [8]. Theo Hadi Erfani và cộng sự ghi nhận trên 140 trường hợp nhau tiền đạo thấy rằng trong nhóm mổ lấy thai cấp cứu tỉ lệ

truyền máu sau mổ không có sự khác biệt với nhóm mổ lấy thai chủ động (13,3% so với 8,8%, $p>0,05$) [12]. Tham khảo nghiên cứu của Lee Hyun Jung và cộng sự thì tỉ lệ chảy máu sau sinh là như nhau nhau ở các trường hợp mổ lấy thai cấp cứu và chủ động [11].

Loại nhau tiền đạo: Chúng tôi phân loại nhau tiền đạo thành 2 nhóm là nhau tiền đạo hoàn và nhau tiền đạo không hoàn toàn. Trong nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa loại nhau tiền đạo với lượng máu mất khi mổ ($p>0,05$). Tương tự kết quả nghiên cứu của Ngô Huỳnh Phương Anh năm 2017 cũng ghi nhận nhóm nhau tiền đạo hoàn toàn không làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ so với nhóm nhau tiền đạo không hoàn toàn (OR=1,55, KTC: 0,37-6,49, $p>0,05$) [13].

Vị trí bánh nhau: Kết quả của chúng tôi ghi nhận vị trí nhau mặt trước làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 3,9 lần so với nhau bám mặt sau ($p=0,025$, KTC:1,2-12,7). Năm 2019, Choi Wah Kong và cộng sự ghi nhận những trường hợp vị trí nhau mặt trước làm tăng 4,71 lần nguy cơ chảy máu sau sinh so với nhau bám mặt sau ($p=0,021$, KTC: 1,27-17,56) [8]. Theo Lin Jing và cộng sự ghi nhận trên 122 trường hợp nhau bám mặt trước và 479 trường hợp có nhau bám mặt sau thì lượng máu mất khi mổ có sự khác biệt đáng kể ($504,8\pm 461,3\text{mL}$ so với $352,3\pm 256,9\text{mL}$, $p=0,004$); Nhau bám mặt trước làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh gấp 1,7 lần so với nhau bám mặt sau ($p=0,014$, KTC: 1,118- 2,691). Tỉ số chênh trong nghiên cứu của Lin Jing thấp hơn của chúng tôi có thể do chúng tôi chọn mốc phân tích là 700mL tương đương giá trị lượng máu mất trung bình trong chính nghiên cứu, còn Lin Jing lấy mốc là 1000mL [14].

Nhau cài răng lược: Theo Wu Xing và cộng sự năm 2022, lượng máu mất trung bình khi mổ lấy thai do nhau tiền đạo cao hơn đáng kể khi có nhau cài răng lược kèm theo so với khi không có nhau cài răng lược ($750\pm 46\text{mL}$ so với $444\pm 42\text{mL}$, $p < 0,05$) [15]. Tham khảo nghiên cứu của Lin Jing và cộng sự ghi nhận trên 601 trường hợp nhau tiền đạo cũng cho thấy nhau cài răng lược làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh 2,7 lần so với khi chỉ có nhau tiền đạo đơn thuần ($p=0,001$, KTC: 1,474-4,961) [14]. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhau tiền đạo có kèm nhau cài răng lược làm tăng nguy cơ chảy máu khi mổ gấp 5,6 lần so với khi không có nhau cài răng lược ($p=0,041$, KTC: 1,1 -29,1).

V. KẾT LUẬN

Lượng máu mất trung bình trong mổ lấy thai ở những sản phụ có nhau tiền đạo là $699,7 \pm 206,9\text{mL}$. Một số yếu tố như: sản phụ có tiền sử mổ lấy thai, ra huyết âm đạo trước sinh, vị trí bánh nhau mặt trước, có nhau cài răng lược kèm theo làm tăng nguy cơ mất máu nhiều hơn trong khi phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh. Bài giảng Sản khoa. Nhà xuất bản Y học. 2020. 438-445.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, et al. Williams Obstetrics. McGraw-Hill. 2022. 749-764.
3. Lâm Đức Tâm, Lý Thị Mỹ Tiên, Phạm Đắc Lộc. Tỉ lệ các loại nhau tiền đạo và một số yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019-2021. *Tạp chí Phụ sản*. 2023. 21(3), 15-21, DOI: <https://doi.org/10.46755/vjog.2023.3.1617>.
4. Fan D, Wu S, Ye S, Wang W, Wang L, et al. Random placenta margin incision for control hemorrhage during cesarean delivery complicated by complete placenta previa: a prospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019. 32(18), 3054-3061, DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1457638>.

5. Long SY, Yang Q, Chi R, Luo L, Xiong X, et al. Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study. *Ther Clin Risk Manag.* 2021. 17, 31-38, DOI: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S288461>.
6. Liu B, Deng S, Lin M, Chen Y, Cai J, et al. Prediction of cesarean hysterectomy in placenta previa complicated with prior cesarean: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020. 20(1), 81. DOI: 10.1186/s12884-020-2790-9.
7. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, et al. The Incidence of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women with Placenta Previa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2017. 12(1), DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170194>.
8. Kong CW, To WWK. Risk factors for severe postpartum haemorrhage during caesarean section for placenta praevia. *J Obstet Gynaecol.* 2020. 40(4), 479-484, DOI: <http://doi.org/10.1080/01443615.2019.1631769>.
9. Im DH, Kim YN, Cho EH, Kim DH, Byun JM, et al. Risk Factors and Pregnancy Outcomes of Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa. *Reprod Sci.* 2023. 30(9), 2728-2735, DOI: <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01191-2>.
10. Buckley VA, Wu J, De Vries B. Outcomes following acute tocolysis prior to emergency caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2020. 60(6), 884-889. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajo.13170>.
11. Lee HJ, Lee YJ, Ahn EH, Kim HC, Jung SH, et al. Risk factors for massive postpartum bleeding in pregnancies in which incomplete placenta previa are located on the posterior uterine wall. *Obstet Gynecol Sci.* 2017. 60(6), 520-526, DOI: <https://doi.org/10.5468/ogs.2017.60.6.520>.
12. Erfani H, Kassir E, Fox KA, Clark SL, Karbasian N, et al. Placenta previa without morbidly adherent placenta: comparison of characteristics and outcomes between planned and emergent deliveries in a tertiary center. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019. 32(6), 906-909, DOI: <http://doi.org/10.1080/14767058.2017.1395014>.
13. Ngô Huỳnh Phương Anh. Khảo sát mất máu trong mổ lấy thai trên sản phụ nhau tiền đạo tại bệnh viện Hùng Vương. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2017. 88
14. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PLoS One.* 2018. 13(7), DOI: 10.1371/journal.pone.0200252.
15. Wu X, Guo F, Ying T, Shen GF. Correlation of placenta previa type with cesarean section blood loss and predictors of hysterectomy. *Chin Med J (Engl).* 2021. 134(4), 501-502. DOI: <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000001210>.