

Hướng dẫn Số 402: Chẩn đoán và Quản lý Nhau tiền đạo (SOGC- 7/2020)

NHỮNG THAY ĐỔI ĐƯỢC KHUYẾN CÁO TRONG THỰC HÀNH

1. Không nên chẩn đoán nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp khi tuổi thai < 18 đến 20 tuần, với chẩn đoán tạm thời cần được khẳng định ở tuổi thai ≥ 32 tuần.
2. Siêu âm đánh giá nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp phải bao gồm xác định khoảng cách từ mép bánh nhau đến lỗ trong tử cung (hoặc phần che phủ lỗ trong cổ cung) và các đặc điểm của mép bánh nhau, bao gồm độ dày và có/không có xoang mép.
3. Ở sản phụ có nhau bám thấp, khuyến cáo thử nghiệm chuyển dạ trong trường hợp mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung từ 11 đến 20 mm và có thể được xem xét trong những trường hợp được lựa chọn cẩn thận khi mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung ≤ 10 mm.
4. Ở sản phụ có nhau bám thấp, kết quả siêu âm gần đây (trong vòng 7 đến 14 ngày) nên được sử dụng trước khi mổ lấy thai để xác nhận vị trí của bánh nhau.
5. Chỉ nên dùng corticosteroid trước sinh nếu nguy cơ sinh trong vòng 7 ngày là rất cao.

THÔNG ĐIỆP CHÍNH

1. Tiền sử xuất huyết trước sinh < 29 tuần hoặc các đợt tái phát (≥ 3), mép bánh nhau dày che phủ (hoặc gần) lỗ trong cổ tử cung, chiều dài cổ tử cung ngắn, và tiền sử mổ lấy thai trước đó là những yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ mổ lấy thai khẩn cấp / non tháng.
2. Khi không có các yếu tố nguy cơ, nên xem xét quản lý ngoại trú nhau tiền đạo.
3. Khi quyết định nơi sinh, cần xem xét vị trí bánh nhau, các dấu hiệu liên quan khác, tiền sử của bệnh nhân và các yếu tố hậu cần, bao gồm các nguồn lực sẵn có tại đơn vị sinh.
4. Mổ lấy thai vì nhau tiền đạo được khuyến cáo ở tuổi thai 36⁰ đến 36⁶ tuần nếu có yếu tố nguy cơ và ở tuổi thai 37⁰ đến 37⁶ tuần nếu không có yếu tố nguy cơ.
5. Mổ lấy thai vì nhau bám thấp với mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung ≤ 10 mm được khuyến cáo ở tuổi thai 37⁰ đến 37⁶ tuần nếu có yếu tố nguy cơ và ở tuổi thai 38⁰ đến 38⁶ tuần nếu không có yếu tố nguy cơ.

TÓM TẮT CÁC TUYÊN BỐ:

1. Tất cả thai phụ có nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp đều tăng nguy cơ bị nhau thai bám bệnh lý, đặc biệt là những người đã từng mổ lấy thai trước đó (mạnh / trung bình).

2. Thai phụ bị nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp, sự hiện diện của dây rốn bám màng / mép gần lỗ trong cổ tử cung hoặc bánh nhau phụ làm tăng nguy cơ bị mạch máu tiền đạo (mạnh / trung bình).

3. Tiền sử xuất huyết trước sinh (đợt đầu < 29 tuần hoặc các đợt tái phát ≥ 3), mép bánh nhau dày che phủ (hoặc gần) lỗ trong cổ tử cung, chiều dài cổ tử cung ngắn (< 3 cm với nhau tiền đạo, < 2 cm với nhau bám thấp), và mổ lấy thai trước đó là những yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mổ lấy thai khẩn cấp / non tháng (mạnh / trung bình).

4. Khi không có các yếu tố nguy cơ, quản lý ngoại trú đối với thai phụ bị nhau tiền đạo là an toàn (mạnh / trung bình).

5. Nghi ngơi trên giường hoặc giảm hoạt động không có lợi ở thai phụ bị nhau tiền đạo và có thể có hại. Tuy nhiên, nên tránh quan hệ tình dục / đưa dị vật vào âm đạo hoặc trực tràng (có điều kiện [yếu] / thấp).

6. Siêu âm tại giường trước mổ đánh giá vị trí bánh nhau có thể hữu ích trong việc lập kế hoạch kỹ thuật mổ và có thể làm giảm nguy cơ rách qua bánh nhau trong khi mổ (có điều kiện [yếu] / thấp).

7. Gây tê vùng là an toàn và đầy đủ như một phương pháp vô cảm đầu tay để quản lý chu sản những bệnh nhân có nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp (có điều kiện [yếu] / thấp).

8. Khi quyết định nơi sinh, cần xem xét siêu âm đánh giá vị trí bánh nhau, bất kỳ yếu tố nguy cơ nào, tiền sử của bệnh nhân và các yếu tố hậu cần, bao gồm cả nguồn lực sẵn có tại đơn vị sinh (có điều kiện [yếu] / thấp).

KHUYẾN CÁO:

1. Phân loại vị trí bánh nhau như nhau thai tiền đạo (nhau thai che phủ lỗ trong cổ tử cung), nhau bám thấp (mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung ≤ 20 mm), hoặc bánh nhau ở vị trí bình thường (mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung > 20 mm) (mạnh / trung bình).

2. Không nên chẩn đoán nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp khi tuổi thai < 18 đến 20 tuần, và chẩn đoán tạm thời phải được khẳng định sau tuổi thai > 32 tuần, hoặc sớm hơn nếu tình trạng lâm sàng cho phép. Ở thai phụ có nhau bám thấp, kết quả siêu âm

gắn đáy (trong vòng 7 đến 14 ngày) nên được sử dụng để xác nhận vị trí nhau thai trước khi mổ lấy thai (mạnh / trung bình).

3. Đánh giá bằng siêu âm qua ngã âm đạo được khuyến cáo cho tất cả các trường hợp có hoặc nghi ngờ nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp trên siêu âm qua thành bụng, với nỗ lực xác định rõ vị trí bánh nhau (bao gồm cả mặt bên), các đặc điểm của mép bánh nhau (bao gồm cả độ dày, sự hiện diện của xoang mép), và các dấu hiệu liên quan (bánh nhau phụ, dây rốn cắm gần cổ tử cung) (mạnh / trung bình).

4. Ở thai phụ bị nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp và có các yếu tố nguy cơ hoặc hạn chế tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sản khoa khẩn cấp, nên xem xét quản lý nội trú (mạnh / trung bình).

5. Có thể xem xét khâu vòng cổ tử cung ở thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn, đặc biệt kèm theo xuất huyết trước sinh, nhưng không phải là biện pháp dự phòng cho tất cả thai phụ bị nhau tiền đạo (có điều kiện [yếu] / thấp).

6. Chỉ dùng corticosteroid trước sinh cho trường hợp có khả năng sinh non nếu nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày là rất cao và không chỉ vì nhập viện được cho là cần thiết (mạnh / trung bình).

7. Thuốc giảm co có thể được xem xét ở thai phụ bị xuất huyết trước sinh kèm theo các cơn co tử cung để cho phép dùng corticosteroid hoặc chuyển tuyến, nhưng không được dùng để kéo dài thai kỳ (có điều kiện [yếu] / thấp).

8. Mổ lấy thai được khuyến cáo ở sản phụ có nhau tiền đạo ở tuổi thai 36⁰-36⁶ tuần khi có yếu tố nguy cơ và ở tuổi thai 37⁰ đến 37⁶ tuần nếu không có yếu tố nguy cơ (mạnh / trung bình).

9. Nên mổ lấy thai ở những phụ nữ có nhau thai nằm thấp với mép bánh nhau cách cổ tử cung ≤ 10 mm ở tuổi thai 370 đến 376 tuần khi có các yếu tố nguy cơ và ở tuổi thai 380 đến 386 tuần nếu không có yếu tố nguy cơ. (mạnh / trung bình).

10. Thử nghiệm chuyển dạ được khuyến cáo ở sản phụ có nhau bám thấp, với mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung từ 11 đến 20 mm và có thể được xem xét ở sản phụ được lựa chọn cẩn thận với mép bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung ≤ 10 mm (mạnh / trung bình).

Box 1. Risk factors in presence of a placenta previa or low-lying placenta

History of antepartum hemorrhage

First episode <29 weeks

Recurrent episodes (≥ 3)

Thick placental edge (> 1 cm)

Presence of a marginal sinus

Short cervical length

<3 cm with placenta previa

<2 cm with low-lying placenta

Previous cesarean delivery

Evidence of invasive placentation

Figure 1. Assessment of low-lying placenta in a lateral location. (A) No abnormality of placental location is evident on transvaginal ultrasound evaluation in the sagittal plane. The black arrow indicates the location of the internal os, with no placental tissue visible close to it. (B) Evaluation in a transverse plane allows visualization of a lateral low-lying placenta and estimation of the distance of the placental edge (white arrow) from the internal os (black arrow).

