

NHAU BONG NON

Ts. Bs. Huỳnh Thị Thu Thủy
Phó Giám Đốc – Bệnh viện Từ Dũ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Định nghĩa được nhau bong non.
2. Nêu ra được những tình huống có khả năng gây nhau bong non.
3. Mô tả được những triệu chứng điển hình của nhau bong non.
4. Trình bày được diễn tiến và biến chứng của nhau bong non đối với mẹ và con.
5. Trình bày được cách xử trí trong nhau bong non.

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhau bong non là 1 cấp cứu trong sản khoa, xảy ra đột ngột, diễn tiến nhanh chóng, trong chốc lát từ nhẹ có thể trở thành nặng, thường gây tử vong cho thai nhi và đe dọa tính mạng người mẹ do tình trạng mất máu, biến chứng rối loạn đông máu hay vô niệu. Do vậy cần phải chẩn đoán thật sớm, xử trí hết sức khẩn trương. Càng sớm và khẩn trương bao nhiêu thì càng có lợi cho mẹ và thai bấy nhiêu, nhất là ở hình thái nhẹ thì có khả năng cứu được cả mẹ lẫn con.

Định nghĩa: Nhau bong non là trường hợp nhau bám đúng vị trí nhưng bị bong sớm trước khi sổ thai do sự hình thành khối máu tụ sau nhau. Khối máu tụ này lớn dần làm bong dần bánh nhau khỏi thành tử cung làm cắt đứt trao đổi tuần hoàn giữa mẹ và con gây hậu quả tất yếu là thai chết, xảy ra trong 3 tháng cuối thai kỳ.

Thuật ngữ: Placental abruption, Abruption placentae. Theo tiếng La tinh *Abruption placentae* nghĩa là *rending asunder* của bánh nhau, chứng tỏ một tai nạn xảy ra đột ngột, đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất của biến chứng này.

Tần suất : nhau bong non thay đổi do việc sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. Tùy theo mỗi tác giả nên tỉ lệ nhau bong non cũng khác nhau. Ví dụ trong giai đoạn II của chuyển dạ, khi thai được tống xuất chậm từ tử cung vào âm đạo, nhau có thể bong một phần, với những trường hợp này, một số tác giả chẩn đoán là nhau bong non nhưng một số khác thì không chấp nhận.

Theo Karegard và Gennser (1986) tần suất là 1/225. Theo Ananth và cs (1999) tổng quan từ 13 nghiên cứu trên gần 1.6 triệu thai kỳ báo cáo tần suất là 1/155.

Tại Việt Nam, tần suất là 0,38 – 0,60% (Bệnh viện C Hà Nội- 1961)

Tần suất nhau bong non cũng như thể nặng giảm theo thời gian, 1956 – 1967 theo Pritchard và Brekken là 1/420. Nhờ vào sự chăm sóc, quản lý thai nghén tốt, phương tiện vận chuyển cấp cứu được cải thiện nên tần suất nhau bong non thể nặng giảm 1/830 (1974 – 1989, Pritchard và cs). Từ 1988 – 1999, tần suất giảm còn 1/1550.

Sự tái phát của nhau bong non: thay đổi tùy tác giả: Theo Paterson (1979) là 1/18, Pritchard và cs (1970) 1/10 và theo Hibbard và cs là 1/6. Sự tái phát này làm cho lần mang thai sau trở thành thai kỳ có nguy cơ cao. Vấn đề điều trị cho thai kỳ sau rất khó và nhau bong non có thể xảy ra đột ngột vào bất kỳ thời gian nào, ngay cả rất sớm mà

không có dấu hiệu báo trước. Sasaki và Compton (1976) cho rằng NST và ST vẫn bình thường trong khoảng 14 giờ trước khi nhau bong non, ngay cả nhau bong non nặng gây chết thai nhanh.

Bệnh suất và tử suất chu sinh: Trong hầu hết các báo cáo, *tử suất sơ sinh* trong nhau bong non khoảng 25%. Theo Ananth và cs (1999) nghiên cứu trên 530 trường hợp nhau bong non, nhận thấy có 40% trường hợp *sanh non*. *Thai chết lưu* do những nguyên nhân khác giảm đáng kể, trong khi đó thai lưu do nhau bong non đặc biệt cao. Ví dụ, 12% thai chết lưu trong 3 tháng cuối thai kỳ là hậu quả của nhau bong non (40.000 ca sanh 1992 đến 1994 tại bệnh viện Parkland, báo cáo Cunningham và Hollier, 1997). Tần suất này tương tự với báo cáo của Fretts và Usher (1997) nghiên cứu trên 60.000 ca sanh tại BV. Royal Victoria ở Montreal 1978 – 1995, nhau bong non là nguyên nhân hàng đầu 15%. Điều quan trọng là ngay cả bé còn sống, có nhiều di chứng nghiêm trọng, Theo Abdella và cs (1984), 14% có di chứng thần kinh đáng kể trong năm đầu tiên của đời sống.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chính xác gây nhau bong non chưa được biết rõ. Các tình trạng sau được gợi ý là yếu tố bệnh nguyên:

1. **Nhau bong non thường gặp** ở người *con rạ, lớn tuổi* hơn là người sanh con so.
2. **Nhau bong non hay gặp** ở những người có *tiền sử sản khoa xấu* như sẩy thai liên tiếp, thai chết lưu, thai chết chu sản, có khi gặp ở những người trước đó có nhau bong non thể nhẹ.
3. **Chủng tộc.** Nghiên cứu trên 169.000 ca sanh tại BV. Parkland, nhau bong non thường gặp ở người Mỹ- Châu Phi và Mỹ da trắng (1/200), kế đó là người Châu Á (1/300) và sau cùng là người Mỹ Latinh (1/450)
4. **Những sang chấn cơ học vào tử cung** có thể là 1 nguyên nhân gây nhau bong non. Chấn thương có thể do:
 - + 1 sang chấn trực tiếp vào vùng bụng (té ngã, bị đánh, giao hợp thô bạo..)
 - + đầu kim đâm trúng lá nhau khi chọc dò ối không đúng chỗ.
 - + Thủ thuật ngoại xoay thai không đúng kỹ thuật có thể trì kéo dây rốn gây nhau bong non.
 - + Sanh thai thứ nhất trong song thai mà kéo mạnh vào dây rốn.Một điều đáng chú ý trong sang chấn máu có thể tụ lại sau nhau gây ra nhau bong non, nhưng bệnh cảnh lâm sàng không đến nỗi nặng nề như những trường hợp nhau bong non vì bệnh lý chung.
5. **Tình trạng cao huyết áp** bao gồm: cao huyết áp do thai, cao huyết áp mãn tính, các bệnh mạch máu- thận là những yếu tố thuận lợi gây nhau bong non. Phân nửa trường hợp nhau bong non thể nặng có cao huyết áp (Morgan và cs 1994). Tuy nhiên theo Witlin và cs (1999), mức độ trầm trọng của TSG không liên quan đến tần suất của nhau bong non. Sibai và cs 1998 báo cáo 1.5% phụ nữ mang thai có cao huyết áp mãn bị nhau bong non. Ananth và cs (1999) báo cáo tần suất nhau bong non tăng gấp 3 lần trên những người có cao huyết áp mãn và tăng 4 lần khi có TSG nặng. Tuy nhiên, giữa nhau bong non và các bệnh lý nói trên, cái nào là nguyên nhân, cái nào là hậu quả thì còn đang bàn cãi.

Theo Williams: Nhau bong non là hậu quả của TSG. Trường phái của Williams cho rằng trong các trường hợp TSG nặng và kéo dài, có những tổn thương cấp tính gây viêm tắc các mạch máu. Trong lòng các mạch máu xuất hiện từng đám thực bào làm cho các sinh sợi huyết tăng sinh và tan vỡ ra, rồi tụ tập lại trên các thành mạch. Trên các mạch máu tử cung và bánh nhau, hiện tượng này làm hoại tử lớp màng rụng ở bánh nhau, do đó máu chảy ra và tụ lại sau nhau làm cho bánh nhau bong dần.

Theo Volkaer: Nhau bong non là nguyên nhân của TSG. Ông thấy rằng nếu quản lý thai nghén tốt để làm giảm tỉ lệ TSG thì tỉ lệ nhau bong non vẫn không giảm. Ông giải thích rằng nhau bong non gây chảy máu đột ngột, cơ thể có phản ứng tự vệ làm các mạch máu co lại, dẫn đến tăng huyết áp giả tạo trong một lúc nào đó. Thêm vào đó cơ tử cung lại giải phóng ra Serotonin, tình trạng xuất huyết và nhiễm độc ngày càng nặng thêm. Sự thiếu máu ở thận sau shock sẽ làm xuất hiện protein niệu. Phù cũng là hậu quả của thiếu máu.

Từ những nhận xét này, trên lâm sàng ta cần chú ý, không nhất thiết phải có TSG mới chẩn đoán nhau bong non để không bỏ qua các trường hợp đáng tiếc.

6. **Vỡ ối non.** Gonen và cs 1989 báo cáo tần suất 5.6% nhau bong non xảy ra trên 143 thai kỳ với tuổi thai dưới 34 tuần có vỡ ối trên 24 giờ. Major và cs (1995) mô tả tần suất 5% trong 756 phụ nữ có vỡ ối với tuổi thai từ 20 đến 36 tuần. Phân tích tổng hợp trên 54 nghiên cứu, Ananth và cs (1996) nhận thấy vỡ ối non có nguy cơ nhau bong non gấp 3 lần.
7. **Dây rốn ngắn bất thường,** tử cung bất thường hoặc tử cung có khối u là những nguyên nhân hiếm gặp.
8. **Hút thuốc lá.** Ananth và cs (1999) báo cáo nguy cơ nhau bong non tăng gấp 2 lần trên những phụ nữ có hút thuốc lá. Nguy cơ này tăng từ 5 đến 8 lần nếu người hút thuốc có kèm cao huyết áp mãn hoặc TSG nặng.
9. **Nghiện cocaine.** Hoskins và cs 1991 báo cáo 13% nhau bong non trong 112 phụ nữ nghiện cocaine trong suốt thai kỳ. Slutsker (1992) tổng hợp trên 10 nghiên cứu phụ nữ dùng cocaine .
10. Hiện nay, người ta nhấn mạnh đến vai trò của **sự thiếu hụt acid folic và các rối loạn chuyển hóa acid folic** trong những tháng đầu thai kỳ. Acid folic rất cần thiết cho sự tổng hợp ARN và AND, cần thiết cho sự tái tạo các tế bào sống giúp cho sự phát triển của bào thai và các phần phụ của thai. Sự thiếu hụt chất này khiến các tế bào nuôi không phát triển được 1 cách hoàn toàn cũng như không gắn chặt được vào lớp màng rụng. Sự thiếu chất folic acid được kiểm chứng qua việc gia tăng lượng formimino-glutamic ở các sản phụ bị nhau bong non . Volkaer nhận thấy trong nhau bong non, 96% bệnh nhân bị thiếu acid folic. Do đó trên lâm sàng:
 - + Bệnh nhân thường có tiền sử sẩy thai, sanh non, thai dị dạng.
 - + Nếu so sánh với các thai phụ sanh thường, thì số người bị thiếu máu dạng nguyên hồng cầu bị nhau bong non nhiều gấp 8 lần.
 - + Nhau bong non thường gặp trên các sản phụ có điều kiện sinh sống quá thấp, trên các thai phụ dùng nhiều thuốc ức chế acid folic như thuốc chống co giật, các thuốc sulfamide và các thuốc steroid
11. **Một số nguyên nhân khác.**
 - + Đa ối với sự giảm áp lực đột ngột trong buồng tử cung
 - + Giảm áp lực buồng tử cung sau đẻ thai thứ nhất trong song thai.

+ Tắc nghẽn bên ngoài của tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch buồng trứng được báo cáo là các nguyên nhân gây nên nhau bong non. Tuy nhiên, một vài trường hợp thắt tĩnh mạch chủ dưới hoặc tĩnh mạch buồng trứng vào 3 tháng cuối vẫn không gây nhau bong non.

+ Marbury và cs (1963) gợi ý rằng việc uống rượu cũng có khuynh hướng gây nhau bong non.

III. SINH LÝ BỆNH

Cho đến nay người ta vẫn chưa rõ cách sinh bệnh. Để giải thích bệnh lý người ta vận dụng các giả thuyết sau:

1. **Rối loạn thể dịch nội tiết.** Gây nên tình trạng nhiễm độc làm mất thăng bằng giữa hệ thống thần kinh trung ương và giao cảm, gây nên rối loạn vận mạch, đặc biệt ở các mao mạch bánh nhau và tử cung làm xuất huyết ở bánh nhau.
2. **Rối loạn nội tiết.**
 - Sự giảm các steroid nhau thai trong những tháng cuối.
 - Sự tăng các kích thích tố hậu yên.
 - Sự thay đổi các corticosteroid của andosteron và mineral corticoid. Dù xuất phát theo cách nào ta cũng cần chú ý đây là 1 bệnh lý chung toàn thân, diễn biến có tính chất toàn bộ và rất nhanh chóng. Khởi đầu của nhau bong non là sự xuất huyết vào trong màng rụng đáy. Màng rụng bong ra để lại 1 màng mỏng dính với lớp cơ tử cung. Tiếp theo là sự hình thành hematome ở màng rụng. Hematome này gây bong, chèn ép và làm phá hủy phần nhau kề cạnh nó. Ở giai đoạn sớm không có biểu hiện lâm sàng. Tình trạng này chỉ được khám phá thông qua việc khảo sát bánh nhau ngay sau sanh, sẽ thấy hiện diện 1 dấu lõm xuống, có giới hạn vài cm đường kính, được bao phủ bởi 1 cục máu đông đen. Một điều chắc chắn là phải mất ít nhất cũng nhiều phút để có được sự thay đổi giải phẫu này. Vì vậy, ở những nhau vừa mới bong dường như không có sự khác biệt gì so với bánh nhau bình thường.
 - Trong 1 số trường hợp, động mạch xoắn của màng rụng bị vỡ gây nên hematome sau nhau. Khối máu tụ này lan rộng ra, làm vỡ thêm nhiều mạch máu, máu chảy nhiều hơn, rồi ngược lại làm nhau bong nhiều hơn. Vùng nhau bong nhanh chóng lan rộng và tiến đến bờ của bánh nhau. Vì tử cung vẫn còn dẫn do còn mang thai nên không thể co lại để làm tắc nghẽn các mạch máu được.
 - Từ vách tử cung, máu có thể qua các màng thai, rồi cuối cùng chảy ra ngoài hoặc có thể được giữ lại hoàn toàn trong lòng tử cung (Nhau bong tiềm ẩn). Nhau bong tiềm ẩn xảy ra khi:
 - Có chảy máu sau nhau nhưng bờ của bánh nhau vẫn còn dính vào vách tử cung.
 - Nhau đã bong hoàn toàn nhưng các màng thai vẫn còn dính vào vách tử cung.
 - Đầu thai áp chặt vào đoạn dưới tử cung nên máu không thể chảy ra ngoài. Tuy nhiên trong đa số trường hợp, các màng thai dần dần tách khỏi vách tử cung và sớm hay muộn máu cũng chảy ra ngoài qua cổ tử cung.
 - Quá trình chảy máu được chia làm 4 giai đoạn:
 - Máu chảy tụ lại thành khối huyết tụ, khối huyết tụ to lên làm căng cứng và to cơ tử cung. Máu có thể thấm vào ổ bụng nhưng màng nhau chưa bong.
 - Khối huyết tụ và máu làm bong hẳn bánh nhau, bong dần các màng nhau ra: tách nhau và màng nhau khỏi thành tử cung.

- Máu thấm vào trong buồng ối.

Trong cả 3 giai đoạn này chỉ có xuất huyết tiềm ẩn. Tử cung căng cứng và to lên dần, có khi bánh nhau bị bong tụt hẳn xuống, bịt hẳn cổ tử cung làm cho máu không chảy ra ngoài được.

- Sau khi bong nhau và màng nhau, máu có thể qua cổ tử cung, chảy ra âm đạo. Như vậy thai phụ sẽ có chảy máu trong và chảy máu ngoài.

Cũng có khi trong những ngày gần sanh, máu chảy ít một, tụ lại thành khối huyết tụ nhỏ sau nhau. Bánh nhau bị bong ít, bệnh cảnh không rầm rộ, thai không chết. Sau khi sổ thai thấy nhau bong ngay, và sau nhau có khối huyết tụ, đó là hình thái **nhau bong non thể ẩn**.

Nhau bong non mạn: Thông thường nhất, xuất huyết từ vị trí nhau bám sẽ dai dẳng cho đến khi: (1). hoặc là sanh xong, khi đó các mạch máu được co lại hoàn toàn nhờ sự co thắt của cơ tử cung. (2). Hoặc là cho đến khi mẹ chết.

Tuy nhiên trong một số ít trường hợp, xuất huyết với khối máu tụ sau nhau vẫn được ngăn chặn hoàn toàn dù thai chưa ra. Để chứng minh cho hiện tượng này, người ta gắn vào hồng cầu mẹ chrom phóng xạ. Kỹ thuật này giúp nhận ra được những hồng cầu nằm trong cục máu đông/buồng tử cung vì nó không mang chrom phóng xạ.

IV. GIẢI PHẪU BỆNH

1. Đại thể: Cần chú ý sang thương giải phẫu bệnh có khi không phù hợp với các triệu chứng lâm sàng. Trên lâm sàng có khi bệnh cảnh nhẹ nhưng sang thương giải phẫu bệnh lại nặng và ngược lại.

Khối huyết tụ sau nhau: có thể nhỏ hoặc to, từ 500g – 1500g. Khối huyết tụ này làm nhau bong dần. Nếu khối huyết tụ nhỏ, nhau bong ít thai có thể sống. Nếu khối huyết tụ lớn, nhau bong hoàn toàn thai sẽ chết.

Nhau: Mặt nội mạc bình thường. Mặt về phía tử cung, do có khối máu tụ chèn ép nên thường lõm xuống như lòng chảo. Vùng này thường rắn đặc lại, cắt bánh nhau ra có những ổ nhồi huyết và tắc mạch.

Tử cung : các mạch máu ở vùng nhau bám bị xung huyết và vỡ ra tạo thành những mảng nhồi huyết ở cơ tử cung. Nhẹ thì chỉ có những mảng nhồi huyết ở chỗ nhau bám, nặng thì nhồi huyết khắp cả tử cung, làm cho tử cung tím bầm như trong u nang buồng trứng xoắn. Có khi sang thương lan đến dây chằng rộng, phần phụ, thận và nhiều cơ quan khác. Các ổ nhồi huyết sẽ làm tách các sợi cơ tử cung, dịch và máu sẽ thấm vào ổ bụng, cơ tử cung sẽ mất khả năng đàn hồi và co bóp, nên sau khi đẻ dễ bị đờ tử cung.

Các phần phụ và phủ tạng khác: Trong các trường hợp nặng và rất nặng, tổn thương sẽ lan tỏa đến vòi trứng, buồng trứng, thận, gan , tụy, ruột, dạ dày, mạc treo... Các sang thương nhồi huyết cũng giống ở cơ tử cung. Thường bệnh nhân chết và khi mổ tử thi sẽ thấy nhồi huyết ở toàn bộ các phủ tạng.

2. Vi thể: Qua kính hiển vi, trên các tiêu bản nhau và tử cung, sang thương vi thể thường là sang thương ở các mạch máu. Các mạch máu bị căng, vỡ, phù nề và xung huyết. Trên bánh nhau, gai nhau bị sang thương nhiều, các mạch máu vỡ và chảy máu. Trên các phủ tạng khác, mạch máu bị vỡ tạo thành ổ nhồi huyết.

V. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

Nhau bong non thường xảy ra vào 3 tháng cuối thai kỳ hay trong lúc chuyển dạ. Triệu chứng lâm sàng có thể khác nhau tùy theo thể nặng hay nhẹ. Trong trường hợp điển hình, ta có những triệu chứng sau:

Triệu chứng cơ năng

Đau vùng bụng dưới xuất hiện 1 cách đột ngột. Lúc đầu vị trí đau khu trú ở vùng tử cung, sau đó đau lan khắp cả bụng. CƠN ĐAU CÓ TÍNH CHẤT LIÊN TỤC VÀ KÉO DÀI.

Xuất huyết âm đạo không phải lúc nào cũng có. Có thể máu đọng lại bên trong tử cung mà không chảy ra ngoài. Tính chất máu chảy ra là máu sậm loãng, không đông.

Có thể có **hội chứng tiền sản giật** đi kèm: huyết áp cao (nhưng khi bị choáng thì huyết áp giảm dần), protein niệu, phù.

Triệu chứng tổng quát

Choáng: Bệnh nhân hốt hoảng, da xanh, niêm nhạt, thở nhanh, tay chân lạnh. Tình trạng vật vã muốn xỉu. Cần chú ý: trong nhau bong non, thỉnh thoảng choáng không tỉ lệ thuận với lượng máu mất. Sở dĩ như vậy vì do thromboplastin từ màng rụng và nhau thai đi vào tuần hoàn mẹ và kích thích hiện tượng đông máu nội mạch. Trên thực nghiệm, người ta tiêm thromboplastin vào động vật thí nghiệm và cũng gây được tình trạng choáng nặng

Một tình trạng choáng có thể xuất hiện nhanh chóng dù lượng máu mất qua đường âm đạo không đáng kể. Điều đáng nói là tình trạng choáng này có thể khó nhận biết được sớm vì mạch có thể hơi chậm và huyết áp có thể không thấp lắm trong giai đoạn đầu.

Triệu chứng thực thể

Tử cung co cứng là triệu chứng quan trọng nhất. Tử cung co cứng 1 cách bất thường. Nếu đã có chuyển dạ thì thời gian nghỉ giữa các cơn gò rất ngắn, và lúc tử cung nghỉ, trương lực căn bản của cơ tử cung cũng cao hơn bình thường. Đo cơn gò tử cung bằng monitor sản khoa thấy: trương lực cơ bản tăng lên 30 – 40 mmHg, trương lực tử cung/ cơn gò gấp 3 – 4 lần bình thường. Trong những thể nặng, tử cung co cứng đến mức người ta ví như tử cung gỗ.

Sờ nắn bụng khó thấy được những phần thai do tử cung co cứng. Theo dõi bề cao tử cung ngày càng tăng.

Tim thai không nghe được trong những thể nặng (phong huyết tử cung nhau) vì thai đã chết. Trong những thể nhẹ hơn cũng khó nghe được tim thai bằng ống nghe gỗ do tử cung co cứng, thường diễn tiến đến suy thai nhanh chóng. Dùng Doppler theo dõi thấy tim thai thay đổi nhanh chóng.

Thăm âm đạo thấy đoạn dưới tử cung căng, màng ối căng phồng. Bấm ối có thể thấy nước ối có lẫn máu hồng.

Cận lâm sàng

CTM: không thay đổi hoặc thay đổi ít.

Sinh sợi huyết giảm hay không. Nếu có rối loạn đông máu các xét nghiệm sẽ thay đổi.

Trong nước tiểu sản phụ có sự hiện diện của protein với số lượng cao. Đây là yếu tố có giá trị trong chẩn đoán. Tuy nhiên, triệu chứng này có thể không có trong giai đoạn đầu mà chỉ xuất hiện vào những giờ sau.

Siêu âm: trong một số trường hợp, siêu âm giúp phát hiện khối máu tụ ở trong lòng tử cung. Tuy nhiên cần nhấn mạnh rằng, nếu không thấy khối máu tụ sau nhau trên siêu âm cũng không loại trừ nhau bong non.

VI. CÁC DẠNG LÂM SÀNG

1. **Thể tiềm ẩn** không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Chuyển dạ vẫn diễn tiến bình thường, bé sanh ra vẫn khỏe mạnh. Trường hợp này ta chỉ chẩn đoán được sau mổ nhau, khi quan sát mặt nhau về phía mẹ thấy có dấu ấn lõm do khối máu tụ sau nhau.

2. **Thể nhẹ** có các triệu chứng không đầy đủ, chẩn đoán trước sanh thường không rõ ràng. Đau bụng nhẹ, tử cung hơi cứng tính, không có dấu hiệu choáng, tim thai bình thường hay hơi nhanh.

3. **Thể trung bình** có dấu hiệu choáng nhẹ, tử cung co cứng nhiều, đau bụng, tim thai chậm, rời rạc.

4. **Thể nặng** còn gọi là **thể phong huyết tử cung nhau hay hội chứng Couvelaire**. Tình trạng choáng nặng, xảy ra nhanh chóng. Tử cung co cứng như gỗ. Thai chết. Thường có kèm theo các triệu chứng của hội chứng tiền sản giật- sản giật. Khám âm đạo thấy cổ tử cung bị siết cứng, không dẫn nỡ được, ối căng phồng. Trường hợp này không thể sanh ngã âm đạo được. Ta phải mổ lấy thai sớm (dù thai đã chết) để tránh những biến chứng nguy hiểm, đồng thời để quan sát các sang thương tại tử cung và tại các cơ quan lân cận. Hình thái nặng này được mô tả đầu tiên bởi Couvelaire, trong đó có sự lan rộng của máu vào cơ tử cung và dưới thanh mạc tử cung. Sự lan rộng này của máu thỉnh thoảng còn thấy ở thanh mạc tai vòi, mô liên kết của dây chằng rộng, buồng trứng cũng như phần tự do của khoang phúc mạc (do máu từ tử cung chảy vào qua ống dẫn trứng). Trong hội chứng Couvelaire, khả năng co bóp của tử cung sau sanh giảm gây hậu quả băng huyết sau sanh.

Ngoài các hình thái trên còn thấy các hình thái sau:

- **Hình thái chảy máu trong:** (30%) có dấu hiệu chảy máu trong, choáng nặng, tử cung to nhanh, thai chết, có khi tiếp theo chảy máu trong là chảy máu ngoài.
- **Nhau bong non phổi hợp xung khắc máu mẹ và máu con.**
- **Nhau bong non tái diễn.**
- **Nhau bong non + nhau tiền đạo (20%):** đầu tiên có dấu hiệu nhau tiền đạo, sau đó là các dấu hiệu của nhau bong non, chảy máu ngoài nhiều, thai thường chết.

VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. **Đa ối cấp:** thường xảy ra vào tháng 5 – 6 của thai kỳ, tử cung to nhanh, không có dấu hiệu TSG, không chảy máu, thai thường dị dạng.

2. **Nhau tiền đạo:** khởi đầu yên lặng nhẹ nhàng, chảy máu đỏ tươi đông cục, máu chảy ra ngoài, tình trạng thiếu máu tương ứng với lượng máu mất. Không đau bụng, chỉ đau từng cơn khi vào chuyển dạ, không co cứng tử cung, tim thai nghe bình thường, ngôi thai có thể bất thường.

3. **Vỡ tử cung:** có dấu hiệu dọa vỡ, tim thai không nghe, không dấu TSG, có thể có những nguyên nhân sanh khó như khung chậu hẹp, ngôi bất thường...

VIII. DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Thường thường, sau khi nhau bong, chuyển dạ sẽ bắt đầu khởi phát. Mặc dù tử cung co cứng nhưng chuyển dạ thường tiến triển rất nhanh. Tuy nhiên, đôi khi chuyển dạ không

xảy ra, tình trạng mẹ càng ngày càng trầm trọng và có nhiều biến chứng đáng ngại xảy ra.

Choáng mất máu. Điều cần lưu ý là lượng máu bị ứ lại trong lòng tử cung có thể rất nhiều so với lượng máu chảy ra ngoài âm đạo. Choáng vừa là triệu chứng vừa là biến chứng. Cần chú ý sau khi nhau và thai ra, choáng thường nặng thêm do: tử cung đang căng to được giải phóng đột ngột, các độc tố serotonin đột nhập vào máu mẹ như khi ta mở nơi garô ở người bị đung dập nặng, chảy máu nhiều. Choáng là nguyên nhân chính của tử vong. Lacomme-Weyneroch Snoch thấy 9/10 tổng số nhau bong non chết là do choáng. Vì vậy cần hết sức chú ý chống choáng.

Rối loạn đông máu. Do thiếu sinh sợi huyết. Biến chứng này thường phát hiện sau sổ nhau, thấy máu loãng vẫn tiếp tục chảy ra âm đạo, không đông. Biến chứng này càng nặng nếu diễn biến của nhau bong non càng kéo dài. Vì vậy, cần được khám phá kịp thời để có ngay hướng trị liệu thích ứng. Cơ chế gây rối loạn đông máu trong nhau bong non: thromboplastin từ màng rụng và nhau thai đi vào tuần hoàn mẹ kích thích hiện tượng đông máu nội mạch. Hậu quả của hiện tượng này là:

- Làm giảm các yếu tố đông máu do tăng tiêu thụ
- Hoạt hóa plasminogen thành plasmin. Plasmin làm ly giải fibrin tạo ra các sản phẩm thoái hóa của fibrin. Các sản phẩm này có tác dụng chống đông máu gây nên chảy máu.

Theo kinh nghiệm BV. Parkland thấy rối loạn đông máu trong nhau bong non thường xảy ra trong vòng vài giờ ngay cả vài phút sau khi khởi phát cơn đau hay sau chảy máu và thường là không trở nên xấu hơn ngoại trừ tác dụng hòa loãng do truyền nhiều máu toàn phần hoặc Ringer lactate.

Càng chảy máu càng dễ bị rối loạn đông máu, và càng rối loạn đông máu thì lại càng gây chảy máu. Cơ chế chảy máu rất phức tạp, theo Bret và Bardiawe “Không phải máu không đông gây ra nhau bong non mà chính nhau bong non gây ra máu không đông”

Vấn đề chẩn đoán đông máu nội mạch lan tỏa trong nhau bong non:

- Toàn thân có dấu hiệu choáng nặng.
- Chảy máu nhiều, máu đen loãng không đông.
- Có đám máu tụ hoặc đang rỉ máu ở các chỗ tiêm chích.
- Nếu đang mổ, tại vết mổ máu chảy nhiều rất khó cầm máu
- XN: 3 tiêu chuẩn chính:
 - Tiểu cầu < 100.000/mm³.
 - Fibrinogen giảm
 - TQ kéo dài
- Các XN khác:
 - TS kéo dài
 - TC kéo dài.
 - TCK dài
 - Ethanol (+)
 - Volkaula (+)

Tình trạng vô niệu. Trong phần lớn các trường hợp, vô niệu do ảnh hưởng của tình trạng choáng, tụt huyết áp, gây hoại tử ống thận cấp (theo Slike và cs 1980). Tiên lượng cho những trường hợp này có thể phục hồi được. Trong một số trường hợp khác, vô niệu là do sự hoại tử không hồi phục của lớp vỏ thận (6/10 trường hợp, theo Krupp và cs 1970). Tiên lượng trong trường hợp này rất xấu, có thể dẫn đến tử vong. Cần phải theo dõi lượng nước tiểu của sản phụ trong những ngày đầu sau sanh hoặc sau mổ để kịp thời

phát hiện được những biến chứng nguy hiểm này. Biểu hiện: đái ít hay vô niệu, đau vùng hông, Urê máu cao, Urê niệu giảm.

Nhiễm trùng hậu sản và viêm tắc tĩnh mạch: xảy ra trong những ngày đầu sau sanh trong những trường hợp nhau bong non có chảy máu nhiều.

Những di chứng lâu dài:

- Viêm gan cấp.
- Viêm thận mạn.
- Viêm tuyến thượng thận
- Cao huyết áp

IX. ĐIỀU TRỊ

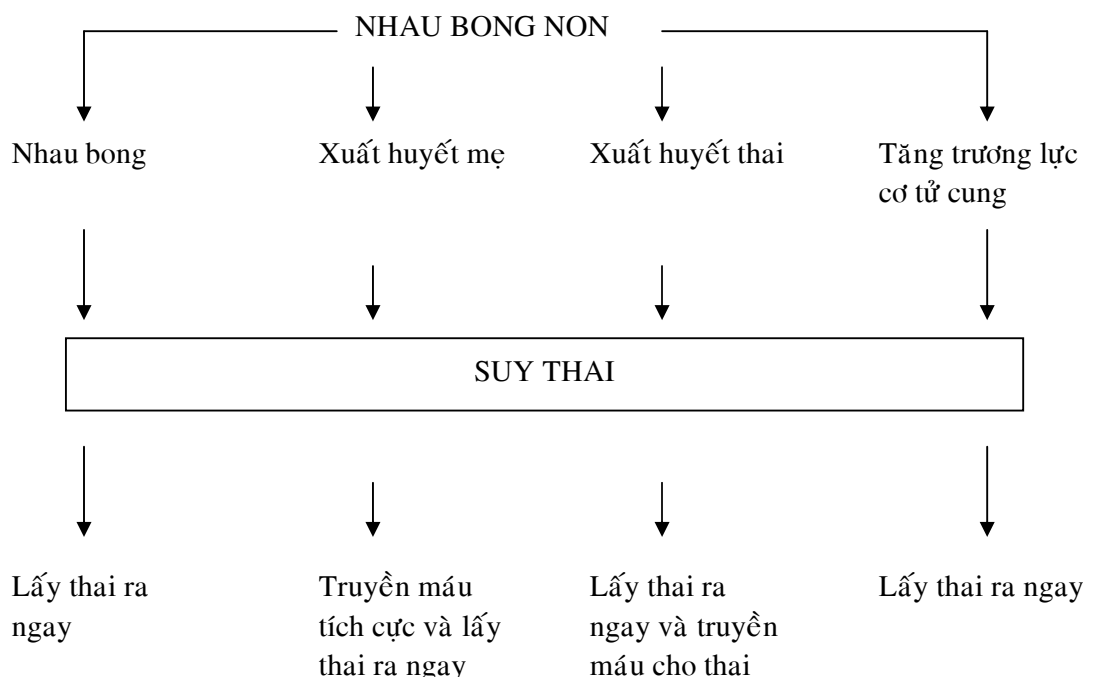
A. Những vấn đề có liên quan đến điều trị nhau bong non cần nắm:

1. Việc điều trị nhau bong non phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng của mẹ và thai

- Nếu chảy máu ngoài tử cung, cần điều trị tích cực với truyền máu toàn phần và dung dịch điện giải, kết hợp với lấy thai ra ngay để cố gắng kiểm soát xuất huyết, làm như thế này để đảm bảo an toàn cứu mẹ và hy vọng cứu được thai nhi.
- Nếu máu mất ít, việc điều trị tùy thuộc vào tình trạng của thai. Nếu không có các dấu chứng của suy thai như nhịp chậm kéo dài, nhịp nhanh trầm trọng hoặc có hình sin và xuất huyết mẹ không gây giảm thể tích máu và thiếu máu trầm trọng thì có thể điều trị trì hoãn với điều kiện phải sẵn sàng mọi phương tiện để có thể can thiệp tức thời.
- Nếu nhau bong nhiều, thường tim thai sẽ giảm trầm trọng, đặc biệt khi có cơn gò tử cung. Tuy nhiên, nếu tim thai không giảm trầm trọng, điều này không đảm bảo sự an toàn của thai trong môi trường tử cung, vì nhau có thể bong thêm bất kỳ lúc nào, và chẳng bao lâu, tình trạng suy thai trầm trọng thậm chí thai chết có thể xảy ra.

2. Dựa vào nguyên nhân gây suy thai trong nhau bong non

Một vài nguyên nhân tức thời gây suy thai trong nhau bong non có thể được tóm lược trong bảng sau. Nếu phân biệt được các nguyên nhân này sẽ giúp cho chúng ta rất nhiều trong việc điều chỉnh tình trạng suy thai cho hợp lý.



3. Việc dùng thuốc giảm co

Ritodrine và các chất chủ vận β khác không được khuyến dùng vì nó gây giãn mạch cũng như có ảnh hưởng ngược lại lên tim của mẹ.

Astedt (1982) đã nhấn mạnh những nguy cơ khi sử dụng chất chủ vận β để ngăn chặn chuyển dạ. Theo Astedt, thuốc chủ vận β có thể làm giảm đau và giảm trương lực cơ (là những steroid đặc hiệu của nhau bong non nặng), nên nhau bong non có thể tiếp tục xảy ra mà ta không nhận biết được, đặc biệt những trường hợp không có xuất huyết bên ngoài.

B. Điều trị

Việc điều trị nhau bong non bao gồm điều trị song song 3 vấn đề:

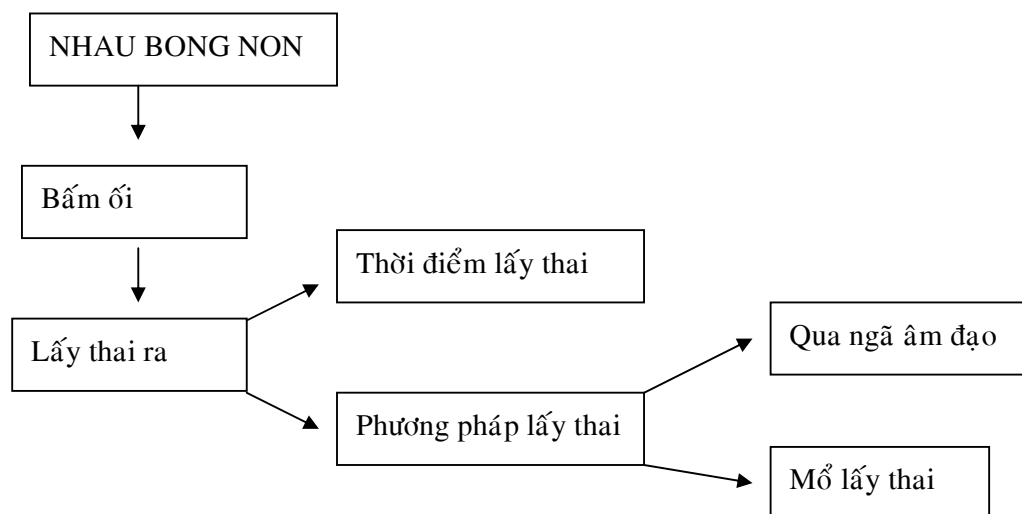
- Điều trị nội khoa
- Điều trị sản khoa
- Điều trị biến chứng

1. Điều trị nội khoa

- Mục đích của điều trị nội khoa là nhằm chống choáng cho bệnh nhân bằng cách truyền trả lại máu và dung dịch điện giải.
- Nên áp dụng nguyên tắc cơ bản về điều trị xuất huyết trong sản khoa: máu và dung dịch muối đẳng trương (hoặc Ringer lactate) phải được truyền với tỉ lệ thích hợp sao cho duy trì được : 1.Hct \geq 30% 2. Nước tiểu ít nhất là 30ml/giờ, thích hợp nhất là 60ml/giờ.

2. Điều trị sản khoa

Quy trình điều trị sản khoa có thể tóm tắt như sau



a. Bấm ối.

Bấm ối càng sớm càng tốt là vấn đề điều trị có hiệu quả nhất trong nhau bong non vì:

- Làm giảm áp lực trong buồng ối → làm chậm quá trình bong nhau

- Lượng nước ối giảm → làm giảm sự đi vào tuần hoàn mẹ của thromboplastine → làm giảm tắc mạch và giảm DIC (phải làm giảm áp lực buồng tử cung từ từ = tia ối để hạn chế choáng do giảm buồng tử cung đột ngột)

b. Thời điểm lấy thai ra

Ngoại trừ những trường hợp nhẹ chảy máu rất ít, những trường hợp còn lại phải cho thai ra càng sớm càng tốt vì các lý do sau:

- một số thai thường chết ngay sau khi mẹ nhập viện và chờ sổ thai.
- Tỷ lệ tử vong sơ sinh tăng khi thời gian từ khi nhau bong đến khi sanh kéo dài.
- Không thể kiểm soát được tình trạng chảy máu nếu như tử cung không trống.

Trước đây thời gian cho thai ra trong vòng 6 giờ là được ủng hộ và người ta thấy rằng tỷ lệ tử vong mẹ sẽ giảm nếu lấy thai ra trong khoảng thời gian này.

Theo kinh nghiệm của trường đại học Virginia và BV. Parkland, thời điểm chấm dứt thai kỳ nên dựa vào hiệu quả của liệu pháp truyền dịch, đặc biệt là máu hơn là khoảng thời gian từ khi có triệu chứng đến khi cho sanh.

c. Sanh qua ngã âm đạo

- Sanh ngã âm đạo được ưa chuộng hơn nếu tình trạng mẹ tốt và tiên lượng đẻ nhanh khi Cổ tử cung mở 4 – 5cm và ngôi thai đã lọt vào tiểu khung.
- Sanh ngã âm đạo được ưa chuộng vì nếu mổ lấy thai sẽ có nguy cơ chảy máu thành bụng và vết mổ tử cung trong trường hợp rối loạn đông máu. Mặt khác, sự cầm máu tại vị trí nhau bám nhờ vào: sự co bóp của cơ tử cung, sự co thắt các mạch máu ở trong cơ tử cung tại vị trí nhau bám.
- Vấn đề dùng oxytocin để kích thích cơn gò tử cung khi cho sanh ngã âm đạo được xem là có lợi. Tuy nhiên khi dùng oxytocin/ nhau bong non phải được theo dõi cẩn thận để tránh vỡ tử cung, đặc biệt ở sản phụ đa sản hoặc có bất xứng đầu chậu. Người ta ngần ngại khi dùng oxytocin trong nhau bong non vì oxytocin sẽ làm tăng sự đi vào tuần hoàn mẹ của thromboplastin, do đó kích thích hoặc làm tăng bệnh đông máu tiêu thụ. Tuy nhiên, không có bằng chứng rõ ràng cho sự lo sợ này.

d. Mổ lấy thai: được chỉ định trong:

- Nếu thai sống, tim thai (+), ngôi thai chưa lọt và tiểu khung, cổ tử cung đóng, không thể chuyển dạ và sanh nhanh được, khi đó mổ lấy thai có lợi cho cả mẹ và con.
- Thai chết nhưng mất máu quá nhiều đe dọa tính mạng mẹ. Khi đó mổ lấy thai nhằm 2 mục đích:
 - Lấy thai và nhau ra, tử cung sẽ co hồi lại thực hiện việc cầm máu sinh lý.
 - Quan sát kỹ các sang thương ở tử cung và cơ quan lân cận. Trường hợp phong huyết tử cung nhau, tử cung bị bầm tím có thể cần cắt bỏ tử cung. Tuy nhiên khuyến khích hiện nay chỉ cắt bỏ tử cung khi tử cung bị đờ, không co hồi tốt.

3. Điều trị biến chứng

a. Biến chứng rối loạn đông máu

Người ta rất lo lắng vì tốc độ cũng như cường độ rối loạn đông máu. Rối loạn đông máu thường xuất hiện trong vòng 1 vài giờ, thậm chí vài phút sau khi khởi phát đau hoặc chảy máu.

Có thể dùng các chất sau:

- **Fibrinogen và chất kết tủa lạnh:** Fibrinogen được dùng trong những trường hợp nhau bong noncos giảm fibrinogen máu trầm trọng. Một số người lo ngại rằng việc dùng fibrinogen giống như việc đổ dầu vào lửa trong việc gây ra đông máu nội mạch lan tỏa, với hậu quả lắng đọng fibrin và tắc nghẽn vi tuần hoàn ở các cơ quan, đặc biệt là thận, thượng thận tuyến yên, não. Tuy nhiên không có bằng chứng về hậu quả này khi dùng liều 4 – 8 gam. Dùng 4 gam Fibrinogen làm tăng nồng độ Fibrinogen trong huyết tương khoảng 100mg%. Có thể dùng chất kết tủa lạnh thay thế cho Fibrinogen, nhưng nguy cơ viêm gan khi dùng loại này là đáng kể. Để tránh dùng Fibrinogen và chất kết tủa lạnh, cần phải hạn chế tối đa các chấn thương ở đường sinh dục trong sanh thường. Không cất tâng sinh môn nếu thai nhỏ hoặc tâng sinh môn dân tốt. Kích thích tử cung = oxytocin ngay và xoa bóp đáy tử cung nếu không co tốt. Ngay cả trong mổ lấy thai, Fibrinogen chỉ được cho khi có bằng chứng rõ ràng về sự rối loạn đông máu.
- **Các yếu tố đông máu khác:** thường thấy giảm yếu tố V, VIII và tiểu cầu. Nếu tiểu cầu < 50.000/mm³, phải truyền TC ngay. Bình thường sự giảm đông máu được cải thiện 24 giờ sau sanh, tiểu cầu phục hồi chậm hơn 2-4 ngày sau sanh.
- **Heparin:** việc dùng heparin để ngăn chặn sự lan tràn của đông máu nội mạch lan tỏa trong nhau bong non chỉ được đề cập trong những trường hợp bất buộc sử dụng. Không nên dùng heparin vì các lý do sau: Các kích thích đối với đông máu nội mạch sẽ chấm dứt sau sanh. Thật ra, rối loạn đông máu trầm trọng thường xảy ra trong suốt thời gian nhau bong và một giai đoạn ngắn sau đó. Với các phương tiện điều trị như trên cũng đủ đem lại kết quả tốt.
- **ε Amnocapril Acid:** Tác nhân này được dùng để kiểm soát sự ly giải fibrin qua việc ức chế sự biến đổi plasminogen thành plasmin và hoạt động proteolytic của plasmin lên fibrinogen, Fibrinmonomer và Fibrinpolymer. Liều dùng 8 – 12gam.
- **Cắt tử cung:** Khi có thiếu hụt về sự đông máu. Các phẫu thuật lớn dường như làm tình trạng xuất huyết nặng nề hơn. Vì vậy, không nên cắt tử cung phòng ngừa. Thỉnh thoảng cũng phải chỉ định cắt tử cung trong trường hợp đỡ. Nên cắt tử cung toàn phần.

b. Biến chứng vô niệu

Với bệnh nhân thiếu niệu, việc dùng Furosemide có hại > có lợi. Nếu việc truyền dịch tích cực vẫn không làm cải thiện tình trạng thiếu niệu → cần đo CVP khi tiếp tục truyền thêm dịch. Việc đo CVP không phát hiện sớm tình trạng xung huyết phổi. Do đó nên cần theo dõi thêm các dấu hiệu như khó thở, ho và rale ở phổi. Nếu xung huyết phổi xảy ra thì dùng Furosemide có lợi. *Nếu có vô niệu kéo dài 24 – 48 giờ:* truyền nhanh dung dịch Mannitol và tiêm tĩnh mạch Furosemide (với điều kiện đã bù đủ thể tích). Nếu không hiệu quả phải chạy thận nhân tạo hay thẩm phân phúc mạc.

X. TIỀN LƯỢNG VÀ DỰ PHÒNG

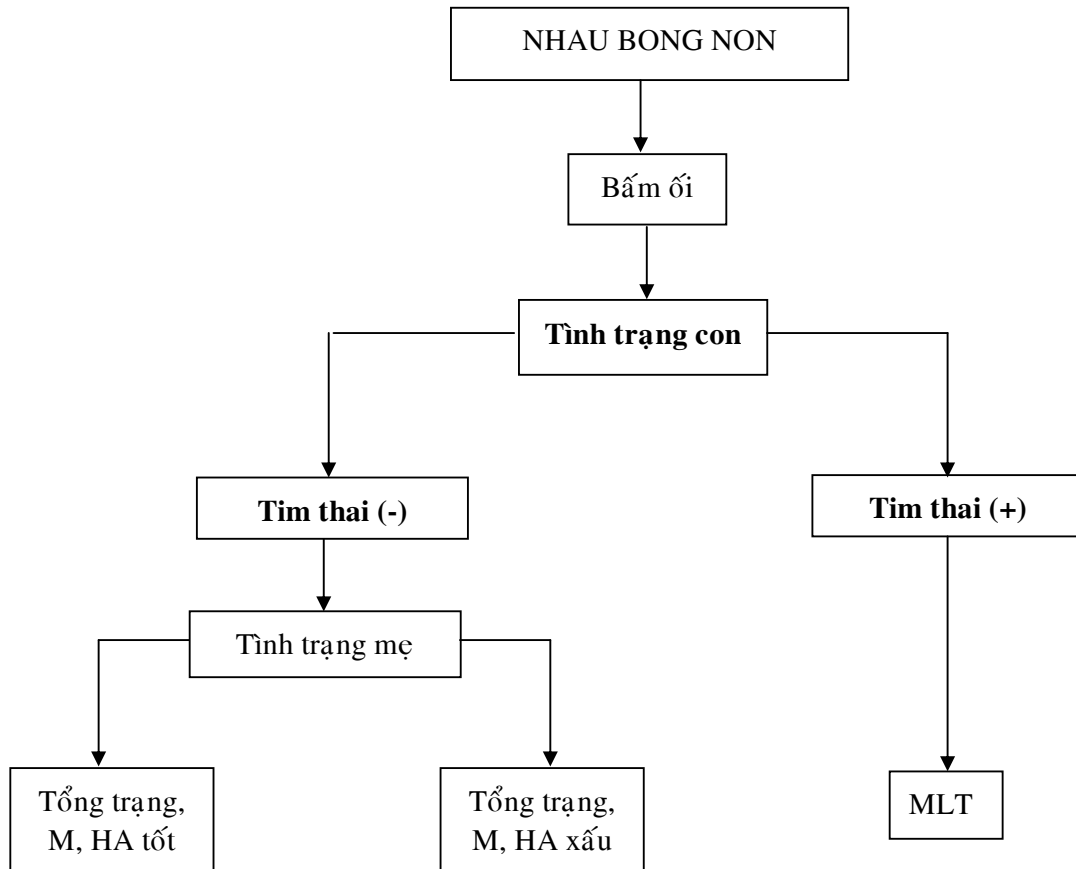
- **Tiền lượng:** phụ thuộc vào:
 - Hình thái lâm sàng.
 - Thái độ xử trí của thầy thuốc.
 - Phương tiện gây mê, hồi sức.
- **Dự phòng:** Hiện nay vì chưa rõ nguyên nhân nên không có phương pháp phòng bệnh hữu hiệu, việc phòng bệnh chỉ ngang mức:
 - Tổ chức mạng lưới khám thai, đăng ký quản lý thai nghén tốt.

- Phát hiện sớm TSG, viêm thận mạn, cao huyết áp để điều trị tốt.
- Để giảm tỉ lệ tử vong mẹ cần chẩn đoán và xử trí sớm.

XI. KẾT LUẬN

Tóm lại, nhau bong non là một biến chứng nguy hiểm, xảy ra đột ngột và diễn tiến rất nhanh. Trong những thể nặng, tử vong con rất cao, từ 70 – 100%. Tiên lượng mẹ cũng bị đe dọa nặng nề bởi các biến chứng nguy hiểm như choáng, rối loạn đông máu và vô niệu. Tỷ lệ tử vong mẹ là 1 – 4%.

Vì vậy, cần phải chẩn đoán và xử trí kịp thời, hồi sức tích cực và điều trị nhanh chóng hầu bảo vệ tính mạng của người mẹ và giảm bớt được tỷ lệ tử vong con.



- Giảm trương lực cơ (Buscopan 20mg TM)
- Tăng cường độ co (Oxytocin truyền TM)
- Lấy thai ra trong vòng 2 giờ từ khi bắt đầu NBN

- Cắt tử cung khi có:
 - RLĐM
 - Đờ TC
- TC bầm đen mà co hồi tốt (utérus de courelaire) thì có thể giữ TC cho người còn trẻ, chưa con.

Tài liệu tham khảo

1. Sản phụ khoa. Nhà xuất bản TP. Hồ Chí Minh 1996; tập 1: trang 415 – 424.
2. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. JAMA 1999; 282: 1646.
3. Cunningham FG, Hollier LM. Fetal death. In: Williams Obstetrics, 20th ed (Suppl 4). Norwalk, CT. Appleton & Lange. August/September, 1997.
4. Egly CC. Abruption placentae and placenta previa. In: Clinical maternal fetal medicine. The Parthenon Publishing Group, New York, London, 2000: 47 – 54.
5. Williams Obstetrics, 21st ed. Cunningham FG, Gilstrsp LC, Gant NF, Hauth JC, Leveno KJ, Wenstrom KD. McGraw HILL. Medical Publishing Division, 2001: 621 – 630.