

HƯỚNG DẪN**Nhau tiền đạo**

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)

1. CHẨN ĐOÁN

- Bệnh nhân nhập viện vì ra huyết ÂĐ hay phát hiện nhau tiền đạo (qua SÂ).
- Bệnh sử có thể có ra huyết ÂĐ một hay nhiều lần trước đó. Huyết ÂĐ thường ra đột ngột, máu đỏ tươi không kèm với đau trần bụng.
- Khám thực thể:
 - + BN trong tình trạng choáng vì ra máu nhiều → xử trí theo phác đồ nhau tiền đạo ra máu ÂĐ nhiều.
 - + BN có tình trạng huyết động học ổn định
 - Đánh giá tổng trạng, tình trạng niêm mạc
 - Đánh giá tình trạng thai nhi (độ trưởng thành, sức khỏe...)
 - Đánh giá lượng máu mất
 - + Cần phân biệt với:
 - Doạ sanh non
 - Tổn thương tại cổ TC
- Xét nghiệm: CTM, Hct, Hb, nhóm máu
- SÂ cùng cổ chẩn đoán (nhắc BN nhin tiểu)

"KHÔNG ĐƯỢC KHÁM ÂM ĐẠO BẰNG TAY TẠI KHOA PHÒNG"

- Chú ý:
 - + Nguy cơ thai suy trường diễn khá thường gặp trong BN nhau tiền đạo
 - + Trong trường hợp nhau tiền đạo (đặc biệt là nhau mặt trước/BN có vết mổ sanh cũ, cần đề phòng nguy cơ *nhau cài răng lược*. Cần làm thêm SÂ màu hay MRI để góp phần chẩn đoán (trong thực tế rất khó chẩn đoán nếu nhau cài răng lược ở dạng placenta accreta hay placenta increta). XN α FP ↑↑ không đặc hiệu)

2. ĐIỀU TRỊ NHAU TIỀN ĐẠO KHÔNG RA HUYẾT NHIỀU

Đánh giá độ trưởng thành của thai (xem phụ lục), lượng máu mất và vị trí bánh nhau

2.1 Thai non tháng (< 36tuần) → Hướng kéo dài thai kỳ

- Giảm gò tối đa (nếu có cơn gò). Ưu tiên bắt đầu bằng SALBUTAMOL (TTM) hay NIFEDIPINE (ngậm dưới lưỡi) (xem thêm PĐ “Đọa sanh non).
- Tăng độ trưởng thành phổi thai nhi
 - + CELESTENE 12 mg x 2 (TB cách 12 giờ)
- Theo dõi sát:
 - + Dấu sinh tồn
 - + Huyết ÂĐ
 - + Cử động thai
 - + Có thể theo dõi Hct mỗi 3-7 ngày
 - + Có thể làm NST mỗi tuần hay 2 lần/tuần
- Cân nhắc truyền máu nếu BN có tình trạng thiếu máu (ưu tiên HCĐĐ)
- Đăng ký sẵn 2 đơn vị máu
- Chỉ định mổ cấp cứu nếu nhau tiền đạo ra huyết nhiều và/hay có rối loạn huyết động học

2.2 Thai đủ trưởng thành → Chấm dứt thai kỳ

- Nhau tiền đạo bán trung tâm/trung tâm (type 3-4/SÂ) → Mổ lấy thai (có thể mổ chủ động hay ngay khi bắt đầu chuyển dạ)
- Nhau bám thấp/mép (type 1-2/SÂ) → Cân nhắc giữa mổ lấy thai với khả năng tia ối khi vào chuyển dạ để theo dõi sanh ngã ÂĐ

2.3 Nghi ngờ nhiều khả năng nhau cài răng lược (qua SÂ hay MRI)

- Chuẩn bị mổ lấy thai chủ động
 - + Chuẩn bị 10 đơn vị máu
 - + Báo BS Gây mê hồi sức
 - + Có thể mời BS niệu khoa hỗ trợ cuộc mổ
- Khi mổ cần cân nhắc khả năng *mổ dọc đáy thân + không bóc nhau + cắt TC hoàn toàn ± thắt ĐM hạ vị*

3. NHAU TIỀN ĐẠO RA MÁU NHIỀU

3.1 Bệnh cảnh lâm sàng

- Ra huyết ÂĐ nhiều
- Hội chứng trụ tim mạch có thể có
- Có thể đã biết nhau tiền đạo (qua SÂ trước đó)

3.2 Điều trị cấp cứu

3.2.1 Thở oxygen liên tục (6-8 l/p)

3.2.2 Xử trí shock mất máu:

- Thiết lập 1-2 đường truyền (catheter)
- Truyền dung dịch NaCl 0.9% hay Lactated Ringer's tốc độ tối đa
- Dung dịch keo (Gelafundin, Heasteril...) có thể sử dụng (không phải là lựa chọn đầu tay)
- Báo xin ít nhất 4 đơn vị máu đông nhóm, truyền máu ngay
 - + Nên đặt CVP để theo dõi quá trình hồi sức tuần hoàn
 - + Thuốc vận mạch không phải là lựa chọn đầu tay; khi quyết định dùng phải đảm bảo lưu lượng tuần hoàn đã được bồi hoàn

3.2.3 Chuyển bệnh nhân vào PHÒNG MỔ ngay lập tức

- Tiếp tục hồi sức bệnh nhân
- Chuẩn bị khám ÂĐ và chuẩn bị mổ cấp cứu (Double Set-up)
 - + Máu ÂĐ vẫn ra nhiều hay có rối loạn huyết động học hay nhau tiền đạo trung tâm hay chiếm >2/3 ổ cổ TC Π Mổ sanh cấp cứu
 - + Máu ÂĐ ra ít+ nhau bám mép+ cổ TC thuận lợi Π có thể xé ối theo dõi sanh ngã ÂĐ
- *Nếu BN ra huyết ÂĐ làm thay đổi huyết động học (đặc biệt là khi có shock mất máu) → chỉ định mổ sanh cấp cứu

3.2.4 Mổ sanh nhau tiền đạo

- Đường rạch da: nên chọn đường dọc giữa vì cơ động, có thể mở rộng
- Đường rạch cơ TC: cân nhắc giữa rạch ngang đoạn dưới TC (chỉ định khi đoạn dưới TC thành lập khá tốt) và rạch dọc thân TC và rạch dọc đoạn dưới TC (chỉ định khi đoạn dưới TC thành lập kém/ đoạn dưới có quá nhiều mạch máu to/ thai non tháng/ ngôi thai bất thường- ngôi ngang...)
- Cầm máu:
 - + May cầm máu tại chỗ nhau bám với chromic O (trường hợp nhau bám mặt trước thì may xuyên từ thành trước đoạn dưới TC)
 - + Nếu vẫn còn chảy máu: cân nhắc các biện pháp
 - Thắt ĐM TC 2 bên
 - Thắt ĐM hạ vị

- May mũ B-Lynch cải tiến
- Đặt baloon chèn vào đoạn dưới TC
- + Nếu các biện pháp trên thất bại → cắt TC hoàn toàn
- Theo dõi hậu phẫu/hậu sản gần đóng vai trò rất quan trọng
- + Theo dõi dấu sinh tồn, huyết ÂĐ, co hồi TC...

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương