

## Nhau tiền đạo

Trần Nhật Huy<sup>1</sup>, Âu Nhựt Luân<sup>2</sup>

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [tranhuykmf@yahoo.com](mailto:tranhuykmf@yahoo.com)

<sup>2</sup> Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [aunhutluan@gmail.com](mailto:aunhutluan@gmail.com)

### Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa và phân loại nhau tiền đạo
2. Trình bày được cách thiết lập chẩn đoán và phân tích được giá trị (accuracy) của các phương tiện hỗ trợ chẩn đoán
3. Trình bày được các biến chứng của nhau tiền đạo
4. Trình bày được nguyên tắc quản lý một trường hợp nhau tiền đạo, bao gồm cả thời điểm và phương thức chấm dứt thai kỳ

### CÁC THUẬT NGỮ LIÊN QUAN ĐẾN NHAU TIỀN ĐẠO VÀ VẤN ĐỀ TÍNH TIN CẬY CỦA CHẨN ĐOÁN NHAU TIỀN ĐẠO

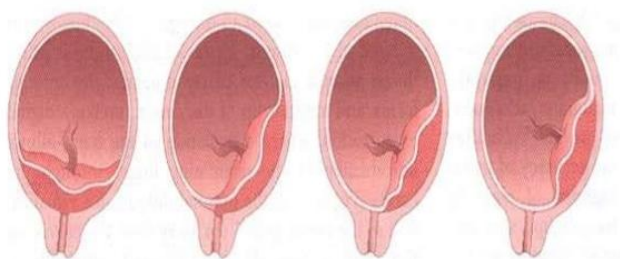
Nhau tiền đạo (Placenta Previa) là một vấn đề lớn mà các nhà sản khoa phải đối mặt, do những thai phụ với nhau tiền đạo có thể phải được nằm bệnh viện theo dõi dài hạn, tăng nguy cơ truyền máu, sinh non, tỉ lệ cắt tử cung vì băng huyết tăng cao (đến 5.3%), dẫn đến tử suất của mẹ cao. Tỉ lệ tử vong chu sinh của bé cũng tăng cao nhiều lần so với thai kỳ bình thường.

Nhau tiền đạo được định nghĩa là khi nhau bám ở đoạn dưới tử cung mà không bám ở vị trí bình thường của nó.

Nhau tiền đạo được định nghĩa là khi bánh nhau bám ở đoạn dưới tử cung mà không bám ở vị trí bình thường của nó. Kiểu bất thường về vị trí bám của bánh nhau có tần suất khoảng 2.8 trường hợp trên 1000 trường hợp đơn thai, và khoảng 3.9 trường hợp trên 1000 trường hợp song thai.

Một cách cổ điển, nhau tiền đạo được phân loại dựa trên sự tương quan giữa mép dưới của bánh nhau và lỗ trong cổ tử cung. Theo đó, nhau tiền đạo được gọi là:

1. **Nhau tiền đạo toàn phần** (complete) khi bánh nhau bám lan tới và che hết cổ trong cổ tử cung
2. **Nhau tiền đạo một phần** (bán phần) (partial) khi bánh nhau chỉ bám qua một phần lỗ trong cổ tử cung
3. **Nhau bám mép** (marginal) khi **mép dưới của bánh nhau bám sát tới bờ lỗ cổ tử cung**
4. Nhau bám thấp (low lying) là khi bánh nhau bám ở đoạn dưới của tử cung nhưng mép dưới của nó chưa lan tới lỗ trong cổ tử cung.



**Hình 1:** Các loại nhau tiền đạo

Lần lượt từ trái sang phải: nhau tiền đạo trung tâm (toàn phần), nhau tiền đạo bán trung tâm (một phần), nhau bám mép và nhau bám thấp.

Phân loại nhau tiền đạo dựa vào siêu âm đầu dò âm đạo khảo sát khoảng cách giữa mép bánh nhau và cổ tử cung

Hiện nay, nhau tiền đạo được phân loại dựa vào mối liên hệ chính xác giữa mép bánh nhau và cổ trong cổ tử cung thông qua khảo sát bằng siêu âm thực hiện qua đường âm đạo.

Phân loại nhau tiền đạo dùng đơn vị là milimet (mm) để miêu tả khoảng cách giữa mép bánh nhau và lỗ cổ trong cổ tử cung.

Trong trường hợp mép bánh nhau nằm ngay ở lỗ trong cổ tử cung thì khoảng cách này được mô tả là 0 mm.

Nếu mép bánh nhau bám chưa lan tới lỗ trong cổ tử cung thì sẽ mô tả khoảng cách từ lỗ trong cổ tử cung đến mép bánh nhau

Khi mép bánh nhau bám lan qua lỗ trong cổ tử cung thì mô tả khoảng mà mép bánh nhau đã bám lan qua lỗ cổ tử cung.

Cách phân loại này giúp tăng tính chính xác của chẩn đoán cũng giúp cải thiện đáng kể tính tin cậy của tiên lượng cho kết cục thai kỳ.

Siêu âm ngã bụng khảo sát nhau tiền đạo có độ tin cậy (accuracy) thấp, với giá trị dương tính giả có thể lên đến 25%.

Có tới 60% các trường hợp nhau tiền đạo được chẩn đoán và phân loại theo siêu âm ngã bụng được phân loại lại sau khi thực hiện siêu âm kiểm tra qua đường âm đạo.

Do chất lượng tín hiệu kém (khả năng phân giải thấp), siêu âm ngã bụng thường gặp nhiều khó khăn khi phải khảo sát các bánh nhau nằm ở mặt sau tử cung.

Nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến khả năng khảo sát vị trí bám của nhau của siêu âm thực hiện qua đường bụng: bóng lưng tạo bởi sự thay đổi chiết suất truyền âm khi qua đầu thai nhi, của sô âm lệ thuộc vào tình trạng bàng quang xẹp hay quá căng đầy, suy yếu tín hiệu khi thai phụ mập... làm tăng khó khăn cho việc khảo sát nhau tiền đạo qua đường bụng.

Chính vì những lý do trên mà giá trị dương tính giả (FPR) trong chẩn đoán nhau tiền đạo lên tới 25% khi thực hiện với siêu âm ngã bụng.

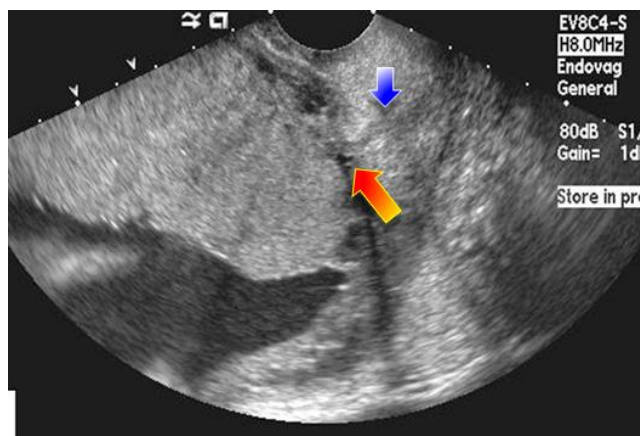
Siêu âm ngả âm đạo là phương tiện khảo sát được lựa chọn cho mục đích thực hiện chẩn đoán nhau tiền đạo.

Siêu âm ngả âm đạo là phương tiện khảo sát được lựa chọn cho mục đích thực hiện chẩn đoán nhau tiền đạo vì nó giúp mô tả chính xác vị trí bánh nhau nằm ở đoạn dưới tử cung so với siêu âm ngả bụng.

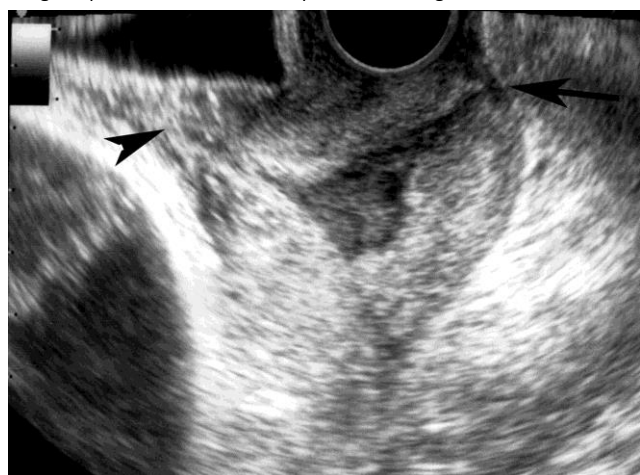
Siêu âm khảo sát vị trí nhau thực hiện qua đường âm đạo có các thông số giá trị như sau:

- Độ nhạy (Se): 87.5%
- Độ chuyên (Sp): lên tới 98.8%
- Giá trị dự báo dương (PPV) 93.3%
- Giá trị dự báo âm (NPV) 97.6%

Vì thế, siêu âm ngả âm đạo là phương tiện khảo sát được lựa chọn cho mục đích thực hiện chẩn đoán nhau tiền đạo. Siêu âm ngả âm đạo cũng được biết là an toàn cho thai phụ, ngay cả trong trường hợp ra huyết.



**Hình 2:** Hình ảnh siêu âm nhau tiền đạo bám ở mặt trước. Mũi tên xanh là kênh cổ tử cung. Mũi tên đỏ chỉ vị trí lỗ trong cổ tử cung. Mép dưới bánh nhau vượt quá lỗ cổ tử cung



**Hình 3:** Hình ảnh siêu âm nhau tiền đạo bám ở mặt sau kèm theo kênh cổ tử cung ngắn, hình "U"  
Cơ cổ tử cung dẫn đến thành lập đoạn dưới là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến xuất huyết trong nhau tiền đạo.

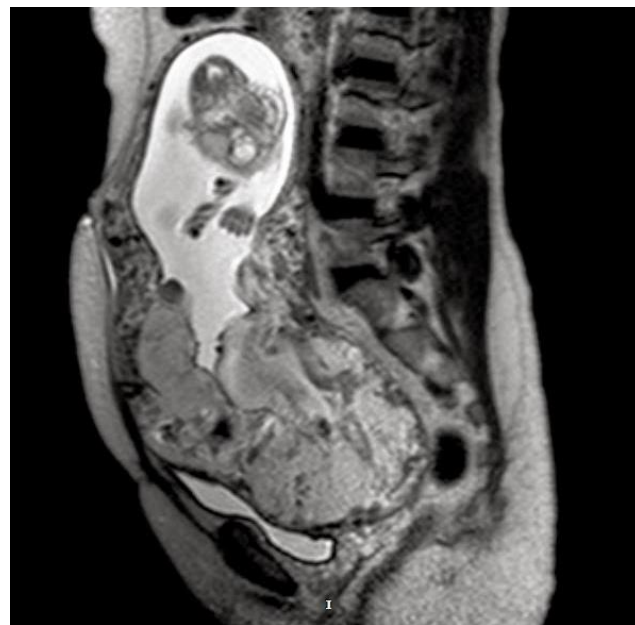
Cộng hưởng từ (MRI) có thể có ích trong khảo sát nhau cài răng lược.

Ngoài siêu âm thì cộng hưởng từ cũng là một phương tiện chẩn đoán an toàn và chính xác. Vấn đề khi thực hiện khảo

sát bằng cộng hưởng từ là chi phí cao và không phải lúc nào cũng sẵn sàng ở các cơ sở sản khoa.

Cộng hưởng từ có thể cung cấp các thông tin quan trọng về tình trạng nhau cài răng lược.

Nguyên nhân gây ra nhau tiền đạo vẫn chưa rõ ràng, dù các yếu tố nguy cơ đã được bộc lộ.



**Hình 4:** Nhau tiền đạo cài răng lược trên MRI  
Các gai nhau ăn sâu vào cơ tử cung nhưng chưa qua khỏi lớp cơ.

## DIỄN BIẾN CỦA VỊ TRÍ BÁM CỦA NHAU TRONG THAI KỲ

Sự hình thành lá nhau có liên quan đến vấn đề cấp máu ở màng ối.

Trước tuần thứ 12 của thai kỳ, vẫn chưa có lá nhau đúng nghĩa. Lúc này, túi thai được bọc quanh bằng một quần nguyên bào nuôi lan tỏa. Chỉ khi các nguyên bào nuôi bắt đầu tiến trình xâm nhập vào các mạch xoắn thì lá nhau mới được định hình. Nguyên nhân dẫn đến vị trí bám bất thường của nhau vẫn còn chưa được hiểu biết một cách thấu đáo. Nhiều khả năng là yếu tố dẫn đến sự hình thành nhau tiền đạo có liên quan đến sự phân bố bất thường của hệ thống mạch máu ở màng ối.

Các yếu tố nguy cơ đã được biết gây ra nhau tiền đạo gồm:

- Nhau tiền đạo ở thai kỳ trước
- Sinh nhiều lần
- Mẹ lớn tuổi
- Tiền căn mổ sanh hoặc đã chịu các phẫu thuật khác trên tử cung như bóc nhân xơ tử cung
- Các yếu tố khác như sử dụng cocaine, hút thuốc lá...

Khi người mẹ bị nhau tiền đạo, thai nhi có thể tăng nguy cơ mang các bất thường về hệ tim mạch, hệ thần kinh trung ương, hệ tiêu hóa và hô hấp, dù rằng các nguy cơ này không nhiều, cũng như cơ chế nào đã gây ra chúng vẫn còn chưa được biết rõ.

Vị trí bám của bánh nhau sẽ thay đổi cùng với tiến trình lớn lên của thai nhi.

Cần biết rằng nhau tiền đạo khá thường gặp ở nửa đầu thai kỳ và phần lớn được “tự giải quyết” khi thai đủ tháng thành. Tỷ lệ nhau tiền đạo còn tồn tại đến khi sinh phụ thuộc vào tuổi thai.

Mustafa và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu dọc, khảo sát các trường hợp mép bánh nhau lan tới hoặc vượt qua lỗ trong cổ tử cung, cho thấy:

- Một cách tổng quát, hiện tượng này chiếm một tỉ lệ khoảng 42% ở tuổi thai 11-14 tuần, 3.9% ở tuổi thai 20-24 tuần và chỉ còn là 1.9% ở thai đủ tháng.
- Khảo sát các trường hợp mép bánh nhau bám lan qua lỗ trong cổ tử cung 23 mm ở tuổi thai 11-14 tuần cho thấy chỉ có khoảng 8% số này là có nhau tiền đạo lúc sinh.
- Nếu mép bánh nhau bám lan qua lỗ trong cổ tử cung với khoảng cách nhỏ hơn 10 mm ở tuổi thai 9-16 tuần thì rất ít khả năng xuất hiện nhau tiền đạo sau đó.
- Khảo sát cũng cho thấy khả năng xuất hiện nhau tiền đạo gần như bằng 0 nếu khảo sát trước đó cho thấy mép bánh nhau chưa lan qua lỗ trong cổ tử cung.
- Ngược lại, nếu mép bánh nhau vượt qua lỗ trong cổ tử cung với khoảng cách lớn hơn 25 mm thì khả năng có nhau tiền đạo lúc sinh là rất lớn, đạt đến 40-100%.

Đương nhiên là lá nhau không tự di chuyển. Quá trình “di trú” của bánh nhau là do sự phát triển dài ra của đoạn dưới tử cung vào những tháng cuối của thai kỳ.

Do nhận định này, chỉ được phép xác lập chẩn đoán nhau tiền đạo kể từ sau khi tuổi thai đạt 28 tuần lễ tròn vô kinh.

### **NAU TIỀN ĐẠO LÀ NGUYÊN NHÂN CHÍNH CỦA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG Ở 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ**

Xuất huyết âm đạo trong ba tháng cuối thai kỳ không kèm theo đau bụng là một dấu hiệu điển hình của nhau tiền đạo.

Trong phần lớn trường hợp, thường thai phụ đã có nhiều lần xuất huyết rỉ rả trước một lần ra huyết nhiều ồ ạt. Khoảng 75% thai phụ nhau tiền đạo có ít nhất một lần chảy máu trong thai kỳ và thường xuất hiện từ 29 đến 30 tuần tuổi thai. Đợt chảy máu âm đạo đầu tiên thường tự ổn định trong vòng 1-2 giờ.

Máu chảy ra ngoài trong nhau tiền đạo là máu mẹ.

Nguyên nhân trực tiếp dẫn đến chảy máu là do các cơn co tử cung. Khi xảy ra các cơn co tử cung, có thể là cơn co sinh lý ngoài chuyển dạ (Braxton-Hicks) hay cơn co tử cung của chuyển dạ, các hồ máu nơi nhau bám có thể bị rách và gây chảy máu. Tuy nhiên, khác với nhau bong non, do vị trí của mạch máu màng rụng nơi bị vỡ nằm ngay tại lỗ cổ tử cung, nên máu sẽ chảy ra ngoài mà không dẫn đến hình thành khối tụ máu. Chẩn đoán nhau tiền đạo loại trừ hoàn toàn chẩn đoán nhau bong non.

Như vậy, máu chảy ra ngoài trong nhau tiền đạo là máu của mẹ, có nguồn gốc chảy máu cục bộ từ các hồ máu. Trong chảy máu do nhau tiền đạo, thai nhi không bị thiếu máu. Thai nhi chỉ bị ảnh hưởng khi tình trạng chảy máu nặng gây sốc giảm thể tích với hậu quả làm giảm trao đổi oxygen qua hồ máu mà thôi.

Khả năng tự cầm máu sau sanh của cuộc sanh với nhau tiền đạo rất kém.

Cơ chế cầm máu bình thường sau sổ nhau trong các trường hợp nhau bám ở thân tử cung là do các thớ cơ đan chéo siết chặt các mạch máu bị hở ra sau sanh ở các hồ máu.

Trong nhau tiền đạo, do các hồ máu có vị trí là ở đoạn dưới tử cung, là nơi không có các lớp cơ đan chéo, nên các mạch máu này không được siết lại sau khi sanh. Tử cung gò sau sanh vẫn không đảm bảo được cơ chế cầm máu sau sanh trong nhau tiền đạo. Thai phụ có nhau tiền đạo sẽ gia tăng lượng máu mất sau sanh, nguy cơ bị băng huyết sau sanh, cũng như nguy cơ phải cắt tử cung sau sanh hay sau mổ lấy thai. Chảy máu còn có thể nặng hơn nữa trong trường hợp có nhau cài răng lược.

Nhau cài răng lược là mối đe dọa sinh mạng của thai phụ

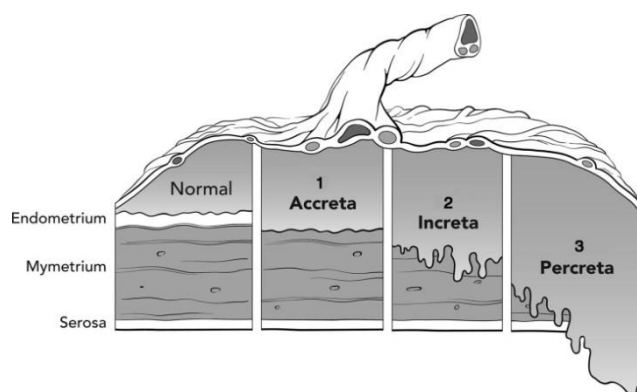
Trong một số các trường hợp nhau tiền đạo, bánh nhau cũng có thể bám sâu một cách bất thường vào thành cơ của tử cung, tạo nên nhau cài răng lược.

Nhau cài răng lược làm tăng nguy cơ chảy máu, và là mối đe dọa đến sinh mạng của thai phụ.

Nhau cài răng lược thật sự là một thách thức vì gia tăng đáng kể khả năng cắt tử cung sau sanh, và tử vong mẹ được báo cáo là khoảng 7%. Vì thế, chuẩn bị trước mổ là quan trọng cho các trường hợp này. Có vài phương tiện có thể giúp ích cho chẩn đoán nhau cài răng lược trên lâm sàng là siêu âm, siêu âm màu và cộng hưởng từ.

Nhau cài răng lược được phân ra:

- Gọi là nhau bám kiểu accreta, nếu mô nhau bám tới lớp nông của cơ tử cung.
- Trong nhau bám kiểu increta, mô nhau bám sâu vào trong cơ tử cung.
- Trong nhau bám kiểu percreta, mô nhau bám xuyên qua cơ tử cung tới thành mạc hoặc thỉnh thoảng lan tới bàng quang nằm kế cận.



**Hình 4:** Các dạng nhau cài răng lược  
Hình ảnh minh họa cho nhau bám kiểu accreta, increta, percreta.

Một điều chắc chắn là nhau tiền đạo, nhau cài răng lược tăng lên cùng với mổ lấy thai.

Tỷ lệ nhau tiền đạo sẽ tăng lên cùng với số lần mổ lấy thai trước đó, và hiện tượng tăng tỉ lệ gặp nhau tiền đạo có thể được giải thích là do mổ lấy thai ngày càng nhiều.



Cơ chế gây nên nhau tiền đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai thì còn hạn chế nhưng nguyên nhân có thể do đoạn dưới tử cung ở người từng mổ lấy thai phát triển khó khăn và do đó khả năng bánh nhau “di trú” thành công sẽ ít hơn so với thai kỳ bình thường.

Tỉ lệ nhau cài răng lược vào khoảng 1:2500 thai kỳ, nhưng tăng mạnh nếu thai phụ có tiền căn mổ lấy thai trước đó. Hiện nay, đã có đủ chứng cứ về mối liên quan khá rõ ràng giữa tiền căn mổ lấy thai, nhau tiền đạo và nhau cài răng lược. Trong những trường hợp có nhau tiền đạo thì tỉ lệ nhau cài răng lược tăng lên cùng với số lần mổ lấy thai trước đó: 25% cho một lần mổ lấy thai và lên đến 40% nếu là đã từng có 2 lần mổ lấy thai trước đó.

Nhau tiền đạo, đặc biệt nhau cài răng lược là những bất thường làm kết cục thai kỳ xấu đi rất nhiều cho cả mẹ lẫn bé. Mối liên quan của bất thường này với mổ lấy thai là rõ ràng, do đó trước khi quyết định mổ lấy thai nên cân nhắc chỉ định cũng như những hậu quả mà nó để lại sau đó.

Trong xuất huyết 3 tháng cuối thai kỳ, việc phân biệt giữa nhau tiền đạo và nhau bong non thường là dễ dàng.

Kinh điển, trong 3 tháng cuối thai kỳ có 3 nguyên nhân gây xuất huyết là nhau tiền đạo, nhau bong non và vỡ tử cung.

Vỡ tử cung có các dấu hiệu riêng, và hiếm khi là một chẩn đoán phân biệt khó khăn.

Còn lại là nhau tiền đạo và nhau bong non. Chúng có những đặc điểm lâm sàng khác biệt, và dễ phân biệt với nhau trong tuyệt đại đa số trường hợp.

Đặc điểm	Nhau tiền đạo	Nhau bong non
Lượng máu mất	Thay đổi	Thay đổi
Diễn tiến	Thường tự hết sau 1-2 giờ	Thường tiến triển
Đau bụng	Không có	Thường có, nặng nề
Tim thai	Bình thường	Tim thai nhanh, sau đó chậm, mất dao động nội tại, nhịp giảm, có thể tử vong
Rối loạn đông máu	Chỉ bất thường nếu mất máu quan trọng	Có thể có, nếu xuất hiện DIC thì tiên lượng nặng nề
Bệnh cảnh nền	Hiếm	Chấn thương bụng, tăng huyết áp thai kỳ-tiền sản giật, đa thai, đa ối

Bảng 1: Phân biệt nhau tiền đạo và nhau bong non

#### Diễn biến của nhau tiền đạo.

1. Kết cục phải mổ sanh: Nói về tiên lượng của kết cục phải mổ lấy thai trong nhau tiền đạo, các nghiên cứu cho thấy nếu sự di trú của bánh nhau trên 1 mm mỗi tuần thì nhiều khả năng sẽ sinh thường ngã âm đạo.

#### TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8<sup>th</sup> edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. SOGC clinical practice guideline. Diagnosis and management of placenta previa.

Khả năng không phải mổ lấy thai vì nhau tiền đạo cũng khá cao (63-100%) nếu khảo sát ở tuổi thai trên 35 tuần cho thấy mép bánh nhau bám chưa đến lỗ cổ tử cung và khoảng cách này trên 20 mm.

Ở tuổi thai 29 tuần nếu mép bánh nhau vượt qua lỗ cổ tử cung với khoảng cách nhỏ hơn 20 mm thì khả năng mổ lấy thai sau đó còn khoảng 11.5%, nếu khoảng cách trên 20 mm thì khả năng sinh mổ sau đó là rất cao.

2. Chảy máu: Đợt chảy máu âm đạo đầu tiên thường tự ổn định trong vòng 1-2 giờ, nếu như nó không quá nghiêm trọng để có chỉ định chấm dứt thai kỳ.

Theo dõi chặt chẽ về sinh hiệu, tình trạng xuất huyết âm đạo, truyền dịch, nằm nghỉ tại giường và sử dụng corticoid nếu thai non tháng là những khuyến cáo cho các trường hợp chảy máu không nghiêm trọng.

Nếu chảy máu là trầm trọng hoặc thai nhi đã trưởng thành thì chấm dứt thai kỳ là lựa chọn.

**Số đợt xuất hiện chảy máu không có mối liên quan đến độ nặng của nhau tiền đạo cũng như kết cục của thai nhi**

3. Chấm dứt thai kỳ trong nhau tiền đạo: Quyết định chấm dứt thai kỳ phải dựa vào tuổi thai và tình trạng lâm sàng của thai phụ.

Do tình trạng chảy máu nặng dẫn đến quyết định phải chấm dứt thai kỳ nên nhau tiền đạo sẽ làm tăng nguy cơ sanh non cũng như tăng bệnh suất và tử suất chu sinh.

**Đối với nhau tiền đạo toàn phần (trung tâm) và một phần (bán trung tâm) thì mổ sanh là bắt buộc khi có quyết định chấm dứt thai kỳ**, ngoại trừ trong trường hợp thai nhi quá nhỏ (dưới 20 tuần) và không có khả năng sống sót. Trong điều kiện bệnh nhân ổn định, mổ lấy thai thường được chỉ định ở tuổi thai 37-38 tuần. Nếu muốn chấm dứt thai kỳ sớm hơn 36-37 tuần thì phải có bằng chứng về sự trưởng thành phổi của thai nhi. Đôi khi phải chấm dứt thai kỳ sớm hơn nếu chảy máu nhiều hoặc thai phụ đi vào chuyển dạ sinh non.

4. Về phương pháp vô cảm lúc mổ lấy thai: Trong phần lớn trường hợp, gây tê vùng là lựa chọn khi mổ lấy thai nhau tiền đạo.

Gây tê tùy sống được khuyến cáo vì cho thấy tiện lợi và an toàn.

Tuy nhiên, trong trường hợp dự đoán cuộc mổ kéo dài hay khó khăn như trong trường hợp của nhau cài răng lược thì gây mê nội khí quản sẽ được chọn lựa.