

# NHẬN XÉT VỀ CHẨN ĐOÁN RAU BONG NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đặng Thị Minh Nguyệt\*, Nguyễn Thị Minh Huệ\*\*

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của RBN tại BVPSTW, từ 01/01/2004 đến 31/12/2010. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu :** hồi cứu những sản phụ được chẩn đoán(Chẩn đoán sau đẻ, sau mổ) và điều trị rau bong non tại VPSTW từ 01/01/2004 đến 31/12/2010. **Kết quả:** Triệu chứng gặp nhiều nhất là ra máu âm đạo 59,8%, đau bụng 28,6%, choáng là 37,5% tử cung tăng trương lực 21,7%, tử cung co cứng 11,4%. Nước ối lẫn máu 41,7% và nước ối xanh bẩn 47,9. 54,2% trường hợp thai suy, mất tim thai 18,2%. Mất tim thai gặp chủ yếu ở thể nặng chiếm tỷ lệ 65,7% so với tổng số rau bong non và 100% so với tổng số bệnh nhân bị rau bong non thể nặng. Tổng số bệnh nhân được siêu âm là 150 trường hợp, trong đó phát hiện có cục máu sau rau chiếm tỷ lệ 74,6%. Hồng cầu < 2 triệu/mm<sup>3</sup> chiếm 6,8%, từ 2 - 3 triệu/mm<sup>3</sup> chiếm 40,6%. Fibrinogen < 1g/l chiếm 2,1%, từ 1-2 g/l chiếm 21,3%. Huyết sắc tố Hb < 70 g/l chiếm 12,5 %, từ 70 ≤ Hb < 90 g/l chiếm 53,1% và 90 ≤ Hb < 110 g/l chiếm 34,4%. Số lượng tiểu cầu ≤100 G/l chiếm 7,8%, > 100 G/l chiếm 92,2%. **Kết luận:** Rau máu AD là 59,8%, đau bụng 28,6%, choáng 37,5%, tử cung tăng trương lực 27,1%, tử cung co cứng 11,4%. Siêu âm có khối máu tụ chiếm 74,6%, Huyết sắc tố: Hb < 70g/l chiếm 12,5%. Số lượng hồng cầu: < 2 triệu/mm<sup>3</sup> 6,8%. Sinh sợi huyết = 0 chiếm tỷ lệ 2,1% . Suy thai chiếm tỷ lệ 54,2%. Mất tim thai chiếm tỷ lệ 18,2% **Từ khóa:** rau bong non, lâm sàng, cận lâm sàng.

## Abstract

### Assessment of diagnosis for abruptio placenta at the national hospital of obstetrics and gynecology

**Objective:** Describe clinical and paraclinical characteristic of abruptio placenta at the national hospital of obstetrics and gynecology, from 01/01/2004 to 31/12/2010. **Subjects and method:** the pregnant women were diagnosed (after cesarean section or delivery) and treated with abruptio placenta at the national hospital of obstetrics and gynecology, from 01/01/2004 to 31/12/2010. **Study method:** retrospective, interrupted description. **Result:** vaginal bleeding was 59.8% ( this symptom account for the highest rate) , abdominal pain (28.6%), shock (37.5%), hypertonus (21.7%), stiff uterine contraction (11.4%). Amniotic fluid blended blood ( 41.7%), stained amniotic fluid (47.9%). 54.2% of cases is fetal distress, no fetal heartbeat is 18.2%. The rate of no fetal heartbeat is mainly met in severe type of abruptio placenta, which accounts for 65.7% abruptio placenta and 100% in severe cases. 150 patients was done ultrasound. Of those, 74,6% was found hematoma underneath placenta. Red blood cell < 2

millions/mm<sup>3</sup> (6.8%), 2 – 3 millions/mm<sup>3</sup> (40.6%). Fibrinogen < 1g/l (2.1%), from 1 to 2 g/l (21.3%). Hb < 70g/l (12.5%), from 70 to 90 g/l (53.1%), 90≤Hb< 110 g/l (34.4%). Platelet < 100G/l (7.8%), > 100G/l (92.2%). **Conclusion:** Vaginal bleeding (59.8%), abdominal pain (28.6%), shock (37.5%), hypertonus(21.7%), uterine contraction (11.4%). Untrasound detect blood clot behind the placenta (74.6%). Hb: Hb < 70g/l (12.5%), Red blood cell < 2 millions/mm<sup>3</sup> (6.8%), Fibrinogen = 0 (2.1%). Fetal distress (54.2%), the rate of no fetal heartbeat is 18.2%.

**Keywords:** abruptio placenta, Clinical, Paraclinical.

(\*) Đại học Y Hà Nội, (\*\*) Trường Đại học Y khoa Vinh

### Đặt vấn đề

Rau bong non (RBN) là một tai biến của thai sản, chẩn đoán rau bong non tùy theo bệnh nặng hay nhẹ, đối với thể trung bình và thể nặng chẩn đoán dễ hơn nhưng khi chẩn đoán ở thể trung bình và thể nặng thì các biến chứng lại khó lường. Còn với thể ẩn phần lớn được chẩn đoán nhờ hồi cứu do có cục máu sau rau. Tuy nhiên nếu chẩn đoán sớm được từ các thể bệnh của rau bong non sẽ hạn chế được rất nhiều biến chứng cho mẹ và thai. Hậu quả do rau bong non gây ra là làm tăng tỷ lệ đẻ non, tỷ lệ biến chứng và tử vong mẹ cao. Trẻ đẻ ra thường yếu, nhỏ hơn so với tuổi thai, tỷ lệ tử vong rất cao có thể là 100% với thể nặng. Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Đình Thảo tại BVPSTW năm 1955 - 1961 tử vong mẹ là 15,07%, tử vong sơ sinh là 69,7%. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của RBN tại BVPSTW, từ 01/01/2004 đến 31/12/2010.

### Đối tượng và phương pháp nghiên cứu :

Hồi cứu những sản phụ được chẩn đoán (Chẩn đoán sau đẻ, sau mổ) và điều trị rau bong non tại BVPSTW từ 01/01/2004 đến 31/12 2010.

#### Kết quả

Triệu chứng cơ năng

*Bảng 1. Triệu chứng cơ năng*

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ (%)
Ra máu AĐ	115	59,8
Choáng	72	37,5
Đau bụng	55	28,6
Ra máu AĐ + Đau bụng	32	16,7

\* Có thể trên một bệnh nhân cùng có nhiều triệu chứng một lúc

- Triệu chứng gặp nhiều nhất là ra máu âm đạo chiếm 59,8%.

- Triệu chứng kinh điển như: đau bụng chiếm 28,6%, choáng chiếm 37,5%

#### Triệu chứng thực thể

*Bảng 2. Triệu chứng thực thể*

Triệu chứng thực thể		Có		Tổng
		Tần số	Tỷ lệ (%)	
Con co tử cung	Bình thường	86	47,8	192 (100%)
	Mau	42	21,9	
	Mạnh	46	23,9	
	Mau + mạnh	18	9,3	

Trương lực cơ bản	Bình thường	118	61,5	192 (100%)
	Tăng trương lực	52	27,1	
	Co cứng	22	11,4	
Nước ối	Trong	20	10,4	192 (100%)
	Xanh	92	47,9	
	Lẫn máu	80	41,7	
Tình trạng thai	Bình thường	53	27,6	192 (100%)
	Suy thai	104	54,2	
	Mất tim thai	35	18,2	
Tiền sản giật	Không	90	46,9	192 (100%)
	Nhẹ	7	3,6	
	Nặng	95	49,5	

Con co tử cung mau 21,9%, tử cung tăng trương lực 21,7%, tử cung co cứng 11,4%. Nước ối lẫn máu 41,7% và nước ối xanh bẩn 47,9. Tình trạng thai: có 54,2% trường hợp thai suy, mất tim thai 18,2%. 49,5% tiền sản giật nặng, 3,6% tiền sản giật nhẹ.

#### Các chỉ số cận lâm sàng

*Bảng 3. Các chỉ số cận lâm sàng*

Chỉ số cận lâm sàng	n	%
<b>Siêu âm có khối máu tụ/tổng số siêu âm</b>	112/150	74,6%
<b>Số lượng hồng cầu</b>		
• < 2 triệu/mm <sup>3</sup>	13	6,8
• 2-3 triệu/mm <sup>3</sup>	78	40,6
• >3 triệu/mm <sup>3</sup>	101	52,6
<b>Fibrinogen</b>		
• < 1(g/l)	4	2,1
• Giảm 1-2 (g/l)	41	21,3
• Bình thường (4g/l)	147	76,6
<b>Huyết sắc tố</b>		
• Hb < 70 g/l	24	12,5
• 70 ≤ Hb < 90 g/l	102	53,1
• 90 ≤ Hb < 110 g/l	66	34,4

Số lượng tiểu cầu ( G/l)		
≤ 100	15	7,8
> 100	177	92,2
<b>Tổng</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Bệnh nhân được SA là 150 trường hợp, phát hiện có cục máu sau rau là 74,6%.

#### Bệnh nhân rau bong non và các Enzym của gan

*Bảng 4. Bệnh nhân rau bong non và các Enzym của gan*

	Enzym gan					p-value
	Thể ẩn	Thể nhẹ	Thể trung bình	Thể nặng	Tổng n (%)	
<b>SGOT</b>						
< 70 UI/L	26 (16,5)	57 (36,1)	52 (32,9)	23 (14,6)	158 (100)	p<0,001
≥ 70 UI/L	15 (44,1)	14 (41,2)	5 (14,7)	0 (0)	34 (100)	
<b>SGPT</b>						
< 70 UI/L	28 (17,2)	60 (36,8)	52 (31,9)	23 (14,1)	163 (100)	p<0,01
≥ 70 UI/L	13 (44,8)	11 (37,9)	5 (17,2)	0 (0)	29 (100)	

Nhóm bệnh nhân có SGOT ≥ 70 UI/L, thể ẩn chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,1%, thể nhẹ là 41,2%. SGPT ≥ 70 UI/L gặp nhiều nhất ở thể ẩn chiếm 44,8% và thể nặng là 0%.

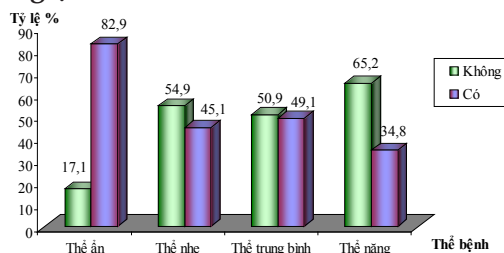
#### Bệnh nhân rau bong non và chức năng thận

*Bảng 5: Bệnh nhân rau bong non và chức năng thận*

	Chức năng thận					p-value
	Thể ẩn	Thể nhẹ	Thể trung bình	Thể nặng	Tổng n (%)	
<b>Ure huyết thanh</b>						
≤ 6,6 mmol/l	16 (12,7)	46 (36,5)	43 (34,1)	21 (16,7)	126 (100)	p<0,001
> 6,6 mmol/l	25 (37,9)	25 (37,9)	14 (21,2)	2 (3,0)	66 (100)	
<b>Creatinin</b>						
≤ 106 μmol/l	27 (16,9)	59 (36,9)	52 (32,5)	22 (13,8)	160 (100)	p<0,01
> 106 μmol/l	14 (43,8)	12 (37,5)	5 (15,6)	1 (3,1)	32 (100)	
<b>Uric huyết thanh</b>						
≤ 400 mmol/l	11 (10)	44 (40)	37 (33,6)	18 (16,4)	110 (100)	p<0,001
> 400 mmol/l	30 (36,6)	27 (32,9)	20 (24,4)	5 (6,1)	82 (100)	

Rau bong non thể ẩn và thể nhẹ có chỉ số ure huyết thanh >6,6mmol/l cùng chiếm tỷ lệ 37,9% cao hơn với 2 nhóm còn lại, thể nặng chiếm 3,0% . Creatinin > 106 μmol/l, rau bong non thể ẩn chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,8%, thể nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,1%.

**Phân bố các thể RBN và dấu hiệu tiên sản giật**



**Biểu đồ 1.** Phân bố các thể RBN và dấu hiệu tiên sản giật

Những bệnh nhân bị rau bong non không có dấu hiệu tiên sản giật nguy cơ bị ở mức độ nặng hơn so với bệnh nhân bị tiên sản giật, cụ thể ở thể nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 65,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bàn luận**

**Triệu chứng cơ năng:** Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ra máu âm đạo chiếm 59,8%. Triệu chứng kinh điển như: đau bụng chiếm 28,6%, choáng chiếm 37,5% và những bệnh nhân vừa có dấu hiệu ra máu âm đạo vừa đau bụng chiếm 16,7%. So sánh với một số tác giả nước ngoài thì ở nước ta có tỷ lệ thấp hơn, theo Buckley anh Kulb [77] chỉ có 50% đau bụng cấp tính, Gilbert có 80% trong tổng số RBN ra máu âm đạo. Rau bong non gặp chủ yếu trên bệnh nhân tiên sản giật vì vậy khi theo dõi điều trị tiên sản giật mà bệnh nhân thấy có xuất hiện ra máu trong đầu bác sỹ Sản khoa phải loại trừ xem có liên quan tới rau bong non không ?

**Triệu chứng thực thể:** Trương lực cơ bản: tử cung tăng trương lực 27,1%, tử cung co cứng 11,4%. Về triệu chứng rối loạn con co, theo kinh điển luôn nhắc đến tăng trương lực cơ bản từ nhẹ đến rất nặng là tử cung cứng như gỗ, nhưng thực tế trên lâm sàng không phải trường hợp rau bong non nào cũng có tăng trương lực cơ bản của tử cung. Điều này

khuyến cáo các Bác sỹ Sản khoa trong thực hành lâm sàng có những theo dõi sát sao tìm hiểu thêm các triệu chứng cũng như những thăm dò khác của rau bong non chứ chủ quan vì không có tăng trương lực cơ tử cung là không có rau bong non, thì sẽ bỏ sót nhiều, dẫn tới tình trạng nặng xử trí khó khăn cũng như hậu quả nặng nề của rau bong non. Còn khi đã xuất hiện tử cung co cứng là hầu hết các trường hợp phong huyết tử cung rau con chết, dễ phải cắt tử cung hoặc rối loạn đông máu thậm chí còn tử vong. Nước ối lẫn máu 41,7% và nước ối xanh bản 47,9%. Tình trạng nước ối lẫn máu là triệu chứng rất đặc hiệu của rau bong non, khi thấy hiện tượng này các Bác sỹ sẽ không bỏ qua việc tìm kiếm chẩn đoán rau bong non, mặt khác ối và máu thoát một phần ra ngoài khiến buồng tử cung đỡ căng hơn, giảm nguy cơ rau tiếp tục bong nhiều hơn, những trường hợp này thường được xử trí tức thì.

Nghiên cứu của chúng tôi có 54,2% trường hợp suy thai, mất tim thai 18,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Khanh (1996) [0], tim thai âm tính 41,8%. Ngô Văn Quỳnh (2003) [3], thai suy 32%, tim thai âm tính 37,4%. Tình trạng thai suy trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ tương đối cao, đây là một dấu hiệu tương đối quan trọng, nếu phát hiện sớm ở giai đoạn này nhờ vào theo dõi lâm sàng sát sao, hoặc trên monitoring sản khoa buộc các bác sỹ Sản phải can thiệp lấy thai ra một cách nhanh nhất. Thực tế hiện nay nhờ phổ cập máy monitoring sản khoa, dấu hiệu suy thai là dấu hiệu sớm và rất quan trọng có thể coi là dấu hiệu chỉ điểm giúp chẩn đoán rau bong non thể ẩn (nếu khi mổ cấp cứu lấy thai phát hiện có máu tụ sau rau). Đây là điều đáng mừng và cũng là cơ hội cho bệnh nhân và thầy thuốc tránh được các biến chứng rau bong non thể nặng.

Trong 192 bệnh nhân rau bong non thì có 102 bệnh nhân có triệu chứng tiên sản

giật chiếm tỷ lệ 53,1%. Hiện nay các tuyến tinh có rất nhiều kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí tiền sản giật vì vậy tại các cơ sở này đã giải quyết sớm tránh biến chứng trong đó có biến chứng rau bong non của tiền sản giật. Thay vào đó các phương pháp chẩn đoán các bệnh lý khác có thể gây ra rau bong non như bệnh lý tự miễn, giảm tiểu cầu... mà trước đây chưa được quan tâm nhiều, nay đã có cơ hội phát hiện bệnh cũng như biến chứng rau bong non của nó.

#### **Triệu chứng CLS:**

- Tổng số bệnh nhân được siêu âm là 150 trường hợp, trong đó có 112 trường hợp phát hiện có cục máu sau rau chiếm tỷ lệ 74,6%.

So sánh với tác giả Ngô Văn Quỳnh [3] tổng số siêu âm có máu tụ/ tổng số ca siêu âm chiếm 46,0%. Sự chênh lệch này rất đáng kể nó chứng tỏ các Bác sỹ đã quan tâm đến việc sử dụng siêu âm trong chẩn đoán, điều trị, tiên lượng, đồng thời công nghệ máy móc ngày một hiện đại, và kinh nghiệm của người làm siêu âm tốt hơn rất thuận lợi cho công tác chẩn đoán và xử trí. Chính vì thế mà trong nghiên cứu của chúng tôi đã chẩn đoán sớm, xử trí sớm hạn chế được rất nhiều tai biến cho mẹ và thai.

- So sánh phân tích chúng tôi thấy tỷ lệ sản phụ bị mất máu nặng, so với các năm trước giảm đi rõ rệt, số sản phụ thiếu máu nhẹ tăng lên nhiều. Điều này cho thấy rằng các phương pháp hồi sức tích cực cho bệnh nhân, cũng như sử dụng các sản phẩm thay thế máu, để bồi phụ khối lượng tuần hoàn đã mất, từ đó giảm đi chi phí điều trị cũng như hạn chế được phần nào tỷ lệ truyền máu cho bệnh nhân.

- Fibrinogen < 1g/l có 4 trường hợp thì Fibrinogen đều bằng 0 chiếm 2,1%, từ 1-2 g/l chiếm 21,3%. Số lượng tiểu cầu ≤ 100 G/l chiếm 7,8%, > 100 G/l chiếm 92,2%.

Rau bong non có nguy cơ rối loạn đông máu một bệnh lý về máu tất cả các thầy thuốc rất sợ vì việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn, nguy cơ suy đa tạng, tử vong là rất cao. Nhưng trong nghiên cứu này là thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Phương Mai Fibrinogen 0 g/l là 6,9%, > 2g/l là 30% và Ngô Văn Quỳnh[3] Fibrinogen < 1g/l chiếm tỷ lệ 4,1%, từ 1-2 g/l chiếm 34,7%. Điều này cũng cho thấy rằng việc chẩn đoán sớm, điều trị tích cực rau bong non nhất là trong vấn đề hồi sức đã giảm tỷ lệ rối loạn đông máu rõ rệt.

Trong nghiên cứu này suy thận gặp cao nhất ở thể ẩn và thể nhẹ vì suy thận là một chỉ định can thiệp sản khoa không cho phép kéo dài điều trị nội vì nguy cơ suy thận không hồi phục không những ảnh hưởng đến tính mạng thai mà còn đe dọa đến tính mạng mẹ, vì vậy đã đình chỉ thai nghén và phát hiện rau bong non khi can thiệp, làm giảm tỷ lệ rau bong non thể nặng ở những bệnh nhân có triệu chứng suy thận này. Ở nghiên cứu của chúng tôi như đã nêu ở trên bệnh nhân rau bong non bị tiền sản giật chiếm tỷ lệ 53,1%, với thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 36,9%, có được điều này là nhờ một phần các xét nghiệm sinh hóa bất thường, nên các bác sỹ Sản khoa đã can thiệp sớm tránh biến chứng cho mẹ và cho thai.

Qua phân tích các xét nghiệm cận lâm sàng về đánh giá chức năng gan, chức năng thận giúp cho các nhà Sản khoa phải đình chỉ thai nghén vì những dấu hiệu bất thường này, từ đó phát hiện được rau bong non sớm tránh những biến chứng rau bong non thể nặng. Từ đó chúng ta thấy được giá trị của các thăm dò này là không thể thiếu khi theo dõi bệnh nhân có nguy cơ.

#### **Kết luận**

##### **Đặc điểm lâm sàng**

Ra máu âm đạo chiếm 59,8%. Đau bụng

28,6%. Choáng 37,5%, tử cung tăng trương lực 27,1%, tử cung co cứng 11,4%. TSG nhẹ chiếm 3,6%, TSG nặng chiếm 49,5%.

**Đặc điểm cận lâm sàng**

Siêu âm có khối máu tụ chiếm 74,6%.

Huyết sắc tố: Hb < 70g/l chiếm 12,5%. Số lượng hồng cầu: < 2 triệu/mm<sup>3</sup> 6,8%. Sinh sợi huyết = 0 chiếm tỷ lệ 2,1%.

Suy thai chiếm tỷ lệ 54,2%. Mất tim thai chiếm tỷ lệ 18,2%

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thị Ngọc Khanh, Tạ Thị Xuân Lan (1997), "Nhận xét về điều trị rau bong non tại bệnh viện BVBM và TSS từ 1992-1996", *Tạp chí thông tin y dược số đặc biệt chuyên đề sản phụ khoa (12/1999)*, tr. 35-38.
2. Trần Thị Phương Mai (1995), Tình hình rau bong non trong năm năm 1990-1994 tại BVBM và TSS. *Tạp trí y học thực hành*, số 6, tr 16-17.
3. Ngô Văn Quỳnh (2004), "Tình hình rau bong non điều trị tại bệnh viện phụ sản trung ương", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Hà Nội.
4. Ngô Văn Tài (2001), "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén". Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Đinh Văn Thắng (1959), "Nhận định về 151 trường hợp RBN tại khoa sản Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí sản phụ khoa*, số 1 năm 1960 tr 55-60.
6. Hoàng Đình Thảo (1961), "Nhận định về vấn đề rau bong non", *Tạp chí sản phụ khoa*, số 4, tr 402 - 425.
7. Buckley K and Kulb N (1990), "High Risk Maternity Nursing manual", *Baltimore: Williams & Wilkins*.