

- 05 Ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự
- 08 Sảy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sảy thai liên tiếp
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sảy thai tái phát
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sảy thai liên tiếp
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Đỗ Đức Dũng
- 24 Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid trong thai kỳ
BSNT. Đinh Thế Hoàng
- 30 Cập nhật thrombophilia và sảy thai liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sảy thai liên tiếp
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sảy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sảy thai trong hỗ trợ sinh sản
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sảy thai và nguyên nhân đến từ bố
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 49 Các đặc tính và thói quen của mẹ làm tăng nguy cơ sảy thai
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sảy thai liên tiếp
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 57 Kết cục thai còn lại trong hội chứng “song thai biến mất”
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 61 Tiếp cận và xử trí sảy thai do hở eo cấp tính bằng phương pháp khâu eo tử cung cấp cứu
BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm
- 66 Các hệ thống chẩn đoán vách ngăn tử cung và mối liên quan giữa vách ngăn tử cung với sảy thai, hiếm muộn
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sảy thai
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sảy thai, sảy thai liên tiếp
BS. Võ Văn Cường, BS. Cao Thị Thúy
- 75 Giá trị siêu âm trong chẩn đoán khuyết sọ mở lấy thai và thai bám sọ mở lấy thai
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn
- 81 Cập nhật về nhiễm COVID-19 ở thai phụ và hướng tiếp cận trường hợp thai phụ nghi nhiễm COVID-19
BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân
- 85 Đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo?
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng
- 89 Khóc dạ đề (colic)
BS. CKI. Nguyễn Khôi

Journal Club

- 93 Siêu âm sớm và dự đoán thai lưu trong 3 tháng
- 95 Sự chênh lệch kích thước thai nhi trong song thai thời điểm 11 – 13 tuần và kết cục thai kỳ
- 96 So sánh ảnh hưởng của các thuốc tránh thai đường uống lên các chỉ số lâm sàng, sinh hóa trong hội chứng buồng trứng đa nang

❧ Mọi viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 56 – Quý IV/2020
Chủ đề “Thời điểm và các biện pháp chấm dứt thai kỳ”
Vui lòng nộp bài trước 30/8/2020



Y học sinh sản tập 57 – Quý I/2021
Chủ đề “Thai lạc chỗ”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2020

KẾT CỤC THAI CÒN LẠI TRONG HỘI CHỨNG “SONG THAI BIẾN MẤT” (VANISHING TWIN SYNDROME)

BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh

Đại học Tân Tạo

TỔNG QUÁT

Hội chứng “song thai biến mất” (Vanishing Twin Syndrome – VTS), được phát hiện lần đầu tiên vào năm 1945 bởi Stoeckel^[1], là hội chứng xảy ra ở song thai, trong đó có một thai ngưng phát triển tự phát và sảy thai sau đó. Tần suất của hội chứng này khá dao động, chiếm tỷ lệ 18,2% các ca song thai thụ thai tự nhiên và 12,6% đối với song thai thực hiện IVF – ICSI^[2]. Đối với những thai phụ mắc hội chứng này, mối quan tâm lớn nhất chính là kết cục của thai còn lại: Liệu kết cục của thai sống sót sẽ như thế nào so với đơn thai?

TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI CÒN LẠI TRONG HỘI CHỨNG SONG THAI BIẾN MẤT

Đối với những trường hợp mà hội chứng này xảy ra trong giai đoạn sớm của thai kỳ như ở tam cá nguyệt 1, rất ít can thiệp được diễn ra ở giai đoạn này, mà hầu như thai ngưng phát triển sẽ được bánh nhau và thai còn lại hấp thu^[3]. Đối với thai còn lại, việc tầm soát dị tật cũng là một thách thức.

Một nghiên cứu của Curnow năm 2015^[4] đã khảo sát về khả năng tầm soát lệch bội của xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT-non-invasive prenatal test) dựa trên đa hình đơn nucleotide (single nucleotide polymorphism – SNP) trên 30.795 ca song thai. Kết quả cho thấy có 130 (0,42%) ca song thai có hiện diện thêm 1 kiểu gen đơn bội khác. Trong số 130 ca

này, có 76 (58,5%) ca được xác nhận lại bằng nhiễm sắc thể đồ (cho đơn thai) hoặc siêu âm (cho đa thai), trong đó có 32 (42,1%) ca VTS, 37 (48,7%) ca song sinh mà cả 2 thai đều sống, 4 (5,3%) thai kỳ tam bội và 3 (3,9%) ca không phải thai tam bội và không có bằng chứng về chết đồng thời cả 2 thai. Tuổi thai lúc làm NIPT ở nhóm VTS thấp hơn so với những ca song thai khác (12,1 và 13 tuần; $p = 0,018$); nhưng tỷ lệ DNA thai trong máu mẹ giữa VTS và những ca song thai khác là không có sự khác biệt ($11,0 \pm 3,8\%$ và $11,4 \pm 4,3\%$; $p = 0,686$). Trong 32 ca VTS, 25 (78,1%) ca ở tam cá nguyệt 1 và 7 (21,9%) ca ở tam cá nguyệt 2 vào thời điểm lấy mẫu để thực hiện NIPT. Nghiên cứu cũng báo cáo 5 ca với ngày ước tính mà một thai ngưng phát triển và cả 5 ca này đều xảy ra ở tam cá nguyệt 1. Khoảng thời gian dài nhất từ ngày thai ngưng phát triển cho đến khi được xác nhận lại bằng NIPT là 8 tuần. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy: Khi phát hiện VTS, phải đợi ít nhất 8 tuần mới có thể dùng NIPT để tầm soát dị tật cho thai còn lại để tránh những sai sót gây ra do những mảnh thai ngưng phát triển còn sót lại.

Mặt khác, một báo cáo ca của Niles năm 2018^[5] về một phụ nữ 31 tuổi mang song thai nhờ kỹ thuật hỗ trợ sinh sản IVF (chuyển 2 phôi). Siêu âm lúc 6 tuần 1 ngày cho thấy 1 thai sống và 1 túi thai trống. Những xét nghiệm tầm soát dị tật đều bình thường. Siêu âm tam cá nguyệt 2 vào 21 tuần 2 ngày thấy thai mang giới tính nữ có nốt phản âm sáng thất phải và dây

rốn chỉ có 2 mạch máu. Vì vậy thai phụ được đề nghị làm xét nghiệm phân mảnh DNA tự do (cffDNA) vào 21 tuần 3 ngày, kết quả cho thấy thai mang giới tính nam, nguy cơ dị tật thấp và đề nghị những xét nghiệm di truyền khác do sự bất tương đồng giữa siêu âm và xét nghiệm cffDNA. Cho đến khi xét nghiệm cffDNA được lặp lại vào 28 tuần 6 ngày mới cho kết quả giống với siêu âm: thai mang giới tính nữ. Qua báo cáo ca trên cho thấy những mảnh vỡ thai không những dừng lại ở 8 tuần^[4] mà còn kéo dài tận 15 tuần kể từ ngày xác nhận có 1 thai ngưng phát triển. Do đó, việc thực hiện NIPT vào thời gian nào để tránh những kết quả dương tính giả còn chưa thống nhất. Với những hiểu biết hiện tại, thời gian lưu hành những mảnh vỡ DNA tự do của thai ngưng phát triển trong VTS dài nhất được biết đến là 15 tuần.

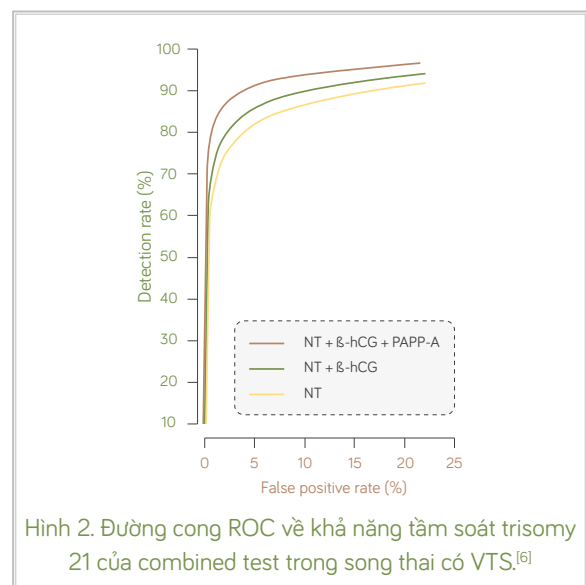
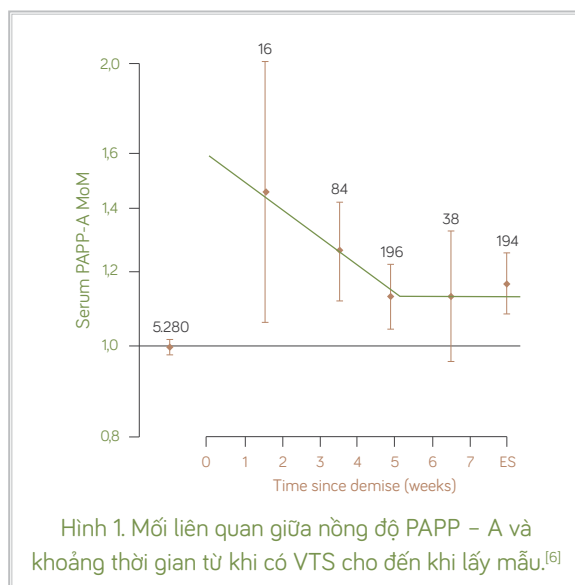
Với những giới hạn về thời điểm thực hiện NIPT để tránh khả năng dương tính giả của NIPT, những xét nghiệm double test hay combined test dường như cho kết quả khả quan. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Chaveeva năm 2019^[6] trên 528 ca song thai 2 nhau có VTS xảy ra vào 11 – 13 tuần thai kỳ, trong đó có 334 (63,3%) ca có phôi chết và 194 (36,7%) có túi thai trống, và 5.280 ca đơn thai bình thường khác, để khảo sát khả năng tầm soát dị tật thai của combined test. Ở những ca VTS, nồng độ β hCG MoM không

có sự khác biệt so với những ca đơn thai bình thường (1,000; KTC 95%; 0,985 – 1,0156 so với 0,995; KTC 95%; 0,948 – 1,044; $p = 0,849$). Ngược lại, nồng độ PAPP – A MoM lại cao hơn ở nhóm VTS so với nhóm chứng (1,000; KTC 95%; 0,985 – 1,015), cả ở nhóm túi thai trống (1,165; KTC 95%; 1,080 – 1,256; $p = 0,0001$) và nhóm có phôi chết (1,175; KTC 95%; 1,105 – 1,249; $p < 0,0001$). Ngoài ra, nồng độ PAPP – A càng cao khi thời điểm lấy mẫu xét nghiệm càng gần với thời điểm xác định có VTS (Hình 1).

Khả năng tầm soát dị tật của combined test được thể hiện bằng đường cong ROC ở Hình 2. Với tỷ lệ dương tính giả 5%, tỷ lệ phát hiện trisomy 21 là 82% nếu chỉ có tuổi mẹ, đo độ mờ da gáy (NT) và con số này tăng lên 91% nếu thêm vào β hCG và PAPP – A. Với tỷ lệ phát hiện 91%, combined test dường như là một test khá hứa hẹn trong tầm soát trisomy 21 ở những ca song thai có VTS. Tuy nhiên khoảng thời gian lấy mẫu cũng còn chưa cụ thể để tránh dương tính giả (Hình 2).

KẾT CỤC THAI KỲ THAI CÒN LẠI TRONG HỘI CHỨNG SONG THAI BIẾN MẤT

Những ca song thai có VTS cũng chỉ còn 1 thai sống, vậy liệu những thai kỳ này kết cục có gì khác biệt so với đơn thai, đặc biệt là với những



thai kỳ IVF? Một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của Sun năm 2017^[7] gồm 3 nghiên cứu đoàn hệ và 2 nghiên cứu bệnh chứng, về kết cục thai kỳ của những trường hợp song thai có VTS sau kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Kết quả cho thấy: những thai kỳ song thai có VTS có tuổi thai trung bình không khác biệt với thai kỳ đơn thai (pooled mean difference -0,27; KTC 95%; (-0,6) – 0,06; $p = 0,1$); tỷ lệ sinh non tháng (< 37 tuần) cũng không khác nhau giữa 2 nhóm (pooled RR 1,33; KTC 95%; 0,91 – 1,94; $p = 0,14$); nhưng tỷ lệ sinh cực non (< 34 tuần) ở nhóm có VTS lại cao hơn hẳn so với ở thai kỳ đơn thai (pooled RR 3,5; KTC 95%; 1,72 – 7,12; $p = 0,0005$). Về cân nặng lúc sinh, những đứa bé được sinh ra từ thai kỳ có VTS nhẹ cân hơn so với thai kỳ đơn thai (pooled mean difference -0,3; KTC 95%; (-0,59) – (-0,01); $p = 0,04$); về cân nặng < 2.500 gram, chỉ có 4 ca được báo cáo nên chỉ số pooled RR dường như không có giá trị (pooled RR 4,86; KTC 95%; 0,91 – 25,91; $p = 0,06$). Tỷ lệ thai nhỏ so với tuổi thai cũng được báo cáo trong 2 nghiên cứu, trong đó 1 nghiên cứu lại cho kết quả nhóm VTS mắc thai nhỏ so với tuổi thai cao hơn thai kỳ đơn thai, trong khi đó nghiên cứu còn lại cho kết quả thấp hơn nên tổng hợp lại không tìm ra mối liên hệ giữa hai biến số này (RR 4,86; KTC 95%; 0,91 – 25,91; $p = 0,58$). Qua đó, ta thấy dường như những ca song thai có VTS có kết cục tương đối xấu hơn so với thai kỳ đơn thai với tỷ lệ sinh cực non (< 34 tuần) cao hơn, cân nặng lúc sinh nhẹ hơn. Đây là tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp đầu tiên về chủ đề VTS. Tuy nhiên, tổng quan hệ thống này lại dựa trên những nghiên cứu có cỡ mẫu tương đối nhỏ dẫn đến cho kết quả còn nhiều tranh cãi.

Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Kamath năm 2018^[8] trên 113.784 thai kỳ đơn thai nhờ phương pháp hỗ trợ sinh sản: gồm 508.411 thai kỳ được chuyển phôi tươi và 131.157 thai kỳ được chuyển phôi trữ. Trong nhóm chuyển phôi tươi, có 13.177 ca chuyển 1 phôi và 82.602 ca được chuyển từ 2 phôi trở lên. Tương tự với

nhóm chuyển phôi trữ, 3.199 ca chuyển 1 phôi và 14.806 chuyển từ 2 phôi trở lên. Kết quả cho thấy: trong nhóm chuyển phôi tươi, nhìn chung với những thai kỳ đơn thai dù chuyển 2 phôi trở lên có nguy cơ sinh non (adjusted odds ratio (aOR) 1,14; KTC 95%; 1,06 – 1,23; $p < 0,05$) và nguy cơ nhẹ cân (aOR 1,14; KTC 95%; 1,06 – 1,23; $p < 0,05$) cao hơn so với nhóm đơn thai chỉ chuyển 1 phôi. Tỷ lệ VTS sau chuyển 2 phôi trở lên là 3,5%. Nguy cơ sinh non và nhẹ cân ở nhóm đơn thai mà ban đầu có nhiều túi thai sau chuyển 2 phôi trở lên cao hơn so với nhóm chỉ chuyển 1 phôi (aOR 2,70; KTC 95%; 2,37 – 3,05; $p < 0,05$ và aOR 2,76; KTC 95%; 2,44 – 3,13; $p < 0,05$); tuy nhiên lại không có khác biệt về nguy cơ sinh non và nhẹ cân ở nhóm đơn thai mà ban đầu chỉ có 1 túi thai sau chuyển 2 phôi trở lên so với nhóm chỉ chuyển 1 phôi (aOR 1,08; KTC 95%; 1,00 – 1,16; $p \geq 0,05$ và aOR 1,08; KTC 95%; 1,00 – 1,16; $p \geq 0,05$). Trong nhóm chuyển phôi trữ lạnh, không có khác biệt về nguy cơ sinh non và nhẹ cân giữa đơn thai của hai nhóm chuyển 2 phôi trở lên và chuyển 1 phôi (aOR 1,05; KTC 95%; 0,91 – 1,21; $p \geq 0,05$ và aOR 0,95; KTC 95%; 0,81 – 1,12; $p \geq 0,05$). Nhóm đơn thai mà trước đó là đa thai do chuyển nhiều phôi có nguy cơ sinh non và nhẹ cân cao hơn so với nhóm chỉ chuyển 1 phôi (aOR 2,13; KTC 95%; 1,55 – 2,93; $p < 0,05$ và aOR 2,61; KTC 95%; 1,87 – 3,64; $p < 0,05$); nhưng lại không có sự khác biệt giữa nhóm đơn thai mà ban đầu chỉ có 1 túi thai sau chuyển 2 phôi trở lên so với nhóm chuyển 1 phôi về nguy cơ sinh non và nhẹ cân (aOR 1,02; KTC 95%; 0,88 – 1,18; $p \geq 0,05$ và aOR 0,91; KTC 95%; 0,77 – 1,07; $p \geq 0,05$). Với cỡ mẫu lớn và cách thiết kế chặt chẽ, nghiên cứu này cho thấy việc chuyển nhiều phôi và VTS làm tăng nguy cơ sinh non và nhẹ cân trong thai kỳ trong khi đó nguy cơ này không bị ảnh hưởng nếu phôi chuyển thất bại sớm trước khi có túi thai được phát hiện trên siêu âm.

Qua hai nghiên cứu trên, ta nhận thấy trong hỗ trợ sinh sản, VTS lại liên quan đến những

kết cục xấu trong thai kỳ, cụ thể là làm gia tăng nguy cơ sinh non và nhẹ cân. Vậy đối với những thai kỳ thụ tinh tự nhiên, liệu VTS có làm ảnh hưởng đến kết cục? Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Marton năm 2016^[2] đã đánh giá về ảnh hưởng của VTS giữa thai kỳ IVF – ICSI và thai kỳ thụ tinh tự nhiên trên 306 thai kỳ VTS (78 IVF – ICSI và 228 thai kỳ tự nhiên). Kết quả cho thấy tần suất mắc VTS trong thụ thai tự nhiên cao hơn so với nhóm IVF – ICSI (18,2% và 12,6%). Thời điểm phát hiện VTS ở cả hai nhóm IVF và thụ thai tự nhiên không có khác biệt ($9,86 \pm 2,06$ và $8,86 \pm 2,7$; $p = 0,057$). Về phía mẹ, nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở nhóm IVF cao hơn so với nhóm thụ thai tự nhiên (OR 0,46; KTC 95%; 0,19 – 1,1; $p < 0,001$); và nhóm IVF có VTS có tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ cao hơn so với nhóm IVF không có VTS (OR 3,1; KTC 95%; 1,68 – 5,7; $p = 0,01$). Nguy cơ tiền sản giật ở nhóm VTS cả IVF và thụ thai tự nhiên so với nhóm chứng đều không có sự khác biệt (aOR 1,6; KTC 95%; 0,69 – 6,1; $p = 0,24$ và aOR 1,0; KTC 95%; 0,78 – 1,77; $p = 1$). Nguy cơ nhau bong non ở nhóm VTS trên thai tự nhiên cao hơn hẳn so với nhóm chứng (aOR 10,6; KTC 95%; 2,5 – 39,2; $p = 0,004$), ngoài ra nguy cơ này lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở nhóm IVF có VTS so với nhóm chứng (aOR 3,6; KTC 95%; 1,5 – 9,2; $p = 0,08$). Về phía thai, không có sự khác biệt về nguy cơ sinh non sau TVS cả ở nhóm IVF và thai tự nhiên so với nhóm chứng và không có ca nào trong nghiên cứu sinh rất non. Nguy cơ thai chậm tăng trưởng (IUGR) ở nhóm VTS thai tự nhiên lại cao hơn so với nhóm chứng (aOR 3,0; KTC 95%; 1,8 – 5,2; $p = 0,007$) và ở nhóm IVF có VTS cũng cao hơn so với nhóm chứng (aOR 9,2; KTC 95%; 5 – 22; $p < 0,001$). Nguy cơ nhẹ cân lúc sinh gấp 4 lần ở nhóm IVF có VTS ($p = 0,006$) và gấp 2 lần ở nhóm VTS thai tự nhiên so với nhóm chứng ($p = 0,01$). Tần suất trẻ phải dưỡng nhi hay dị tật bẩm sinh không thường gặp ở các ca đơn thai có VTS. Về yếu tố nguy cơ xảy ra VTS, ở nhóm IVF, việc người mẹ mắc đái

tháo đường thai kỳ ở thai kỳ trước hay hiện tại đều làm gia tăng nguy cơ VTS lần lượt 5,41 và 2,33 lần (KTC 95%; 1,36 – 21,7; $p = 0,017$ và KTC 95%; 1,14 – 4,55; $p = 0,021$). Nếu mẹ có mắc bệnh mạn tính, nguy cơ mắc VTS tăng lên 3,48 lần (KTC 95%; 1,27 – 9,6; $p = 0,016$). Khi thai kỳ IVF có VTS, nguy cơ nhau tiền đạo, sót nhau và IUGR lần lượt tăng 4,35; 8 và 23,2 lần ($p < 0,001$). Đối với thai kỳ tự nhiên, người mẹ mắc bệnh mạn tính làm tăng nguy cơ mắc VTS lên 2,1 lần (KTC 95%; 1,39 – 3,34; $p < 0,001$); khi đó nguy cơ mắc IUGR trong thai kỳ là aOR 3,65; KTC 95%; 1,43 – 8,5; $p = 0,006$. Vì vậy, dù là thai tự nhiên hay thai IVF, VTS đều liên quan đến những kết cục xấu của thai kỳ cho cả mẹ và thai nhi.

TỔNG KẾT

Hội chứng song thai biến mất là hội chứng mà một trong hai thai ngưng phát triển. Hội chứng này xảy ra nhiều ở những thai kỳ tự nhiên hơn so với thai kỳ hỗ trợ sinh sản. Về mặt kỹ thuật, hội chứng này gây nên những khó khăn trong diễn giải kết quả của các xét nghiệm sàng lọc di truyền phôi nhất là NIPT và cách duy nhất để giúp thông tin từ xét nghiệm này có thể tin cậy được là đợi cho cfDNA của thai bị chết dần biến mất trong máu mẹ. Tuy nhiên khoảng thời gian lý tưởng để tiến hành NIPT cho những trường hợp này vẫn còn là một ẩn số cho các nghiên cứu tiếp theo khám phá. Bên cạnh đó, dù thụ tinh bằng cách nào, VTS đều liên quan đến những kết cục xấu của thai kỳ của thai còn lại. Những chứng cứ hiện hành cho thấy nguy cơ thai chậm tăng trưởng, thai nhẹ cân ở đơn thai sau sự kiện VTS dù là thai tự nhiên hay thai sau IVF. Ngoài ra, người mẹ cũng đối mặt với nguy cơ tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ cao hơn sau VTS. Tuy nhiên những nghiên cứu về VTS còn chưa đa dạng nên vấn đề này sẽ còn được phân tích và tìm hiểu sâu hơn trong tương lai.

 Mời xem tiếp
ở trang 65

sau khâu eo cấp cứu chưa được chứng minh hiệu quả nhưng ở một số nghiên cứu cho thấy sử dụng progesterone ngà âm đạo có thể có ích.

Sử dụng vòng pessary sau khi khâu eo cấp cứu cũng là một biện pháp có thể cân nhắc. Không có nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả của pessary trong trường hợp này. Một nghiên cứu năm 2015 tiến hành đặt vòng Herbach số 2 sau khi khâu eo để tìm lợi ích của việc này. Ở nhóm được đặt pessary kéo dài thời gian mang thai hơn so với nhóm không được phụ trợ, tuổi thai lúc sinh là 35 tuần so với 28 tuần^[6]. Tuy cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu còn nhiều điểm hạn chế nhưng với kết quả ghi nhận có sự cải thiện kết cục thai kỳ khi đặt vòng nâng phụ trợ sau khâu eo, phương pháp này được hy vọng có thể mang đến thêm sự lựa chọn cho các nhà lâm sàng.

KẾT LUẬN

Sẩy thai là một biến chứng không mong muốn trong thai kỳ có thể ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và tâm lý người mẹ. Sẩy thai muộn xảy ra ở tuần thai 12 – 24, khi thai chưa có khả năng sống độc lập ngoài bụng tử cung.

Có nhiều nguyên nhân gây sẩy thai trong giai đoạn này, trong đó đáng chú ý là hở eo cổ tử cung. Đây là một trong những nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp, sẩy thai giai đoạn muộn. Chẩn đoán được dựa trên tiền căn sẩy thai trước đó, đo CL trên siêu âm.

Hở eo cổ tử cung cấp tính là trường hợp thăm khám trên lâm sàng có sự thay đổi cổ tử cung như có giãn nở hay sa đầu ối xuống âm đạo nhưng không gây đau, không có cơn gò tử cung, đòi hỏi phải có những can thiệp kịp thời trước khi diễn tiến sẩy thai.

Khâu eo tử cung cấp cứu là một biện pháp can thiệp hiệu quả nhằm kéo dài thai kỳ, giảm bệnh suất và tử suất sơ sinh được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu.

Đối với các trường hợp hở eo nghiêm trọng, có kèm sa đầu ối, việc sử dụng bóng chèn đẩy phần đầu ối lên khi khâu nên được cân nhắc.

Mặc dù chưa có đồng thuận nhưng khâu eo tử cung cấp cứu ở thai kỳ song thai được cho là có hiệu quả ở một số nghiên cứu.

Chưa có khẳng định rõ ràng về tác dụng của progesterone ngà âm đạo và đặt pessary sau khâu eo tử cung cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McNamee KM, Dawood F, Farquharson RG. Mid-trimester pregnancy loss, *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014; 41 (1): 87-102.
2. RCOG, Cervical Cerclage (Green-top Guideline No. 60). 2011.
3. Abbasi N, Barrett J, Melamed N. Outcomes following rescue cerclage in twin pregnancies, *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 31 (16): 2195-2201.
4. Abo-Yaqoub S, Mohammed AB, Saleh H. The effect of second trimester emergency cervical cerclage on perinatal outcome, *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25 (9): 1746-9.
5. Ciavattini A, Delli Carpini G, Boscarato V, et al. Effectiveness of emergency cerclage in cervical insufficiency, *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29 (13): 2088-92.
6. Kosinska-Kaczynska K, Bomba-Opon D, Zygula A et al. Adjunctive Pessary Therapy after Emergency Cervical Cerclage for Cervical Insufficiency with Protruding Fetal Membranes in the Second Trimester of Pregnancy: A Novel Modification of Treatment, *Biomed Res Int.* 2015; 185371.
7. Lv M, Zhao B, Chen Y et al. Balloon tamponade for successful emergency cervical cerclage, *J Obstet Gynaecol Res.* 2020.
8. Monckeberg M, Valdes R, Kusanovic JP et al. Patients with acute cervical insufficiency without intra-amniotic infection/inflammation treated with cerclage have a good prognosis, *J Perinat Med.* 2019; 47 (5): 500-509.
9. Park JY, Cho SH, Jeon SJ et al. Outcomes of physical examination-indicated cerclage in twin pregnancies with acute cervical insufficiency compared to singleton pregnancies, *J Perinat Med.* 2018; 46 (8): 845-852.
10. Son GH, Chang KH, Song JE et al. Use of a unicornate balloon in emergency cerclage, *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212 (1): 114 e1-4.

➡ Tiếp theo ➡ KẾT CỤC THAI CÒN LẠI
trang 60 TRONG HỘI CHỨNG ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stoeckel W. *Lehrbuch der geburstchilfe.* Jena (Germany): Gustav. Fisher. 1945:258.
2. Márton V, Zádori J, Kozinszky Z, Keresztúri A. Prevalences and pregnancy outcome of vanishing twin pregnancies achieved by in vitro fertilization versus natural conception. *Fertility and sterility.* 2016; 106(6): 1399-406.
3. Landy H, Keith L. The vanishing twin: a review. *Human reproduction update.* 1998; 4(2): 177-83.
4. Curnow KJ, Wilkins-Haug L, Ryan A, Kirkizlar E, Stosic M, Hall MP, et al. Detection of triploid, molar, and vanishing twin pregnancies by a single-nucleotide polymorphism-based noninvasive prenatal test. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2015; 212(1): 79. e1-9.
5. Niles KM, Murji A, Chitayat D. Prolonged duration of persistent cell-free fetal DNA from vanishing twin. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2018; 52(4): 547-8.
6. Chaveeva P, Wright A, Syngelaki A, Konstantinidou L, Wright D, Nicolaides KH. First-trimester screening for trisomies in pregnancies with a vanishing twin. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2019.
7. Sun L, Jiang LX, Chen HZ. Obstetric outcome of vanishing twins syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2017; 295(3): 559-67.
8. Kamath MS, Antonisamy B, Selliah HY, Sunkara SK. Perinatal outcomes of singleton live births with and without vanishing twin following transfer of multiple embryos: analysis of 113 784 singleton live births. *Human Reproduction.* 2018; 33(11): 2018-22.