XH 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ

# Nhau tiền đạo

## Định nghĩa và phân loại

**Định nghĩa:** Nhau tiền đạo được định nghĩa là khi nhau bám ở đoạn dưới tử cung mà ko bám ở vị trí bình thường của nó

**Phân loại:**

* Cổ điển: dựa trên sự tương quan giữa mép dưới của bánh nhau và lổ trong của cổ tử cung.
  + Nhau tiền đạo toàn phần: bánh nhau bám lan tới và che hết cổ trong cổ tử cung
  + Nhau tiền đạo một phần (bán phần): khi bánh nhau chỉ bám qua một phần lổ trong cổ tử cung
  + Nhau bám mép: khi mép dưới của bánh nhau bám sát tới bờ lổ cổ tử cung
  + Nhau bám thấp: khi bánh nhau bám ở đoạn dưới của tử cung nhưng mép dưới của nó chưa lan tới lổ trong cổ tử cung
* Dựa vào siêu âm đầu dò âm đạo: dùng đơn vị là milimet (mm) để miêu tả khoảng cách giữa mép bánh nhau và lổ cổ trong cổ tử cung.
  + Nếu mép bánh nhau nằm ngay ở lổ trong cổ tử cung thì khoảng cách này được mô tả là 0 mm.
  + Nếu mép bánh nhau bám chưa lan tới lổ trong cổ tử cung: mô tả khoảng cách từ lổ trong cổ tử cung đến mép bánh nhau
  + Nếu mép bánh nhau bám lan qua lổ trong cổ tử cung thì mô tả khoảng mà mép bánh nhau đã bám lan qua lổ cổ tử cung

## Chẩn đoán

**Lâm sàng**: XH tử cung trong 3 tháng cuối đột ngột, ko kèm đau bụng là dấu hiệu điển hình của nhau tiền đạo.

* BN có nhiều lần XH rỉ rả trước một lần XH ồ ạt, thường xuất hiện ở tuần 29-30. Đợt chảy máu đầu tiên thường tự cầm trong 1-2h
  + nguyên nhân chảy máu là do cơn co tử cung, kể cả con gò Braxton-Hicks 🡪 các hồ máu nơi nhau bám bị rách, chảy máu ra ngoài
  + nguồn gốc chảy máu là máu mẹ, thai nhi ko bị thiếu máu trừ khi mẹ mất máu quá nặng gây sốc giảm thể tích
* Tử cung mềm, ko căng đau
* Có khi ko có triệu chứng gì, chỉ phát hiện được nhau tiền đạo qua siêu âm.

**CLS**: siêu âm ngã âm đạo

* Chỉ được phép chẩn đoán nhau tiền đạo từ 28w trở đi, do có sự dài ra của đoạn cuối tử cung vào những tháng cuối thai kỳ
* Giá trị: độ nhạy, độ chuyên, PPV, NPV đều # >90%
* Chú ý:
  + Siêu âm qua ngã bụng: dương giả 25%, độ tin cậy thấp
  + MRI: hữu ích trong chẩn đoán nhau cài răng lược
  + Soi bàng quang: khi nghi ngờ nhau cài răng lược xâm lấn bàng quang qua chẩn đoán hình ảnh, kèm tiểu máu.

5P: Pain, Pulse, Progress, Prothrombin, Predisposing factor: đau bụng, tim thai, diễn tiến, RL đông máu, yếu tố thúc đẩy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nhau tiền đạo** | **Nhau bong non** |
| Đau bụng | Ko | Thường có, nặng nề |
| Tim thai | Bình thường (chỉ bất thường nếu mất máu nặng) | Tim thai nhanh, sau đó chậm, mất giao động nội tại, nhịp giảm, có thể tử vong |
| Diễn tiến | Thường tự hết sau 1-2h | Thường tiến triển |
| Rối loạn đông máu | Hiếm | Có thể có (nếu có DIC thì tiên lượng nặng nề) |
| Bệnh nền | * Tiền căn nhau tiền đạo * Thay đổi trên tử cung   + Tự nhiên: Sanh nhiều lần   + Can thiệp: Tiền căn mổ sanh hoặc phẫu thuật trên tử cung * Mẹ lớn tuổi, hút thuốc | Chấn thương: máu chảy từ mẹ hoặc con  Tự phát: máu chảy từ mẹ. Các YTNC   * Tiền căn nhau bong non * Bất thường mạch máu tử cung – nhau: THA, tiền sản giật. * Viêm màng ối, ối vỡ non * Đa sản, đa thai. Thai nhẹ cân, thiểu ối * Hút thuốc lá |

## Yếu tố nguy cơ: cách nhớ giống YTNC thai ngoài

* Tiền căn nhau tiền đạo
* Thay đổi trên tử cung
  + Tự nhiên: Sanh nhiều lần
  + Can thiệp: Tiền căn mổ sanh hoặc các phẫu thuật trên tử cung
* Mẹ lớn tuổi, hút thuốc

## Nguy cơ trên BN nhau tiền đạo (ghi vô phần tiên lượng): giống biến chứng trước-trong-sau sanh của TSG

|  |  |
| --- | --- |
| Trước sanh | * XH 3 tháng cuối thai kỳ * Nhau cài răng lược: tỉ lệ tăng lên theo số lần mổ lấy thai, làm tăng đáng kể nguy cơ cắt tử cung, tử vong mẹ   + Phân loại     - Accreta: mô nhau bám tới lớp nông của cơ tử cung.     - Increta: mô nhau bám sâu vào trong cơ tử cung.     - Percreta: mô nhau bám xuyên qua cơ tử cung tới thanh mạc hoặc thỉnh thoảng lan tới bàng quang nằm kế cận   + Chẩn đoán: MRI |
| Trong sanh | Sanh non |
| Sau sanh | Băng huyết sau sanh: do nhau bám ở đoạn dưới tử cung, ko có các thớ cơ chéo 🡪 tử cung gò sau sanh vẫn ko đảm bảo cầm máu |

## Xử trí

Biện pháp chung

* Giảm nguy cơ chảy máu cho mẹ
  + Mẹ:
    - Bình thường: kiêng giao hợp, ko làm nặng, ko tập thể dục sau 20 tuần.
    - Có biến chứng: nếu có cơn gò tử cung hoặc ra huyết🡪nhập viện ngay
  + Bác sĩ: ko khám âm đạo.
* Giảm nguy cơ cho bé: Dùng thuốc hỗ trợ phổi cho thai từ 28-34 tuần

Điều trị theo mức độ

* Ko triệu chứng: theo dõi ngoại trú, chấm dứt thai kỳ khi thai 37w (phác đồ ghi: mổ sanh chủ động khi thai 37w)-*giống TSG ko dấu hiệu nặng*
* XH nhẹ:
  + Theo dõi chặt chẽ về sinh hiệu, tình trạng xuất huyết âm đạo
  + Truyền dịch, nằm nghỉ tại giường; truyền máu: khi Hb <10g/dL.
  + Chấm dứt thai kỳ:
    - Cố gắng dưỡng thai đến 32 – 34 tuần -*giống TSG nặng*
    - Sau tuần 34, cân nhắc giữa lợi ích cho thai – mẹ với nguy cơ mất máu ồ ạt
  + Có thể xuất viện khi ko còn ra huyết trong vòng 48 giờ và ko kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ khác
* XH ồ ạt
  + Lập 2 đường truyền, truyền dịch tích cực, truyền máu khi Hb<10 g/dl
  + Mổ lấy thai cấp cứu *(nặng hơn cả HELLP, sản giật)*

Phương pháp chấm dứt thai kỳ trong nhau tiền đạo (trừ trường hợp XH ồ ạt thì mổ liền)

* Mổ lấy thai: nhau tiền đạo toàn phần, bán phần. Trong phác đồ thì nhau bám mép cũng mổ luôn
* Sanh ngả âm đạo: có thể cân nhắc khi nhau bám thấp (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)

# Nhau bong non

## Đại cương

**Định nghĩa**: Nhau bong non là trường hợp nhau bám đúng vị trí nhưng bị bong sớm trước khi thai sổ ra ngoài.

**Nguyên nhân**

* Chấn thương: máu chảy từ mẹ hoặc con
* Tự phát: máu chảy từ mẹ. Các YTNC
* Tiền căn nhau bong non
* Bất thường mạch máu tử cung – nhau: THA, tiền sản giật
* Viêm màng ối, ối vỡ non
* Đa sản, đa thai. Thai nhẹ cân, thiểu ối
* Hút thuốc lá

## Chẩn đoán:

**Nguyên tắc chẩn đoán:**

* chủ yếu dựa vào lâm sàng
* nhau bong non là một chẩn đoán loại trừ

**Lâm sàng**:

* Tam chứng điển hình:
  + đau bụng khởi phát đột ngột
  + ra huyết âm đạo (máu loãng, ko đông)
  + cơn co tử cung cường tính (tử cung tăng chiều cao: trong phác đồ)
* khám âm đạo:
  + Ra máu âm đạo lượng từ ít tới nhiều, đỏ sậm, loãng, ko 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
* biểu hiện của biến chứng: xem bên dưới

**CLS:** chưa có một biện pháp hay cận lâm sàng nào giúp chẩn đoán chính xác nhau bong non.

* Siêu âm:
  + giá trị của trong chẩn đoán nhau bong non rất hạn chế, độ nhạy 25%
  + giúp loại trừ chẩn đoán khác: nhau tiền đạo
* D-dimer: tăng, có thể gợi ý chẩn đoán

## Các nguy cơ trên BN nhau bong non

* Mẹ
  + Tại chỗ: Tử cung Couvelaire: Máu từ khối máu tụ sẽ thẩm lậu vào thành cơ tử cung; đây ko phải là chỉ định cắt tử cung
  + Toàn thân
    - Sốc giảm thể tích: lượng máu bị kềm giữ trong khối tụ máu sau nhau có thể lớn hơn rất nhiều so với lượng máu chảy ra ngoài âm đạo quan sát được
    - Rối loạn đông máu: trước tiên là tăng tiêu thụ các yếu tố đông máu, theo sau bằng tiêu sợi huyết
* Con: Suy thai, tử vong thai: tỉ lệ rất cao 20-25%

## Xử trí

Điều trị song song các vấn đề:

* Điều trị nội khoa và các biến chứng: điều trị sốc, DIC
* Điều trị sản khoa: thường cho chấm dứt thai kỳ càng sàng càng tốt (trừ trường hợp tụ máu rất ít, ko có biểu hiện gì nặng)
  + Tia ối sớm luôn luôn có lợi trong nhau bong non, và cần được thực hiện trong mọi trường hợp (giúp giảm áp lực giữa các khoảng gian gai nhau 🡪 giảm chảy máu sau nhau và giảm phòng thích thromboplastin vào tuần hoàn mẹ)
  + Xử trí tùy trường hợp
    - Thai sống: chấm dứt thai kỳ liền (nhắm sanh được trong 20’ thì sanh, ko thì đi mổ)
    - Thai chết:
      * Tình trạng mẹ ko ổn (tụ máu sau nhau nặng, sốc ko thể kiểm soát được bằng nội khoa…): chấm dứt thai kỳ liền
      * Tình trạng mẹ ổn: sanh ngả âm đạo
  + Phác đồ ghi: trong trường hợp nhau bong non nhẹ, tim thai ổn, tình trạng mẹ cho phép
    - Thai >=34w: chấm dứt thai kỳ
    - <34w: hỗ trợ phổi, khi đủ liều thì chấm dứt thai kỳ

# Vỡ tử cung

## Đại cương

2 dạng thức vỡ tử cung:

* Vỡ tử cung hoàn toàn: vỡ tách rời toàn bộ bề dày tử cung
* Vỡ tử cung dưới phúc mạc (hay là nứt tử cung): vỡ tách rời cơ tử cung, thanh mạc còn nguyên vẹn

2 tình huống vỡ tử cung:

* Vỡ tử cung trên một tử cung nguyên lành:
  + Thường vỡ trong chuyển dạ (trừ trường hợp bất thường bẩm sinh hệ Muller có thể vỡ ngoài chuyển dạ)
  + Triệu chứng điển hình theo chuỗi sự kiện: chuyển dạ bất thường 🡪 vượt trở ngại 🡪 dọa vỡ tử cung 🡪 vỡ tử cung
* Vỡ sẹo mổ cũ ở tử cung
  + Thường nhất là vỡ trong chuyển dạ; nhưng tỉ lệ vỡ ngoài chuyển dạ cao hơn
  + Triệu chứng ko điển hình, xảy ra đột ngột

## Yếu tố nguy cơ

* Trên tử cung nguyên vẹn:
  + Trước sanh: đa sản
  + Sanh: khối u tiền đạo 🡪 đẻ khó 🡪 tăng co, sanh giúp
    - Khối u ở vị trí tiền đạo
    - Đẻ khó (và các yếu tố nguy cơ đẻ khó: ngôi bất thường, bất xứng đầu chậu…) và tăng co bằng oxytocin là 2 yếu tố nguy cơ lớn nhất
      * Khởi phát chuyển dạ bằng misoprostol: Bộ Y tế ko cho phép dùng misoprostol để phát khởi chuyển dạ trên thai sống và đủ tháng
    - Sanh giúp khi ko đủ điều kiện hay sai kỹ thuật
* Trên vết mổ cũ
  + Vị trí, số lần mổ
  + Khoảng cách giữa 2 lần mổ
  + Nhiễm trùng hậu phẫu lần mổ trước
  + Khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin, prostaglandín

## Chẩn đoán

* Vỡ tử cung tự phát ngoài chuyển dạ:

|  |
| --- |
| đau bụng đột ngột + nhanh chóng sốc mất máu + khám thấy dấu hiệu tử cung vỡ |

* Vỡ tử cung trong chuyển dạ
  + Trên tử cung bình thường
    - Hội chứng vượt trở ngại: thể hiện qua
      * (1) cơn co trở nên dồn dập
      * (2) thai không tiến triển trong ống sanh
      * (3) chồng xương sọ quan trọng, lọt không đối xứng và bướu huyết thanh càng lúc càng to
    - Dọa vỡ tử cung: 5 dấu hiệu: 3 cái trên cộng với
      * vòng Bandl
      * dấu hiệu Frommel
    - Dấu hiệu vỡ tử cung:

|  |
| --- |
| Đau như cảm giác vỡ + ngưng cơn gò và tim thai + sốc + khám |

* + - * Cảm giác đột ngột có thứ gì đó vỡ ra  
        Ngưng hoàn toàn cơn gò tử cung và tim thai.
      * Sốc thần kinh do đau phối hợp với sốc giảm thể tích
      * Khám bụng:
        + thấy ngôi thai bị trồi lên cao, rơi vào ổ bụng. Các phần của thai nhi có thể sờ thấy dễ dàng.
        + Bên cạnh đó là khối tử cung, đang co thắt và co rút lại.
        + Dấu hiệu XH nội: Dịch ổ bụng, phản ứng thành bụng
      * Khám âm đạo: Khám âm đạo phát hiện phần thai trôi lên rất cao so với trước hay ko còn thấy phần thai; +- chảy máu âm đạo
    - ***Chú ý***:
      * Nên nghĩ đến và tìm cách loại trừ vỡ tử cung khi xảy ra choáng sau sanh mà ko có máu chảy ra ngoài
      * Nếu vỡ tử cung trong dây chằng rộng, do máu mất chậm hơn, nên triệu chứng có thể kém điển hình. Biểu hiện: đau bụng từ từ tăng lên kèm xuất hiện một khối to rất đau cạnh tử cung
  + Trên tử cung có vết mổ cũ: triệu chứng rất nghèo nàn, ko có gđ dọa vỡ, bất thường trên CTG là dấu hiệu gợi ý
    - Đột ngột đau nhói vùng tử cung, nhất là chỗ mổ cũ
    - Đau nhói vùng VMC khi sờ nắn
    - Các dấu hiệu của vỡ tử cung như trên

## Xử trí

* Khi có hội chứng vượt trở ngại nhưng tử cung chưa vỡ: giảm co với các biện pháp như ngậm nitroglycerine dưới lưỡi, nhằm tránh vỡ và nhằm cải thiện tình trạng thai trong khi chuyển phòng mổ
* Khi chẩn đoán vỡ tử cung: mổ cấp cứu
  + Bảo tổn tử cung nếu được: trâm 40 tuổi Rồi, Hòa Iu 2 con (chữ R, H giống thai ngoài tử cung): <40 tuổi, rupture, hemodynamic, infection, <2 con: tổng trạng cho phép, nứt hoặc vết vỡ đơn giản, chưa có dấu nhiễm trùng; ko thì cắt tử cung
  + Tiên lượng em bé tốt khi thời gian từ khi chẩn đoán tới khi sanh trong vòng 20’; kết cục xấu lâu dài xảy ra khi thời gian quyết định cho sanh > 30’

***Chú ý***: sau vỡ tử cung, sản phụ vẫn được phép mang thai lại; nhưng ko được sanh ngã âm đạo