

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ DÂY RÓN BÁM RÌA BÁNH NHAU, DÂY RÓN BÁM MÀNG NHAU VÀ MẠCH MÁU TIỀN ĐẠO

I. ĐỊNH NGHĨA

1.1. Dây rón bám rìa bánh nhau

Dây rón bám rìa bánh nhau thường được định nghĩa là dây rón bám ở bánh nhau trong vòng 20 mm tính từ rìa bánh nhau, gặp trong khoảng 7% trường hợp đơn thai, 25% các trường hợp song thai (thường gặp trong song thai một bánh nhau).

1.2. Dây rón bám màng nhau

Dây rón bám màng nhau được định nghĩa khi mạch máu rón bám trên màng nhau, do đó các mạch máu đi qua màng đệm và màng ối trước khi đến bánh nhau. Dây rón bám màng nhau gặp ở 1% các trường hợp đơn thai, gặp trong 15% các trường hợp song thai một bánh nhau và thường gặp ở các trường hợp nhau tiền đạo hơn so với trường hợp bánh nhau ở vị trí bình thường.

1.3. Mạch máu tiền đạo

Là trường hợp các mạch máu rón không có màng nhau thai và thạch Wharton bảo vệ, đi qua màng ối và đi qua cổ tử cung. Tần suất xuất hiện mạch máu tiền đạo trong thai kỳ là 1/2.500 và tần suất này tăng lên 1/202 ở các thai kỳ được can thiệp hỗ trợ sinh sản.

Mạch máu tiền đạo được chia thành hai type:

- Type I: dây rón bám màng nhau và mạch máu thai nhi chạy tự do trong màng ối phía trên cổ tử cung (CTC) hoặc cách lỗ trong CTC ≤ 2 cm, hay gặp trong nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp.

- Type II: gặp trong bánh nhau phụ hay bánh nhau nhiều thùy, mạch máu của thai nhi nối giữa hai thùy bánh nhau đi qua hoặc gần CTC (cách lỗ trong CTC ≤ 2 cm).

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Yếu tố nguy cơ thường gặp của mạch máu tiền đạo:

- Dây rón bám màng nhau, dây rón bám rìa bánh nhau cực dưới
- Bánh nhau phụ hoặc bánh nhau nhiều thùy
- Nhau bám thấp hoặc nhau tiền đạo ghi nhận qua siêu âm trong tam cá nguyệt 2
- Hỗ trợ sinh sản
- Đa thai

III. CHẨN ĐOÁN

- Trước sinh: thường chẩn đoán qua siêu âm.
- Sau sinh: chẩn đoán xác định dựa vào kiểm tra toàn diện bánh nhau, màng nhau và dây rốn sau sinh.
 - Lưu ý tầm soát mạch máu tiền đạo trong quá trình khám thai, đặc biệt đối với những trường hợp nguy cơ cao.
 - Kết hợp cả siêu âm màu đường bụng và đường âm đạo.
 - Trong tam cá nguyệt thứ 2 và 3, cần siêu âm kiểm tra vị trí nhau bám, khoảng cách từ bánh nhau đến lỗ trong cổ tử cung, vị trí cắm của dây rốn, nếu dây rốn bám rìa cực dưới bánh nhau cần đánh giá có kèm mạch máu tiền đạo hay không, ghi nhận số lượng mạch máu trong dây rốn. Siêu âm có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 100% khi chẩn đoán các bất thường dây rốn trong tam cá nguyệt thứ 2.
 - Thời điểm đánh giá mạch máu tiền đạo: đánh giá từ 18-26 tuần và đánh giá lại lúc 32 tuần.

IV. BIẾN CHỨNG

4.1. Dây rốn bám rìa bánh nhau

Có thể gây các biến chứng như thai chậm tăng trưởng trong tử cung, sinh non,...

4.2. Dây rốn bám màng nhau

- Trong dây rốn bám màng nhau, mạch máu rốn dễ bị chèn ép hoặc vỡ do không có thạch Wharton bảo vệ và có thể gây giảm lưu lượng máu đến thai, gây bất thường nhịp tim thai, tăng nguy cơ nhau bong non, tử vong chu sinh, sinh non hoặc thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai nhỏ.

- Một số trường hợp chèn ép dây rốn dẫn đến việc hình thành huyết khối gây nhồi máu bánh nhau, hoại tử các chi của thai hoặc ban xuất huyết ở trẻ sơ sinh.

- Trong song thai một bánh nhau, dây rốn bám màng nhau thường kèm với tình trạng thai chậm tăng trưởng có chèn lệch trong tử cung và hội chứng truyền máu trong song thai.

- Mẹ: tăng nguy cơ bóc nhau nhân tạo khi sinh ngã âm đạo và tăng nguy cơ mổ lấy thai.

4.3. Mạch máu tiền đạo

Khi màng ối vỡ có thể làm vỡ mạch máu, tăng nguy cơ tử vong thai nhi.

V. QUẢN LÝ THAI KỲ

5.1. Dây rốn bám rìa bánh nhau - dây rốn bám màng nhau

- Đánh giá về giải phẫu thai nhi và xem có mạch máu tiền đạo không

- Đánh giá tốc độ tăng trưởng và thể tích nước ối mỗi 4 tuần. Nếu thai chậm tăng trưởng trong tử cung hoặc thiếu ối, quản lý thai kỳ theo phác đồ thai chậm tăng trưởng trong tử cung hoặc phác đồ thiếu ối.

- Hướng dẫn người bệnh cách đếm cử động thai.

- Tư vấn người bệnh cần nhập viện ngay khi có dấu hiệu chuyển dạ

- Chấm dứt thai kỳ lúc 39-40 tuần nếu không có biến chứng (thai nhỏ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thiếu ối...). Nếu không kèm mạch máu tiền đạo: không chống chỉ định khởi phát chuyển dạ hoặc sinh ngã âm đạo.

- Đối với dây rốn bám màng nhau: có thể theo dõi sinh ngã âm đạo, cân nhắc mổ lấy thai khi có kèm yếu tố nguy cơ (dây rốn bám màng cực dưới bánh nhau, ra huyết âm đạo bất thường,...).

- Theo dõi tim thai liên tục trong quá trình chuyển dạ giai đoạn hoạt động để phát hiện các biến chứng như vỡ mạch máu hoặc chèn ép dây rốn, nhau bong non...

- Kéo dây rốn nhẹ nhàng sau sinh để tránh đứt dây rốn gây sót nhau.

5.2. Mạch máu tiền đạo

- Liệu pháp Corticosteroids trước sinh khi thai 26-32 tuần

- Đo non stress test mỗi tuần bắt đầu từ 32 tuần.

- Nhập viện theo dõi nên cá thể hóa từng trường hợp dựa trên các triệu chứng như cơn gò chuyển dạ, ra huyết âm đạo, tiền sử sinh non, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện.

- Cân bằng giữa việc nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động với nguy cơ huyết khối.

- Mổ lấy thai khi thai 34-36 tuần.

- Khi thai có khả năng nuôi được mà ối vỡ non, chuyển dạ: chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai.

- Mổ lấy thai cấp cứu khi có xuất huyết âm đạo kèm nhịp tim thai nhanh, biểu đồ tim thai hình sin, có bằng chứng thiếu máu thai nhi.

- Đối với những trường hợp có xuất huyết âm đạo và biểu đồ tim thai hình sin nên nghĩ đến mạch máu tiền đạo, cần mổ lấy thai cấp cứu và hồi sức sơ sinh bao gồm truyền máu (nếu cần).

- Đối với trường hợp thai chết lưu hoặc tổn thương thai nhi cấp tính: sau sinh nên kiểm tra có bất thường bánh nhau không.

- Đối với trường hợp thai chết lưu: cân nhắc khởi phát chuyển dạ nếu không có chống chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AIUM-ACR-ACOG-SMFM-SRU (2018), Practice Parameter for the Performance of Standard Diagnostic Obstetric Ultrasound Examinations. *J Ultrasound Med*, 37(11): p. E13-e24.
2. ACOG (2019), Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol*, 133(2): p. e151-e155.
3. Buchanan-Hughes, A., et al. (2020), Velamentous cord insertion: results from a rapid review of incidence, risk factors, adverse outcomes and screening. *Syst Rev*, 9(1): p. 147.
4. Charles J Lockwood, Karen Russo-Stieglitz (2020), Velamentous umbilical cord insertion and vasa previa, Uptodate.
5. Ismail, K.I., et al. (2017), Abnormal placental cord insertion and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*, 6(1): p. 242.
6. Kalafat, E., et al. (2018), Significance of placental cord insertion site in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 52(3): p. 378-384.
7. Kent, E.M., et al. (2011), Placental cord insertion and birthweight discordance in twin pregnancies: results of the national prospective ESPRiT Study. *Am J Obstet Gynecol*, 205(4): p. 376.e1-7.
8. Lopriore, E., et al. (2007), Velamentous cord insertion and unequal placental territories in monochorionic twins with and without twin-to-twin-transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, 196(2): p. 159.e1-5.
9. Sepulveda, W., et al. (2003), Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 21(6): p. 564-9.
10. Sinkey, R.G., A.O. Odibo, and J.S. Dashe (2015), Diagnosis and management of vasa previa. *Am J Obstet Gynecol*, 213(5): p. 615-9.
11. Swank, M.L., et al. (2016), Vasa previa: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*, 215(2): p. 223.e1-6.
12. The Fetal Medicine Foundation (2020), Vasa previa.