**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.

**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.

+ Thắt 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.