

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên

The clinical, paraclinical characteristics and outcome of placenta praevia in patients with a previous caesarean section at Thai Nguyen National Hospital

Nguyễn Thị Hồng^{1,2}, Dương Minh Anh²,
Hoàng Quốc Huy¹ và Nguyễn Phương Sinh^{2*}

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên,
²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí rau tiền đạo (RTĐ) ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ (SMĐC) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến 31/12/2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang lấy mẫu hồi cứu dựa vào thông tin bệnh án 60 thai phụ RTĐ có SMĐC tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ là $33,45 \pm 4,72$, phổ biến nhất là nhóm tuổi ≥ 35 , chiếm 43,3%. RTĐ gặp chủ yếu ở nhóm đối tượng có SMĐC 2 lần 48,7% và tiền sử nạo hút thai 56,7%. Đau bụng và ra máu khi vào viện là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất chiếm 40%. Thai phụ thiếu máu trước mổ chiếm 35%. Tỷ lệ RTĐ trung tâm là 66,7%. Chỉ định mổ cấp cứu chiếm 61,7%. Bảo tồn tử cung 56,7% các trường hợp. Có 2 trường hợp chảy máu phải mổ lại, 1 trường hợp tổn thương bàng quang. Không có trường hợp tử vong mẹ. **Kết luận:** Tỷ lệ RTĐ tăng cao ở nhóm: Sản phụ SMĐC 2 lần, sản phụ có tiền sử nạo hút thai. Đau bụng và ra máu là triệu chứng hay gặp nhất. Tỷ lệ cắt tử cung sau mổ lấy thai cao. Biến chứng có thể gặp khi phẫu thuật là chảy máu và tổn thương bàng quang.

Từ khóa: Rau tiền đạo, sẹo mổ đẻ cũ, siêu âm thai.

Summary

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics and outcome of placenta praevia in patients with a previous caesarean section at the Obstetrics and Gynecology Department of Thai Nguyen National Hospital from January 2019 to December 2023. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study with retrospective sampling based on medical record information of 60 pregnant women having placenta praevia with previous caesarean section at Thai Nguyen Central Hospital from June 1, 2021 to December 31, 2023. **Result:** The median age of pregnant women was 33.45 ± 4.72 and the age group ≥ 35 accounted for the highest proportion 43.3%. Placenta previa was mainly encountered in the group of subjects with a history of double caesarean section (48.7%) and a history of abortion (56.7%). Symptoms of abdominal pain and bleeding on admission to the hospital were the most common clinical symptoms, accounting for 40%. The rate of placenta previa complete covering of

Ngày nhận bài: 08/11/2024, ngày chấp nhận đăng: 23/12/2024

* Tác giả liên hệ: sinhnp.y@gmail.com - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

the internal os of the cervix was 66.7%. Indications for emergency surgery accounted for 61.7%. Uterine preservation was achieved in 56.7% of cases. There were 2 cases of bleeding that had to be operated on, 1 case of bladder damage. There were no maternal deaths. *Conclusion:* The rate of placenta previa tends to be high in women with a history of double cesarean sections and a history of abortion. Abdominal pain and bleeding are the most common symptoms. There is high hysterectomy rate. Common complications are bleeding and bladder damage.

Keywords: Previa, previous caesarean, ultrasound pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau tiền đạo (RTĐ) là một trong những bệnh lý sản khoa nguy hiểm của thai kỳ, đặc biệt là trong giai đoạn cuối. Có sự khác biệt đáng kể giữa các vùng và quốc gia: Ở châu Á, tỷ lệ nhau tiền đạo thường cao hơn so với các khu vực khác (12,2 trên 1000 lần mang thai) còn trong các nghiên cứu ở châu Âu (3,6 trên 1000 lần mang thai), Bắc Mỹ (2,9 trên 1000 lần mang thai) và châu Phi (2,7 trên 1000 lần mang thai)¹. Sự khác biệt này phản ánh các thách thức cụ thể trong việc chẩn đoán và quản lý rau tiền đạo ở từng khu vực, và cho thấy tầm quan trọng của việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe thai kỳ toàn cầu với bệnh lý rau tiền đạo. Nhiều biến chứng nghiêm trọng của rau tiền đạo cho cả mẹ và thai nhi được ghi nhận rõ ràng. Tỷ lệ tử vong ở sản phụ trên thế giới là 2-3%; tại Hoa Kỳ tỷ lệ tử vong là 0,03%, phần lớn trong số đó liên quan tới chảy máu tử cung và biến chứng của rối loạn đông máu nội mạch lan tỏa². Một trong những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến tình trạng rau tiền đạo là tiền sử phẫu thuật tử cung, đặc biệt là sẹo mổ đẻ cũ; đồng thời sẹo mổ đẻ cũ làm nhiều bệnh lý sản khoa thêm nguy hiểm trong đó có rau tiền đạo. Mối liên quan giữa mổ lấy thai và RTĐ đã được nhiều tác giả nghiên cứu và khẳng định: Bệnh lý gia tăng liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai^{3, 4}. Nguy cơ mắc rau tiền đạo lần lượt là 1%, 2,8% và 3,7% đối với lần sinh mổ thứ nhất, thứ ba và thứ năm trở lên⁵. Tại Thái Nguyên tỷ lệ rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ có xu hướng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai tăng, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến 31/12/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bao gồm tất cả thai phụ thai từ 28 tuần trở lên có sẹo mổ đẻ cũ được chẩn đoán RTĐ qua lâm sàng, siêu âm và đã sinh đẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn:

Tuổi thai từ 28 tuần trở lên, được chẩn đoán là RTĐ dựa vào lâm sàng và siêu âm.

Mổ lấy thai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Bệnh án có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Thai phụ sinh ở tuyến trước chuyển đến.

Thai phụ điều trị tại khoa sau đó không sinh tại khoa mà chuyển tuyến trên.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, được tiến hành trên cơ sở mẫu thuận tiện. Chúng tôi đã tiến hành thu thập thông tin của tất cả thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023. Kết quả, nghiên cứu của chúng tôi đã lựa chọn được 60 đối tượng phù hợp.

Quy trình thu thập số liệu

Hồi cứu bệnh án của bệnh nhân theo phiếu thu thập số liệu đã chuẩn bị trước.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi mẹ.

Tiền sử sản phụ khoa của đối tượng nghiên cứu (số lần đẻ, tiền sử nạo hút thai).

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng vào viện của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm siêu âm thai RTĐ trung tâm, RTĐ không trung tâm.

Xét nghiệm máu nồng độ Hemoglobin bình thường ≥ 110 và thiếu máu < 110 .

Chỉ định mổ, phẫu thuật lấy thai bảo tồn tử cung, cắt tử cung, biến chứng.

Xử lý số liệu

Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

Tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và được sự cho phép của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Hồ sơ y đức quyết định số 947/QĐ-BV/HĐĐĐ-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ngày 21/6/2024.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 60)	Tỷ lệ %
Tuổi		
Tuổi trung bình	33,45 $\pm$ 4,72 tuổi	
Tuổi nhỏ nhất - Tuổi lớn nhất	23-45	
≤ 24 tuổi	1	1,67
25- 29 tuổi	12	20,0
30- 34 tuổi	26	43,3
≥ 35 tuổi	21	35,0
Số lần mổ lấy thai		
1	28	46,7
2	29	48,3
≥ 3	3	5,0
Tiền sử nạo hút thai		
Không	26	0,43
Có	34	56,7

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,45 $\pm$ 4,72 tuổi; trong đó nhỏ nhất là 23 tuổi; lớn nhất là 45 tuổi. Phần lớn trong đó thuộc nhóm ≥ 35 tuổi (43,3%). Trong các thai phụ tham gia nghiên cứu có 48,3% số thai phụ có tiền sử mổ lấy thai 2 lần, tiền sử nạo hút thai với tỷ lệ là 56,7%.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi vào viện của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n = 60	Tỷ lệ %
Dấu hiệu		
Ra máu đơn thuần	19	31,7
Đau bụng đơn thuần	12	20
Đau bụng và ra máu	24	40
Khác	5	8,3
Tổng	60	

Trong các thai phụ tham gia nghiên cứu dấu hiệu đau bụng và ra máu khi vào viện hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 40%, sau đó là dấu hiệu ra máu đơn thuần chiếm tỷ lệ 31,7%, đau bụng đơn thuần chiếm tỷ lệ 20%, các dấu hiệu khác chiếm 8,3%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	(n = 60)	Tỷ lệ %
Nồng độ Hemoglobin		
Bình thường	39	65
Thiếu máu	21	35
Đặc điểm siêu âm		
RTĐ trung tâm	40	66,7
RTĐ không trung tâm	20	33,3

Thai phụ thiếu máu trước sinh chiếm 35%. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm là 66,7%.

Bảng 4. Kết quả xử trí sản khoa

Kết quả	Số lượng (n = 60)	Tỷ lệ %
Chỉ định mổ lấy thai		
Mổ cấp cứu	37	61,7
Mổ chủ động	23	38,3
Phẫu thuật lấy thai bảo tồn hoặc cắt tử cung		
Bảo tồn	34	56,7
Cắt tử cung	26	43,3
Biến chứng		
Chảy máu sau	2	3,3
Tổn thương tạng	1	1,7
Không biến chứng	57	95

Chỉ định mổ cấp cứu chiếm tỷ lệ là 61,7%. Tỷ lệ mổ chủ động là 38,3%. Bảo tồn tử cung 56,7% các trường hợp, phẫu thuật cắt tử cung trong 43,3% các trường hợp. Có 2 trường hợp chảy máu phải mổ lại, chiếm tỷ lệ 3,3%. Có 1 trường hợp tổn thương tạng, cụ thể là tổn thương bàng quang, chiếm tỷ lệ 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên có sẹo mổ để cũ được chẩn đoán RTĐ qua lâm sàng, siêu âm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023. Các thai phụ tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là $33,45 \pm 4,72$ tuổi. Trong đó nhóm tuổi ≥ 35 chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,3% và thấp nhất là nhóm ≤ 24 tuổi với 1,67%. Theo tác giả Qamar thai phụ rau tiền đạo có sẹo mổ để cũ phần lớn ở nhóm tuổi 31-40 tức là 55,51%, còn theo Ayman H Shaamash (2019) độ tuổi cao đáng kể với gần một nửa trong số đối tượng nghiên cứu từ 35 tuổi trở lên^{6,7}. Như vậy, kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Ayman H. Shaamash (2019). Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Anaheeta Israr ở Pakistan độ tuổi trung bình RTĐ là $28,69 \pm 6,086^8$. Tuổi sản phụ trong nghiên cứu cao vì đối tượng là những sản phụ đã từng có sẹo mổ để cũ.

Bảng 1 cũng cho thấy các sản phụ RTĐ có sẹo mổ lấy thai hai lần có tỷ lệ cao nhất chiếm 48,3%; đứng thứ hai là sản phụ có tiền sử mổ lấy thai một lần với tỷ lệ 46,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Balkan J Med Genet (2017): Tỷ lệ một lần sinh mổ trước đó là 46,0% và 54,0% với hai hoặc nhiều trường hợp sinh mổ trước đó⁹. Một trong những giả thuyết được có thể được giải thích bởi thực tế là các tế bào nội mạc tử cung nằm gần vết sẹo không thể biệt hóa đúng cách dẫn đến cơ chế cấy ghép bị lỗi khiến bánh rau phát triển về phía cổ tử cung. Theo nghiên cứu của Klar M và Michels KB công bố năm 2014 thì có sự gia tăng tần suất RTĐ sau mổ lấy thai, thường là do khiếm khuyết màng ối hơn là do nguyên bào nuôi xâm lấn bất thường. Nghiên cứu này cũng đưa ra nhận định là có hiện tượng giảm lượng máu nuôi vùng sẹo mổ lấy thai

cũ cũng như có tổn thương niêm mạc tử cung tại vùng này. Hậu quả là sự tương tác kéo dài bất thường của nguyên bào nuôi nơi rau bám và tăng sinh mạch máu vùng sâu nơi rau hình thành.

Về tiền sử nạo hút thai, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 43,3% sản phụ chưa có tiền sử nạo hút thai; sản phụ có tiền sử nạo hút thai trước đó là 56,7%. Nghiên cứu của Ensiyeh Jenabi cho biết tỷ lệ mắc RTĐ trên những sản phụ được đã nạo hút thai trước đó gấp 1,36 lần so với nhóm không nạo hút thai¹⁰. Theo Lê Thị Năm ghi nhận có 42% sản phụ chưa có tiền sử nạo hút thai sản phụ nạo hút thai 1 lần với 34%; nạo hút thai 2 lần với 20%; từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ 4%¹¹. Khi nghiên cứu về RTĐ, nhiều tác giả thấy rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa RTĐ với tiền sử nạo hút thai nhiều lần. Theo nghiên cứu của Laura cho rằng các mạch máu ở vùng rau bám mà trước đó đã nạo hút thai bị giảm cấp máu đến niêm mạc tử cung ở những lần có thai sau nên bánh rau phải trải rộng để đảm bảo nuôi dưỡng cho thai và làm tăng nguy cơ rau tiền đạo. Đồng thời tổn thương niêm mạc tử cung trước đó cũng tạo điều kiện cho gai rau bám chặt và ăn sâu vào lớp cơ tử cung¹⁰. Toàn bộ các trường hợp trong nghiên cứu của Trần Danh Cường đều có tiền sử sảy thai có nạo buồng tử cung và nạo thai¹². Với những kết quả đã được nghiên cứu ở trên, những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai cũng như nạo hút thai là những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ RTĐ.

Bảng 2 ghi nhận có 31,7% sản phụ RTĐ vào viện có triệu chứng ra máu âm đạo đơn thuần; 20% sản phụ có triệu chứng đau bụng đơn thuần; 40% sản phụ vừa ra máu kèm theo đau bụng; 8,3% không có triệu chứng gì hoặc vào viện vì lý do khác hoặc được phát hiện tình cờ khi khám thai và siêu âm định kỳ. Triệu chứng ra máu âm đạo là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất. Tính chất ra máu âm đạo của RTĐ là tự nhiên và tái phát trong ba tháng cuối thai kỳ. Đau bụng trong RTĐ chủ yếu do cơ cơ tử cung ở bệnh nhân dọa đẻ non hoặc có dấu hiệu chuyển dạ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Lê Hoài Chương với 30,8% bệnh nhân trong nghiên cứu có triệu chứng đau bụng đơn thuần. Bên cạnh đó tỷ lệ không có triệu chứng trong nghiên

cứu là 8,3% chứng tỏ triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu của RTĐ cũng gây khó khăn trong định hướng chẩn đoán bệnh và xử trí trong mổ RTĐ.

Theo Bảng 3 cho thấy trước mổ đa số sản phụ không thiếu máu hoặc thiếu máu ở mức độ nhẹ, nồng độ Hemoglobin $\geq 110\text{g/l}$ với tỷ lệ là 65%, nồng độ Hemoglobin $90 \leq \text{Hb} < 110\text{g/l}$ với tỷ lệ 30%. Sản phụ thiếu máu nặng chiếm 5%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hòa (2018), đa số sản phụ không thiếu máu trước mổ với tỷ lệ nồng độ Hemoglobin $\geq 110\text{g/l}$ là 80,7%. Nồng độ Hemoglobin trung bình trước phẫu thuật và sau phẫu thuật lần lượt là $108,9 \pm 14,76$ và $106,5 \pm 15,21$ ¹³. Nhìn chung RTĐ là bệnh lý nguy hiểm, có thể gây chảy máu nhiều dẫn đến thiếu máu nặng, có thể ảnh hưởng đến tính mạng sản phụ và thai nhi cả trước, trong và sau phẫu thuật. Vì vậy tất cả các trường hợp RTĐ được mổ đều phải tư vấn và dự trữ số lượng đơn vị máu nhất định trước mổ, kịp thời bù lượng máu mất trong lúc phẫu thuật và tránh rối loạn đông máu và đồng thời cân nhắc những trường hợp có thể phẫu thuật bảo tồn tử cung.

Bảng 3 cũng thể hiện vị trí rau bám trên siêu âm. Rau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%; rau tiền đạo không trung tâm chiếm 33,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Phương Lan với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm cao nhất chiếm 49,9%; tác giả Lê Xuân Thắng với tỷ lệ rau tiền đạo trung tâm chiếm 78,4%¹⁴. Điều đó cho thấy rau tiền đạo trung tâm có khả năng rất cao bám vào sẹo mổ tử cung và chủ yếu là mổ lấy thai hiện nay.

Bảng 4 cho thấy chỉ định mổ lấy thai chủ động là 23%; chiếm 61,7% trường hợp là chỉ định mổ lấy thai cấp cứu. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu của các tác giả Lê Xuân Thắng có tỷ lệ mổ chủ động là 63,5%¹⁴. Điều này có thể cho thấy rằng những khó khăn về việc tiếp cận cơ sở y tế của tuyến dưới và ý thức theo dõi của sản phụ có lẽ do điều kiện kinh tế và dân trí vùng miền. Công tác đào tạo nâng cao kỹ năng khám, quản lý, chẩn đoán sớm và chính xác rau tiền đạo ngay từ khi chưa có triệu chứng giúp

bác sĩ và bệnh nhân chủ động trong quá trình lên kế hoạch điều trị.

Trong mổ lấy thai, cắt tử cung là biện pháp cầm máu cuối cùng nhằm cứu sống sản phụ thoát khỏi tình trạng chảy máu, mất máu nặng nề do chảy máu sau đẻ, khi mà thực hiện các biện pháp khác không có kết quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43,3% sản phụ có chỉ định cắt tử cung, tỷ lệ bảo tồn tử cung là 56,7%. Kết quả này tương đương với tác giả Nguyễn Thị Thu Hà (2024) báo cáo 55,3% số sản phụ được bảo tồn tử cung; 43,4% cắt tử cung bán phần và 1,3% sản phụ phải cắt tử cung toàn phần; thấp hơn so với tác giả Trần Khánh Hòa (2018) trong nghiên cứu xử trí rau tiền đạo cài răng lược trên sẹo mổ cũ, với 45/52 sản phụ được cắt tử cung bán phần thấp^{13, 15}. Kết quả này phần nào cho thấy những tiến bộ trong cách thức phẫu thuật, vật liệu và phương pháp cầm máu cũng như chủ động trong xây dựng công tác khám, theo dõi, chẩn đoán và xử trí rau tiền đạo. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 5%. Trong đó nhiều nhất là chảy máu sau phẫu thuật - tỷ lệ 3,3%, sau đó là tổn thương rách bàng quang - tỷ lệ 1,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong mẹ. Phẫu thuật rau tiền đạo cài răng lược rất phức tạp, nên nguy cơ tai biến luôn hiện hữu. Cần phải tư vấn kỹ càng cho sản phụ và gia đình trước mổ, đồng thời sẵn sàng cho mọi tình huống có thể xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ RTĐ cao ở nhóm: Sản phụ SMĐC 2 lần, sản phụ có tiền sử nạo hút thai. Đau bụng và ra máu là triệu chứng hay gặp nhất. Tỷ lệ cắt tử cung sau mổ lấy thai cao. Biến chứng có thể gặp khi phẫu thuật là chảy máu và tổn thương bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C & Filippi V (2013) *Prevalence of placenta praevia by world region: A systematic review and meta-analysis*. Trop Med Int Health 18(6): 712-724.
2. Bakker R (2024) *Placenta Previa*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/262063-overview>.

3. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ et al (2006) *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries*. Obstet Gynecol 107: 1226-1232.
4. Ryu JM, Choi YS & Bae JY (2019) *Bleeding control using intrauterine continuous running suture during cesarean section in pregnant women with placenta previa*. Archives of gynecology and obstetrics 299: 135-139.
5. Marshall NE, Fu R & Guise JM (2011) *Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review*. American journal of obstetrics and gynecology 205, 262, 261-268.
6. Shaamash AH, AlQasem MH, Mahfouz AA, Al Ghamdi DS, Eskandar MA (2024) *Major placenta previa among patients with and without previous cesarean section: Maternal characteristics, outcomes and risk factors*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 296: 280-285.
7. Qamar S, Kanwal R, Rasheed M, Zafar O (2019) *Association of placenta praevia with multiparity & previous caesarean section in pregnant women*. Pakistan Armed Forces Medical Journal 69: 43-46.
8. Isar A, Malik A, Paru SA et al (2021) *Frequency of Placenta Previa in Women with Previous Cesarean Section*. Methodology 15: 2359-2361.
9. Matalliotakis M, Velegrakis A, Goulielmos GN et al (2017) *Association of placenta previa with a history of previous cesarian deliveries and indications for a possible role of a genetic component*. Balkan journal of medical genetics: BJMG 20: 5-10.
10. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E (2022) *The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review*. Placenta 117: 21-27.
11. Lê Thị Năm, Nguyễn Duy Ánh, Đỗ Tuấn Đạt & Trương Quang Vinh (2022) *Một số đặc điểm của các trường hợp bảo tồn tử cung trong mổ lấy thai bệnh lý rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội*. Tạp chí Y học Việt Nam, 519.
12. Trần Danh Cường (2011) *Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu*. Hội nghị Sản phụ khoa Việt-Pháp năm, tr. 119-124.
13. Trần Khánh Hòa (2018) *Nghiên cứu xử trí rau tiền đạo cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai cũ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
14. Lê Xuân Thắng (2020) *Nghiên cứu kết quả phẫu thuật rau cài răng lược trên bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
15. Nguyễn Thị Thu Hà & Đỗ Tuấn Đạt (2024) *Nhận xét về xử trí rau tiền đạo trung tâm rau cài răng lược tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội*. Tạp chí Y học Việt Nam tr. 539.