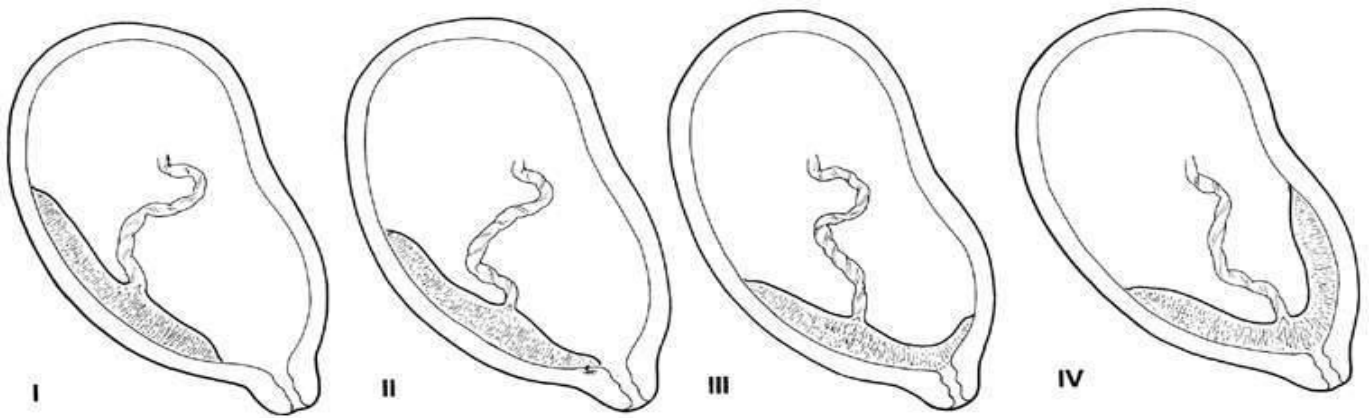


## 22. NHAU TIỀN ĐẠO

### I. Định nghĩa

- Nhau tiền đạo là bánh nhau không bám đáy ở TC mà một phần hay toàn bộ bánh nhau bám ở vùng đoạn dưới TC & CTC, làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.
- Có 4 loại nhau tiền đạo:
  1. Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong cổ tử cung.
  2. Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong cổ tử cung.
  3. Nhau tiền đạo bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung.
  4. Nhau tiền đạo trung tâm: bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung.



### II. Chẩn đoán

#### 1. Lâm sàng

##### a. Cơ năng

- Có khi không có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.
- Ra huyết âm đạo đột ngột, lượng thay đổi, không kèm đau bụng khi thai gần cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối.
- TC mềm, không căng đau.

##### b. Thực thể

- Ngôi thai bất thường (ngôi ngang, ngôi mông), ngôi đầu cao.
- Tim thai: không thay đổi, xuất hiện bất thường khi có biến chứng như choáng mất máu, bóc tách bánh nhau, hay biến chứng dây rốn.
- Đặt mỏ vịt: máu đỏ tươi từ lỗ trong cổ tử cung chảy ra.
- Khám âm đạo: thực hiện tại phòng mổ khi có ra huyết âm đạo lượng nhiều hoặc khi cần chấm dứt thai kỳ.

##### c. Toàn thân:

- Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài.

## 2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: xác định vị trí nhau bám.
- Cộng hưởng từ: không thể thay thế siêu âm trong chẩn đoán nhau tiền đạo. Có giá trị trong chẩn đoán nhau cài răng lược/nhau tiền đạo, đặc biệt nhau bám mặt sau tử cung.
- Soi bàng quang: khi nghi ngờ nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiểu máu.

## III. Xử trí

### 1. Nhau tiền đạo không triệu chứng

- Theo dõi điều trị ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám.
- Giảm nguy cơ chảy máu:
  - + Kiêng giao hợp, không làm nặng, không tập thể dục sau 20 tuần.
  - + Không khám âm đạo.
  - + Nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết âm đạo cần nhập viện ngay.
- Giảm nguy cơ cho bé:
  - + Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần.
  - + Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 – 37 tuần tuổi [Uptodate 20.1].

### 2. Nhau tiền đạo đang ra huyết: là cấp cứu sản khoa, cần điều trị tại viện

#### a. *Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo ít – thai chưa trưởng thành*

1. Xác định độ trưởng thành của phổi
  2. Cố gắng dưỡng thai đến 32 – 34 tuần. Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho thai – mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt.
  3. Hỗ trợ phổi: khi thai 28 – 34 tuần.
  4. Truyền máu: khi Hb <10g/dL.
  5. Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.
  6. Chọn lựa cách chấm dứt thai kỳ
- Sinh ngả âm đạo: nếu là nhau bám thấp và ngôi đầu.

Thai dễ bị thiếu oxy do bánh nhau có thể bong non hay do biến chứng của dây rốn như sa dây rốn hay chèn ép dây rốn. Do đó, nếu monitor tim thai bất thường thì mổ lấy thai ngay, ngoại trừ đang rặn sinh.

- Mổ lấy thai là cách chọn lựa cho những thể NTĐ khác.
  - + May cầm máu vị trí nhau bám. Dùng thuốc co hồi TC: Oxytocin, Carbetocin, Methylergotamine, Prostaglandin.
  - + Thất động mạch TC: khi cần.
  - + Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.

**b. Nhau tiền đạo ra huyết âm đạo nhiều**

**Là cấp cứu sản khoa. Cần mổ lấy thai cấp cứu.**

1. Lập 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch. Truyền dung dịch Lactate Ringer hay Normal Saline, dung dịch cao phân tử nhằm ổn định huyết động học và duy trì có nước tiểu, ít nhất 30ml/giờ.
2. Xét nghiệm nhóm máu. Chuẩn bị máu truyền, có thể 2 – 4 đơn vị máu. Truyền khi lượng máu mất vượt quá 30% thể tích máu (xuất huyết độ III) hoặc khi Hb < 10 g/dL.
3. Theo dõi huyết áp của mẹ bằng monitor. Đánh giá lượng nước tiểu mỗi giờ bằng sonde tiểu lưu. Ước lượng máu mất qua ngả âm đạo bằng cân hay bằng lượng băng vệ sinh.

**IV. Tiên lượng – biến chứng**

NTĐ thường được chẩn đoán trước khi xuất huyết xảy ra. Theo dõi sát sản phụ và thai nhi có thể ngăn ngừa những biến chứng quan trọng.

**Biến chứng**

**a. Cho mẹ**

- Mất máu nhiều, choáng, tử vong.
- Cắt TC, tổn thương hệ niệu.
- Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu.

**b. Cho con**

- Tình trạng non tháng gây tử vong chu sinh. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG 2006; 113:919.
2. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 15:28.
3. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 26:89.
4. Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1135.
5. Dinsmoor MJ, Hogg BB. Autologous blood donation with placenta previa: is it feasible? Am J Perinatol 1995; 12:382.

6. Dwyer BK, Belogolovkin V, Tran L, et al. Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging? *J Ultrasound Med* 2008; 27:1275.
7. Esakoff TF, Sparks TN, Kaimal AJ, et al. Diagnosis and morbidity of placenta accreta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:324.
8. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med* 1992; 11:333.
9. Halperin R, Vaknin Z, Langer R, et al. Late midtrimester pregnancy termination in the presence of placenta previa. *J Reprod Med* 2003; 48:175.
10. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:210.
11. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, et al. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG* 2011; 118:457.
12. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol* 2011; 118:323.
13. Toedt ME. Feasibility of autologous blood donation in patients with placenta previa. *J Fam Pract* 1999; 48:219.
14. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006; 108:573.
15. Yamada T, Mori H, Ueki M. Autologous blood transfusion in patients with placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:255.
16. Yang JI, Lim YK, Kim HS, et al. Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28:178.
17. Yoong W, Karavolos S, Damodaram M, et al. Observer accuracy and reproducibility of visual estimation of blood loss in obstetrics: how accurate and consistent are health-care professionals? *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281:207.