

XUẤT HUYẾT TỬ CUNG NỬA SAU THAI KỲ

Xuất huyết tử cung xảy ra trong nửa sau thai kỳ liên quan đến 4 tình huống thường thấy sau:

1. *Nhau bong non*
2. *Nhau tiền đạo*
3. *Chuyển dạ hoặc chuyển dạ sanh non (trước tuần 37) – bài Sanh non*
4. *Vỡ tử cung/VMC – cấp cứu sản khoa*

Tình huống lâm sàng trong phần này là:

- *Nhau bong non.*
- *Nhau tiền đạo kèm/không kèm nhau cài răng lược.*

1. Mở đầu buổi tư vấn

- ☐ Chào hỏi, tự giới thiệu: *Chào chị tôi là ... hôm nay tôi sẽ phụ trách khám/tư vấn cho chị.*
- ☐ Mời thai phụ tự giới thiệu
 - Tên, tuổi, nghề nghiệp
 - PARA
 - Tuần tuổi thai
- ☐ Thai phụ trình bày về mục đích buổi tư vấn: *Điều gì khiến cho chị phải đến buổi tư vấn hôm nay?*
- ☐ Làm rõ mục đích buổi tư vấn: *Hôm nay tôi sẽ tư vấn cho chị hiểu rõ hơn tình trạng hiện tại của chị và thai cũng như hướng xử trí theo dõi tình trạng này.*

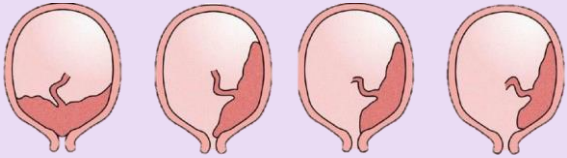
2. Thu thập thông tin: Mục tiêu thu thập thông tin là để chẩn đoán nguyên nhân gây xuất huyết tử cung.

- ☐ Hỏi bệnh: **hỏi giấy tờ đang có**
 - Bệnh sử:
 - Tính chất ra huyết: màu sắc (đỏ tươi, bầm, máu cục) , lượng, kiểu xuất huyết (ồ ạt hay rỉ rả), có kèm theo mô gì không, thường xuyên hay ra huyết lần đầu?
 - Hoàn cảnh ra huyết: sau vận động nặng...
 - Triệu chứng kèm theo (đau bụng, cơn co, nôn ói...)
 - Các cận lâm sàng đã có: định lượng β -HCG, siêu âm.
 - Tiền căn sản khoa: lần mang thai thứ mấy? Từng sảy thai, phá thai? Tiền căn sanh non, mổ lấy thai? Tiền căn nhau tiền đạo, nhau bong non?
 - Tiền căn phụ khoa: viêm nhiễm, phẫu thuật phụ khoa? Biện pháp tránh thai? Kinh chót?
 - Thói quen gợi ý nguyên nhân: cocaine, hút thuốc lá?

3. Chẩn đoán – xử trí – quản lý – tư vấn nguy cơ

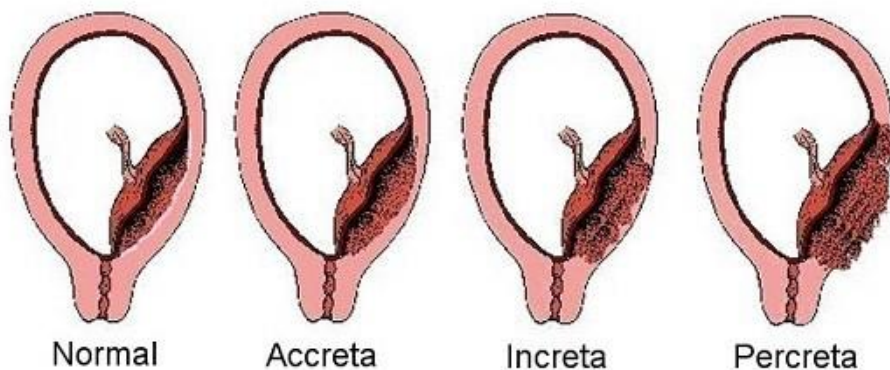
- ☐ *Qua quá trình hỏi bệnh và thăm khám cũng như xét nghiệm, siêu âm chẩn đoán cho chị, tôi rất tiếc khi phải thông báo với chị rằng...Tình trạng này có thể do nguyên nhân...*

	Nhau tiền đạo	Nhau bong non
Yếu tố nguy cơ	<ul style="list-style-type: none"> • Nhau tiền đạo ở thai kỳ trước • Mẹ lớn tuổi và đa sản • Tiền căn vết mổ cũ (mổ sanh hoặc đã chịu các phẫu thuật khác trên tử cung như bóc nhân xơ tử cung) • Đa thai • Sử dụng cocaine, hút thuốc lá... 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiền căn nhau bong non • Mẹ lớn tuổi và đa sản • TSG • Tăng huyết áp mạn • Viêm màng ối • Ối vỡ non • Đa thai • Thai nhẹ cân • Thiếu ối • Hút thuốc lá • Thrombophilias: bệnh lý tăng đông máu

	Nhau tiền đạo	Nhau bong non
Lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> 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, thường tự hết. Dấu hiệu sinh tồn tương xứng với lượng máu mất ra ngoài. TC mềm, không căng đau. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Đột ngột đau bụng dữ dội. Ra huyết âm đạo đen loăng, không đông. Có thể có choáng mất máu, rối loạn đông máu kèm theo TSG, đa thai, đa ối, chấn thương. Tử cung co cứng nhiều. Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ và tử cung tăng chiều cao. Có thể có tim thai nhanh, thai suy hay mất tim thai. Khám âm đạo: Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sẫm, loăng, không đông, đoạn dưới căng, cổ tử cung chắc, siết chặt ở lỗ trong cổ tử cung, màng ối căng phồng, nước ối có thể có máu.
Cận lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> Siêu âm với bàng quang đầy: xác định vị trí nhau bám. MRI: 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. Công thức máu: thiếu máu tùy theo lượng máu mất. 	<ul style="list-style-type: none"> Siêu âm: có thể không thấy khối máu tụ sau nhau nhưng cũng không được loại trừ NBN. Siêu âm cũng thấy sự biến đổi của nhịp tim thai hoặc xác định thai chết. Monitoring: nhịp tim thai biến đổi: DIP I, DIP II, DIP biến đổi hoặc không bắt được nhịp tim thai. Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu giảm, haemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, fibrinogen giảm, ATTP tăng hơn so với mức bình thường. Xét nghiệm nước tiểu thường có protein.
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 và cổ TC, làm cản trở đường đi của thai nhi khi chuyển dạ.	Nhau bong non là tình trạng nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.
Phân loại	<ul style="list-style-type: none"> Nhau bám thấp: bờ bánh nhau bám ở đoạn dưới TC, chưa đến lỗ trong cổ tử cung. Nhau bám mép: bờ bánh nhau bám đến bờ lỗ trong cổ tử cung. Nhau tiền đạo bán trung tâm: bánh nhau che kín một phần lỗ trong cổ tử cung. Nhau tiền đạo trung tâm: bánh nhau che kín hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. 	<ul style="list-style-type: none"> Thể ẩn: Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau. Thể nhẹ: Triệu chứng không đầy đủ. Sau khi sổ rau thấy có máu tụ sau rau hoặc siêu âm thấy khối máu tụ sau rau. Thể trung bình: Thường có TSG. Có thể choáng nhẹ hoặc vừa. Các triệu chứng ở mức trung bình. Suy thai. Chẩn đoán phân biệt với: rau tiền đạo, thai chết lưu, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung. Thể nặng (phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvelaire): Có đủ các triệu chứng lâm sàng. Tim thai mất. RLDM: có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,...

	Nhau tiền đạo	Nhau bong non
Ảnh hưởng	Đối với mẹ: <ul style="list-style-type: none"> Tử vong do mất máu cấp, thiếu máu. Cắt tử cung để cầm máu, tổn thương bàng quang trong nhau cài răng lược. Tăng nguy cơ nhiễm trùng, rối loạn đông máu, phải truyền máu. Đối với con <ul style="list-style-type: none"> Non tháng, chết trong chuyển dạ, bệnh lý trẻ sơ sinh do thiếu máu, non tháng. Trẻ sơ sinh bị thiếu máu 	Đối với mẹ: <ul style="list-style-type: none"> Choáng do mất máu và đau. Rối loạn đông máu. Hoại tử các tạng do nhồi máu và thiếu máu, nguy hiểm nhất là suy thận. Cắt tử cung. Tử vong cả mẹ và con .. Đối với con <ul style="list-style-type: none"> Suy thai. Thai chết trong tử cung. Non tháng nhẹ cân. Thiếu máu.
Xử trí Quản lý	Nhau tiền đạo không triệu chứng <ul style="list-style-type: none"> Ngoại trú: ngoài khám lâm sàng cần siêu âm xác định vị trí nhau bám. Giảm nguy cơ chảy máu: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần. Xác định thời điểm sinh mổ chủ động: khoảng 36 – 37 tuần tuổi. 	Nhau bong non thể nhẹ, thai phụ và thai ổn: Tuổi thai ≥ 34 tuần <ul style="list-style-type: none"> Tiền lượng sinh trong vòng 1giờ: bấm ối, sinh ngã âm đạo. Tiền lượng diễn tiến CD thuận lợi: bấm ối, tăng co (nếu gò không đủ), sinh đường âm đạo. Tiền lượng diễn tiến CD không thuận lợi: MLT. Tuổi thai < 34 tuần <ul style="list-style-type: none"> Hỗ trợ phổi (Betamethasone 12mg x 24 giờ, hiệu quả nhất sau 24 giờ), theo dõi sát, nếu tình trạng mẹ và thai diễn tiến xấu thì MLT cấp cứu. Sau hỗ trợ phổi, tổng trạng mẹ ổn định, tim thai tốt thì có thể CDTK khởi phát chuyển dạ khi thuận lợi hoặc MLT khi không thuận lợi.
	Nhau tiền đạo ra huyết ít <ul style="list-style-type: none"> Xác định tuổi thai, độ trưởng thành của phổi. 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. Hỗ trợ phổi: khi thai 28 – 34 tuần. Truyền máu: khi Hb < 10g/dL Có thể xuất viện khi không còn ra huyết trong vòng 48 giờ và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác. Tư vấn phương pháp CDTK: Sinh ngã 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 ⇒ 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, Methyl ergometrin, Prostaglandin. Thắt động mạch TC: khi cần. Có thể cắt TC toàn phần, đặc biệt khi có nhau cài răng lược.) 	Nhau bong non thể nặng, ảnh hưởng tổng trạng mẹ: Mổ lấy thai cấp cứu. <ul style="list-style-type: none"> Mổ đường dọc. Thắt động mạch tử cung dự phòng. Sẵn sàng xử trí BHSS. Dựa vào tuổi, PARA, tổng trạng mẹ ⇒ quyết định cắt tử cung.
	Nhau tiền đạo ra huyết nhiều: MLT cấp cứu và Lập 1-2 đường truyền TM, truyền dịch (nhằm ổn định huyết động học, duy trì nước tiểu ít nhất 30ml/h). Chuẩn bị máu truyền (khi mất máu > 30% hoặc Hb < 10g/dL) Theo dõi HA, nước tiểu, máu mất.	Trường hợp thai chết <ul style="list-style-type: none"> Tổng trạng mẹ bị ảnh hưởng: MLT. Tình trạng mẹ cho phép: bấm ối, tăng co theo dõi sinh ngã âm đạo. Điều trị nội khoa tích cực khi có rối loạn đông máu.
Theo dõi	Theo dõi thai máy. Nhập viện khi ra máu, đau bụng. Dặn kỹ kiêng giao hợp, làm nặng, tập thể dục.	

- ❑ **Ít gặp:** **Nhau cài răng lược** là bệnh cảnh khi một phần hay toàn bộ bánh nhau xâm lấn và không thể tách rời khỏi thành tử cung. Bình thường sau khi sanh, bánh nhau sẽ tự tách rời khỏi thành tử cung và được sổ ra ngoài nhưng khi bị NCRL bánh nhau không thể bong khỏi tử cung và là nguyên nhân gây ra các tình trạng băng huyết sau sanh, rối loạn đông cầm máu,...thậm chí tử vong cho người mẹ.
- ❑ **Yếu tố nguy cơ:**
 - Nhau tiền đạo mặt trước
 - Mẹ có tiền căn sẹo mổ trên tử cung (mổ lấy thai, mổ bóc u xơ tử cung,...).
 - Tiền căn hút nạo buồng tử cung.
 - Mẹ lớn tuổi, sanh nhiều con.
- ❑ **Phân loại:** Tùy vào mức độ xâm nhập của gai nhau:
 - NCRL Accreta: gai nhau bám trực tiếp lên bề mặt tử cung (79% trường hợp)
 - NCRL Increta: gai nhau xâm nhập sâu vào trong cơ tử cung (14% trường hợp)
 - NCRL Percreta: gai nhau xâm nhập xuyên qua cơ tử cung đến lớp thanh mạc tử cung hoặc xâm lấn qua các cơ quan lân cận như bàng quang, ruột,...(7% trường hợp)



- ❑ Xử trí: MLT chủ động + chuẩn bị máu + bảo tồn / cắt TC

4. Kết thúc buổi tư vấn

- ❑ Hệ thống hóa các thông tin cơ bản về vấn đề
 - Tuần tuổi thai, vấn đề đến tư vấn
 - Các thông tin đã thu thập và đã tư vấn
- ❑ Hệ thống hóa các trao đổi đã thực hiện về định hướng quản lý, nhằm đạt đồng thuận
- ❑ Dẫn dò tái khám.
- ❑ Tìm hiểu có vấn đề nào khác còn tồn đọng sau tư vấn: *Chị còn thắc mắc gì không?*

Điểm giao tiếp

- ❑ Trao đổi thông tin hai chiều, thảo luận trao đổi với thai phụ.
- ❑ Thường xuyên đặt câu hỏi. Câu hỏi đóng mở thích hợp, có mục đích rõ ràng.
- ❑ Lắng nghe đồng cảm, trấn an.
- ❑ Tôn trọng sự lựa chọn của thai phụ.
- ❑ Ngôn ngữ dễ hiểu.