

# BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: PHỐI HỢP CHẸN BÓNG ĐỘNG MẠCH CHẬU TRONG VÀ NÚT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT Ở SẢN PHỤ MẮC RAU CÀI RĂNG LƯỢC KẾT HỢP RAU TIỀN ĐẠO

**Clinical case report: Combination of prophylactic  
balloon occlusion of internal iliac artery and uterine  
artery embolization to prevent bleeding in pregnant  
women with placenta previa-accreta**

*Nguyễn Xuân Hiền\*, Lê Văn Khánh\*, Nguyễn Duy Trinh\*,  
Hoàng Nguyên Tài\*, Nguyễn Hoàng Thịnh\*, Đinh Hiền Lê\*\*,  
Nguyễn Thị Hồng Nhung\*\*, Trần Duy Hưng\*\*\*,  
Nguyễn Trọng Ninh\*\*\*, Lê Gia Nguyễn\*\*\*, Xuân Văn Lâm\*\*\**

## SUMMARY

Placenta accreta spectrum is a condition in which the placenta partially or completely invades and cannot be separated from the uterus muscle. Placenta previa is a condition in which the placenta partially or completely covers the cervix. Both phenomena increase the risk of postpartum haemorrhage, hemostasis disorders, and threaten the life of the mother and the fetus. Combine of the two phenomena increase blood loss in cesarean delivery as well as postpartum period, and is a great challenge required multidisciplinary for successful management. Prophylactic endovascular intervention is a minimally invasive treatment method, which plays an important role in prevent haemorrhage in the management of placenta accreta spectrum. This report describes a case of placenta percreta combine with placenta previa, which received prophylactic endovascular intervention using balloon occlusion of internal illiacs and uterine arteries embolization and underwent a cesarean delivery at 36 weeks. The patient had a successful delivery and preserved the uterus after surgery.

**Key word:** *Placenta accreta spectrum, prophylatic balloon occlusion, uterine artery embolization*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là tình trạng rau bám dính hoặc xâm lấn vào cơ tử cung, là nguyên nhân chính của băng huyết và cắt tử cung. Rau tiền đạo là hiện tượng rau thai che mất một phần hoặc hoàn toàn lỗ cổ tử cung của người mẹ. Trong những năm gần đây do tỷ lệ mổ lấy thai tăng nên tỷ lệ RCRL cũng tăng lên, tỷ lệ băng huyết sau sinh từ đó cũng tăng lên, đặc biệt với các trường hợp RCRL kết hợp với rau tiền đạo [1].

Phương pháp điều trị truyền thống của RCRL là phẫu thuật lấy thai và cắt tử cung. Tuy nhiên phương

pháp này bên cạnh việc lấy đi khả năng mang thai trong tương lai còn gây ảnh hưởng xấu tới tâm lý của sản phụ, đặc biệt là đối với những người mong muốn có thêm con.

Lựa chọn bảo tồn tử cung cho sản phụ chỉ được đặt ra trong một số tình huống như [2]: 1-Sản phụ có nhu cầu bảo tồn tử cung và chấp nhận nguy cơ sau mổ ; 2-RCRL khu trú mức độ nhẹ, có khả năng bóc rau và chấp nhận tổn thương tối thiểu cơ tử cung trong mổ ; 3- RCRL mức độ nặng xâm lấn tới các tạng lân cận, việc mổ cắt tử cung có nguy cơ gây mất máu quá lớn ảnh hưởng tới tính mạng người bệnh hoặc gây thương tổn không hồi phục

\*Bác sỹ TTCDHA và ĐQCT BV Tâm Anh

\*\*Bác sỹ khoa Sản phụ BV Tâm Anh

\*\*\*Kỹ thuật viên TTCDHA và ĐQCT BV Tâm Anh

cho các tạng lân cận.

Tuy nhiên lựa chọn này cũng đi kèm với các nguy cơ xuất huyết kéo dài, nhiễm trùng sau mổ cũng như vẫn tồn tại một tỷ lệ bệnh nhân phải mổ cắt tử cung cấp cứu sau đó do băng huyết nặng [3, 4].

Can thiệp nội mạch dự phòng băng huyết là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, có vai trò quan trọng và ngày càng được chú ý áp dụng hơn trong quản lý các trường hợp RCRL. Hai kỹ thuật can thiệp phổ biến gồm chèn bóng động mạch (ĐM) chậu trong hai bên và nút ĐM tử cung, có thể áp dụng đơn độc hoặc phối hợp nhằm mục đích giảm thiểu tình trạng chảy máu trong mổ, từ đó giảm nhu cầu truyền máu cũng như tăng khả năng bảo tồn tử cung cho sản phụ [5].

Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày và bàn luận về kết quả điều trị một trường hợp BN 31 tuổi, PARA 1101, có RCRL thể xuyên cơ tử cung xâm lấn bàng quang kết hợp rau tiền đạo, được can thiệp nội mạch dự phòng băng huyết ngay trước mổ đẻ bằng phương pháp chèn bóng ĐM chậu trong phối hợp nút ĐM tử cung với mục tiêu bảo tồn tử cung. Kết quả BN được mổ lấy thai thành công, lấy rau tối đa và bảo tồn được tử cung.

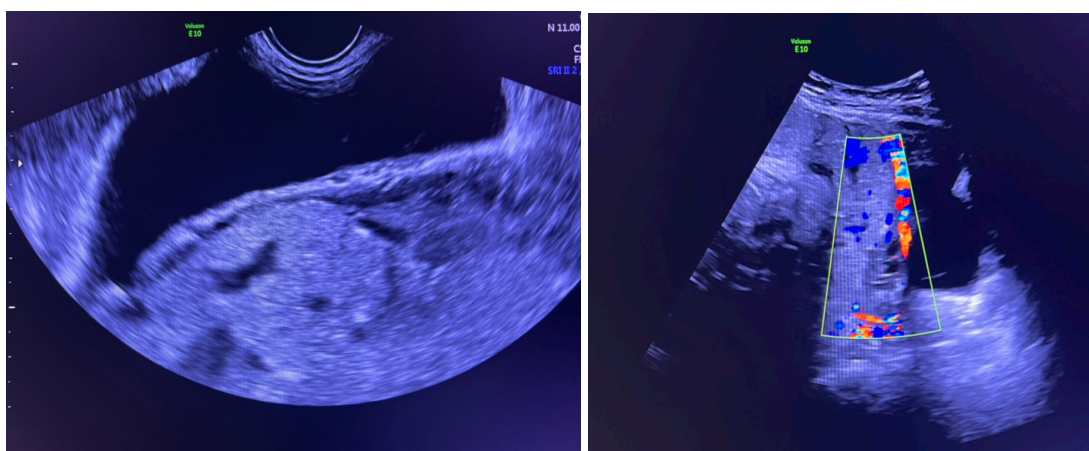
## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

BN nữ 31 tuổi, được chẩn đoán RCRL thể xuyên cơ tử cung có xâm lấn thành bàng quang kết hợp rau tiền đạo trên siêu âm. BN được nhập viện theo dõi từ tuần thứ 33, có chỉ định mổ lấy thai kèm cắt tử cung ở tuần 36 song BN còn mong muốn giữ tử cung.

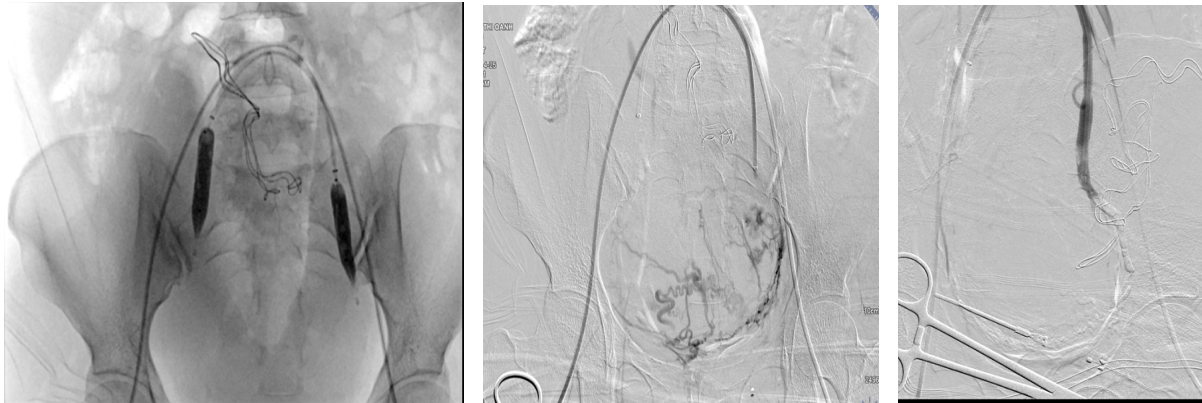
Về cận lâm sàng, BN có các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản trong giới hạn bình thường. Trên hình ảnh siêu âm trước mổ hình ảnh siêu âm trước mổ : tử cung to trong buồng tử cung có 01 thai tương đương 35 tuần, trọng lượng thai 2950 gam, rau bám mặt trước, mép bánh rau lan qua lỗ trong tử cung, bánh rau có nhiều hồ huyết có hình ảnh mạch máu xuyên qua cơ tử cung, chỉ số sức cản dây rốn 0.45 (Hình 1).

Bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai chủ động ở tuần thứ 36 có can thiệp nội mạch dự phòng băng huyết trước khi lấy thai.

Trước phẫu thuật, bác sĩ can thiệp mạch máu tiến hành chọc ĐM đùi hai bên, đặt 02 ống thông ĐM đùi (Epsylar 1224-0665, 6F, dài 65cm), qua đó đặt 02 bóng (MARS PTA Ballon Catheter 1751-0904, dài 120cm, kích thước bóng 9x40mm) vào ĐM chậu trong hai bên. Phẫu thuật viên tiến hành mổ lấy thai. Sau khi quá trình lấy thai hoàn tất, tiến hành bơm bóng để gây tắc tạm thời ĐM chậu trong hai bên. Tiếp đó phẫu thuật viên tiến hành bóc rau, sau khi quá trình bóc bánh rau hoàn tất, bác sĩ can thiệp mạch máu tiến hành thả từng bên bóng kết hợp chụp ĐM chậu trong cùng bên để phát hiện các điểm xuất huyết hoạt động (biểu hiện bằng các điểm thoát thuốc cản quang), tổng thời gian giữ bóng là khoảng 25 phút. Sau khi phát hiện các điểm chảy máu hoạt động xuất phát từ ĐM tử cung hai bên và ĐM bàng quang phải, tiến hành nút mạch chọn lọc ĐM tử cung từng bên và gây tắc tạm thời ĐM chậu trong hai bên bằng Spongel. Chụp kiểm tra lại để đảm bảo không sót điểm thoát thuốc. Lưu ống thông ĐM đùi và tháo sau 12 tiếng.



Hình 1. Ảnh siêu âm 2D và doppler rau cài răng lược của BN



**Hình 2: Kỹ thuật chèn bóng ĐM chậu trong kết hợp nút ĐM tử cung kiểm soát mất máu trong và sau mổ.**

a. Bóng chèn ĐM chậu trong; b. Điểm thoát thuốc khỏi ĐM tử cung; c. Nút tắc ĐM tử cung và nhánh lớn ĐM chậu trong

Kết quả và tình trạng mất máu trong và sau lấy thai: Tổng thể tích máu mất trong mổ và can thiệp là 1900ml ; thể tích hồng cầu khối truyền trong mổ : 1650ml tương đương 5 đơn vị ; thể tích hồng cầu khối truyền sau mổ : 1050ml tương đương 3 đơn vị.

BN mổ đẻ thành công, bảo tồn được tử cung, xuất viện sau 10 ngày và không có các biến chứng liên quan tới thiếu máu tạng hay thủ thuật can thiệp. Sau ra viện BN được quản lý tại Trung tâm Sản phụ khoa BV Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, khám lại sau 3 tháng không thấy bất thường liên quan tới tình trạng thiếu máu tạng hay thiếu máu chi.

### III. BÀN LUẬN

RCRL thường gây chảy máu sau sinh không kiểm soát, nguyên nhân tử vong chính của sản phụ mắc RCRL. RCRL trên nền rau tiền đạo càng làm gia tăng nguy cơ biến chứng chảy máu nặng, lượng máu truyền trong mổ cũng như và tỉ lệ cắt tử cung [1]. Do đó bảo tồn tử cung cho sản phụ mắc RCRL luôn là một thách thức trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là ở các thể RCRL xâm lấn sâu và có liên quan tới các tạng lân cận. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Phạm Huy Hiền Hào và cs (2014) thực hiện tại BV Phụ sản Hà Nội, tỉ lệ cắt tử cung ở nhóm RCRL phối hợp rau tiền đạo là 84,4% và lên tới 100% ở các BN có RCRL thể xâm lấn cơ và xuyên cơ. Tỉ lệ phải truyền máu là 89,1%, trong đó 34,8% phải truyền trên 5 đơn vị hồng cầu trong mổ (tương đương trên 1650ml). Ngoài ra có 19,6% sản phụ gặp tai biến trong phẫu thuật,

trong đó hơn một nửa là tai biến liên quan tới tổn thương thành bàng quang [6]. Sản phụ trong báo cáo này của chúng tôi được chẩn đoán RCRL thể xuyên cơ tử cung có xâm lấn thành bàng quang kết hợp rau tiền đạo trên siêu âm, có nguy cơ chảy máu sau sinh cao. Mặc dù đã được giải thích tư vấn về nguy cơ băng huyết, biến chứng và đề xuất phẫu thuật cắt tử cung song người bệnh vẫn mong muốn được lựa chọn các biện pháp can thiệp giúp bảo tồn tử cung.

Xuất huyết nặng trong mổ là biến chứng thường gặp trong RCRL, đặc biệt là với những trường hợp có phối hợp rau tiền đạo. Đối với RCRL nói chung cũng như RCRL đi kèm các bất thường khác của rau thai như rau tiền đạo, quá trình chuẩn bị sinh cần được lên kế hoạch chi tiết và cụ thể, chuẩn bị cho mọi tình huống xấu có thể xảy ra gồm cả các kế hoạch can thiệp dự phòng. Trong số đó các biện pháp can thiệp dự phòng xuất huyết trước sinh có vai trò rất quan trọng.

Can thiệp nội mạch dự phòng băng huyết là kỹ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu nhằm mục đích khoá dòng máu xuống ĐM chậu trong, từ đó làm giảm lượng máu tới ĐM tử cung và bánh rau giúp quá trình phẫu thuật được thuận lợi. Kỹ thuật này đã được đưa vào hướng dẫn của Hiệp hội sản phụ khoa Hoàng gia Anh từ năm 2007 trong quản lý băng huyết sau sinh với 2 chỉ định chính: 1- can thiệp cấp cứu các trường hợp băng huyết thứ phát sau sinh và 2- dự phòng băng huyết ở những trường hợp nghi ngờ có RCRL hoặc RCRL đã được chẩn đoán [7].

Mặc dù vậy vẫn còn nhiều tranh luận về hiệu quả thực sự của phương pháp này trong thực hành lâm sàng. Một số nghiên cứu cho thấy thực hiện can thiệp nội mạch dự phòng trước phẫu thuật giúp giảm lượng máu truyền trong mổ trong khi không làm tăng thời gian nằm viện cũng như tỉ lệ biến chứng sau mổ [8, 9]. Ngược lại một số nghiên cứu khác lại cho kết quả trái ngược. Nghiên cứu hồi cứu của Peng và cs (2020) trên các BN có RCRL phối hợp rau tiền đạo, giữa hai nhóm phẫu thuật lấy thai đơn thuần và nhóm phẫu thuật có kết hợp bơm bóng làm tắc ĐM chậu trong trước mổ cho kết quả không có sự khác biệt về tỉ lệ mổ cắt tử cung, lượng máu mất, máu truyền trong mổ cũng như thời gian nằm hồi sức giữa hai nhóm [10]. Trong trường hợp của chúng tôi tổng thể tích máu mất là 1900ml, thể tích máu truyền là 2650ml. Trong nghiên cứu của Peng và cs (2020), tác giả cũng ghi nhận lượng máu mất trong mổ của những trường hợp RCRL xâm lấn phối hợp rau tiền đạo ở nhóm có và không phối hợp chẹn bóng lần lượt là  $2085.71 \pm 1148.50$  ml và  $1692.00 \pm 1280.60$  ml ( $p=0,243$ ).

Ba phương pháp can thiệp nội mạch dự phòng chính được nhắc tới trong y văn bao gồm chẹn bóng ĐM chủ bụng, chẹn bóng ĐM chậu trong và nút ĐM tử cung, trong đó các phương pháp chẹn bóng đơn thuần được áp dụng phổ biến hơn so với nút ĐM tử cung [5]. Trong ca bệnh này, do tiên lượng quá trình bóc bánh rau sẽ tạo ra các ổ vi chấn thương và chảy máu hoạt động ở tử cung, ngoài ra việc kiểm soát hoàn toàn bằng nút mạch các vòng nối bàng hệ cho ĐM tử cung là không khả thi, chúng tôi chủ động tiến hành thả bóng từng bên để phát hiện và nút tắc chọn lọc toàn bộ các điểm chảy máu hoạt động quan sát được ngay sau khi bóc bánh rau được bóc. Sau đó tiến hành bơm tắc tạm thời các nhánh lớn liên quan của ĐM chậu trong hai bên bằng spongel để dự phòng xuất huyết do bàng hệ sau mổ.

Theo Shrivastava và cs (2007), nguyên nhân chính của hiện tượng mất máu nặng trong RCRL là do bánh rau bám sâu và được cấp máu bởi nhiều nguồn khác nhau bao gồm cả nguồn bàng hệ ngoài ĐM tử cung như ĐM buồng trứng, ĐM chậu ngoài hay ĐM đùi [11]. Như vậy việc chẹn bóng đơn thuần ĐM chậu trong hai bên có

thể là chưa đủ để kiểm soát tối ưu tình trạng xuất huyết khi bóc bánh rau. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy chẹn bóng ĐM chậu trong đơn thuần mặc dù có thể làm giảm lượng máu mất trong mổ nhưng chưa phải là phương án tối ưu để giúp tăng tỉ lệ bảo tồn tử cung cho sản phụ mắc RCRL [12, 13]. Có nhiều nguyên nhân khác nhau lý giải cho hiện tượng này như : kinh nghiệm của BS can thiệp trong việc sử dụng bóng (thời gian lưu bóng không phù hợp, bơm bóng quá căng hoặc bơm không đủ), ĐM tử cung được cấp máu từ các nguồn khác ĐM chậu trong, tình trạng chờ tử cung sau sinh... Việc phối hợp nút tắc các điểm chảy máu hoạt động của ĐM tử cung ngay sau bóc rau có thể giúp giảm thiểu tối đa lượng máu mất, từ đó giúp gia tăng khả năng bảo tồn tử cung. Tuy nhiên kỹ thuật phối hợp như trên chỉ được lựa chọn trong một số trường hợp BN khó và còn thiếu các số liệu thống kê mang tính chất hệ thống [14].

Các biến chứng có thể gặp của thủ thuật bao gồm hình thành huyết khối do thay đổi lưu lượng dòng máu, lóc tách thành ĐM do ống thông ĐM đùi, tổn thương thành ĐM do bơm bóng quá mức... [10], song nguy cơ tai biến có thể được giảm thiểu nếu người thực hiện kỹ thuật có kinh nghiệm và tuân thủ các nguyên tắc an toàn của can thiệp mạch máu.

Gagnon và cs (2013) mô tả một trường hợp biến chứng tổn thương thành ĐM sau khi bơm bóng để gây tắc phần ngoại vi của ĐM chậu trong [15]. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, do khẩu kính của ĐM giảm dần ở phía ngoại vi cũng như các thay đổi của thành ĐM dưới ảnh hưởng của hormon estrogen và progesteron trong giai đoạn thai kỳ khiến vấn đề kiểm soát áp lực của bóng lên thành ĐM ở đoạn xa sẽ gặp nhiều khó khăn hơn. Để giảm thiểu nguy cơ tổn thương thành mạch, có thể tiến hành bơm bóng chậm kết hợp bơm thuốc cản quang qua ống thông ĐM đùi nhiều lần để đánh giá mức độ bít tắc, khi bắt đầu thấy có luồng trào ngược thuốc cản quang thì dừng lại. Một phương pháp khác được chúng tôi sử dụng trong trường hợp này đó là không cố gắng đưa bóng quá sâu mà chỉ bơm bóng ở đoạn 1/3 giữa của ĐM chậu trong, sau khi thai đã được lấy thì tiến hành nút ĐM chậu trong bằng Spongel.

Huyết khối tắc ĐM cũng là biến chứng có thể gặp sau bơm bóng. Nghiên cứu của Angileri và cs (2017) cho thấy tỉ lệ biến chứng huyết khối ĐM sau thủ thuật có thể lên tới 11% [16]. Các tác giả cho biết lượng máu mất (1808ml so với 2755ml) và máu truyền (1,6 đơn vị so với 3 đơn vị hồng cầu) trong mổ là yếu tố khác biệt quan trọng nhất giữa hai nhóm BN không có và có biến chứng huyết khối ĐM. Huyết khối có thể xuất hiện ngay sau quá trình làm thủ thuật hoặc vài giờ - vài ngày sau đó, vì vậy việc theo dõi kỹ lưỡng trên lâm sàng để phát hiện sớm các dấu hiệu huyết khối, đặc biệt là huyết khối ĐM chi dưới là rất quan trọng. Các nghiệm pháp lâm sàng quan trọng bao gồm bắt mạch mu chân, so sánh nhiệt độ - màu sắc da hai chân, ngoài ra có thể sử dụng thiết bị đo SpO2 để so sánh mức độ bão hòa máu ngoại biên giữa chi

trên - chi dưới.

#### IV. KẾT LUẬN

RCRL thường gây băng huyết sau sinh không kiểm soát, RCRL kết hợp rau tiền đạo càng làm tăng nguy cơ xuất huyết và là một thách thức trong thực hành lâm sàng. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp RCRL thể xuyên cơ tử cung kết hợp rau tiền đạo được can thiệp nội mạch dự phòng bằng bơm bóng gây tắc tạm thời ĐM chậu trong kết hợp nút ĐM tử cung hai bên. Sau can thiệp, BN được mổ đẻ thành công cũng như bảo tồn được tử cung. Kết quả thu được cho thấy đây là kỹ thuật có tiềm năng ứng dụng trong thực tế lâm sàng nhằm giảm nguy cơ chảy máu và tăng khả năng bảo tồn tử cung cho người bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mulla, B.M., et al., *Hemorrhagic morbidity in placenta accreta spectrum with and without placenta previa*. Arch Gynecol Obstet, 2019. **300**(6): p. 1601-1606.
2. Silver, R.M., *Placenta accreta spectrum: Management*, in *Uptodate*, D.L. Charles J Lockwood, Vanessa A Barss Editor. 2022, Uptodate: Waltham, MA.
3. Steins Bisschop, C.N., et al., *Invasive placentation and uterus preserving treatment modalities: a systematic review*. Arch Gynecol Obstet, 2011. **284**(2): p. 491-502.
4. Sentilhes, L., et al., *Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta*. Obstet Gynecol, 2010. **115**(3): p. 526-534.
5. Shahin, Y. and C.L. Pang, *Endovascular interventional modalities for haemorrhage control in abnormal placental implantation deliveries: a systematic review and meta-analysis*. Eur Radiol, 2018. **28**(7): p. 2713-2726.
6. Huy Hien Hao Pham, Hung Son Nguyen, and Chi Thanh Phan, *Research on placenta accreta in placenta previa in Hanoi Ob-Gyn Hospital from 2011 to 2014*. Vietnam Journal of Obstetrics & Gynecology, 2016. **14**(1).
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists *The Role of Emergency and Elective Interventional Radiology in Postpartum Haemorrhage (Good Practice No. 6)*. 2007.
8. Gulino, F.A., et al., *Placenta accreta and balloon catheterization: the experience of a single center and an update of latest evidence of literature*. Arch Gynecol Obstet, 2018. **298**(1): p. 83-88.
9. Salim, R., et al., *Precesarean Prophylactic Balloon Catheters for Suspected Placenta Accreta: A Randomized Controlled Trial*. Obstet Gynecol, 2015. **126**(5): p. 1022-1028.
10. Peng, Y., et al., *The application of prophylactic balloon occlusion of the internal iliac artery for the treatment of placenta accreta spectrum with placenta previa: a retrospective case-control study*. BMC Pregnancy Childbirth, 2020. **20**(1): p. 349.

11. Shrivastava, V., et al., *Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol, 2007. **197**(4): p. 402 e1-5.
12. Soyer, P., et al., *The role of interventional radiology in the management of abnormally invasive placenta: a systematic review of current evidences*. Quant Imaging Med Surg, 2020. **10**(6): p. 1370-1391.
13. Lee, A.Y., et al., *Outcomes of balloon occlusion in the University of California Morbidly Adherent Placenta Registry*. Am J Obstet Gynecol MFM, 2020. **2**(1): p. 100065.
14. Mei, Y., D. Luo, and Y. Lin, *Clinical application of prophylactic internal iliac artery balloon occlusion combined with uterine artery embolization in patients with abnormally invasive placenta*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2018. **31**(24): p. 3287-3292.
15. Gagnon, J., et al., *Iliac artery rupture related to balloon insertion for placenta accreta causing maternal hemorrhage and neonatal compromise*. Can J Anaesth, 2013. **60**(12): p. 1212-7.
16. Angileri, S.A., et al., *Prophylactic occlusion balloon placement in internal iliac arteries for the prevention of postpartum haemorrhage due to morbidly adherent placenta: short term outcomes*. Radiol Med, 2017. **122**(10): p. 798-806.

---

### **TÓM TẮT**

Rau cài răng lược là hiện tượng một phần hoặc toàn bộ bánh rau xâm lấn và không thể tách rời khỏi cơ tử cung. Rau tiền đạo là hiện tượng rau thai che mắt một phần hoặc hoàn toàn lỗ cổ tử cung của người mẹ. Cả hai hiện tượng đều làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh, rối loạn đông cầm máu, đe dọa tính mạng của sản phụ và thai nhi. Phối hợp hai hiện tượng làm nặng hơn tình trạng mất máu trong mổ cũng như sau sinh của sản phụ, là thách thức lớn và đòi hỏi phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý bệnh. Can thiệp nội mạch dự phòng băng huyết là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, có vai trò quan trọng và ngày càng được chú ý áp dụng hơn trong quản lý các trường hợp rau cài răng lược. Báo cáo này mô tả một trường hợp rau cài răng lược thể xuyên cơ tử cung kết hợp rau tiền đạo, được can thiệp nội mạch dự phòng chảy máu bằng phương pháp chèn bóng động mạch chậu trong hai bên phối hợp nút động mạch tử cung kết hợp mổ lấy thai ở tuần 36. Kết quả bệnh nhân mổ lấy thai thành công và bảo tồn được tử cung sau mổ.

**Từ khoá:** Rau cài răng lược, chèn bóng dự phòng xuất huyết, nút động mạch tử cung.

---

Người liên hệ: Nguyễn Xuân Hiền, Email: [hiennx@tamanhhospital.vn](mailto:hiennx@tamanhhospital.vn)