

# Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 54 – QUÝ II/2020

## SẤY THAI – NGUYÊN NHÂN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- 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 Sẩy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan  
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sẩy thai liên tiếp  
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sẩy thai tái phát  
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sẩy 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 sẩy thai liên tiếp  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sẩy thai liên tiếp  
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sẩy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể  
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sẩy thai trong hỗ trợ sinh sản  
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sẩy 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 sẩy thai  
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sẩy 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 sẩy 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 sẩy thai, hiếm muộn  
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai  
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai, sẩy 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 Khóe 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

~ Mời 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

# CA LÂM SÀNG LIÊN QUAN ĐẾN NHÓM MÁU RHESUS ÂM Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

**GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự\***

\*Nhóm bác sĩ Bệnh viện Mỹ Đức: BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Thái Doãn Minh, BS. Lê Văn Thành, BS. Tô Mỹ Anh, BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Lý Thiện Trung, BS. Lê Tuấn Quốc Khánh, BS. Phạm Hoàng Phúc

Một phụ nữ đến bệnh viện Mỹ Đức để khám thai ngày 14 tháng 7 năm 2019. Cô ấy tên N.T.A, sinh năm 1988, PARA 0010, giáo viên trường trung học cơ sở huyện, hộ khẩu và hiện ở tại xã Bình Khánh, huyện Cần Giờ. Cô A chưa đi khám thai lần nào. Tiền sử gia đình và bản thân không có gì đặc biệt. Chồng cô sinh năm 1986, quê ở thành phố Mỹ Tho, lên sống tại Thành phố Hồ Chí Minh sau khi cưới vợ, khỏe mạnh, là nhân viên văn phòng, không hút thuốc, ít khi uống bia rượu. Hai vợ chồng sống chung từ khi cưới, hòa thuận, hạnh phúc.

## **Tiền sử sản phụ khoa**

- Lập gia đình tháng 01 năm 2018, 2 vợ chồng không muốn có con ngay nên có ngừa thai bằng cách tránh quan hệ những ngày có thể rụng trứng và sử dụng thêm bao cao su.
- Cuối năm 2018, sau khi ngưng ngừa thai khoảng 3 tháng, cô đã có thai. Khi thai được 10 tuần thì cô bị ra huyết, đau vùng hạ vị rồi thai chết lưu. Cô được cho sử dụng thuốc phá thai. Cô bị ra huyết kéo dài hơn 07 ngày, trở lại tái khám tại bệnh viện huyện, được hút nạo lòng tử cung vì nghi còn sót nhau.
- Bệnh nhân có khám phụ khoa định kỳ hằng năm tại bệnh viện huyện, có được làm phết tế bào cổ tử cung mỗi năm. Không có tiền sử viêm nhiễm phụ khoa.

## **Về lần có thai lần này**

- 2 vợ chồng đều mong con từ khi hư thai lần trước nên rất vui mừng khi cô trễ kinh.
- Kinh chót: 21/4/2019. Chu kỳ kinh nguyệt đều, 28 – 30 ngày, lượng máu mất mỗi kỳ kinh không quá nhiều, không kèm theo triệu chứng thống kinh. Từ khi trễ kinh đến nay, cô không bị nghén.

## **Khám tổng quát**

- Huyết áp = 120/70 mmHg; mạch = 80 lần/phút; nhiệt độ = 36,7°C
- Cân nặng: 60 kg, chiều cao: 164 cm, BMI: 22,3 kg/m<sup>2</sup>.
- Tim và phổi: không nghe âm bệnh lý.
- Tuyến giáp bình thường.
- Bụng mềm, không có vết nứt.

## **Khám phụ khoa**

- Âm hộ bình thường; âm đạo có ít dịch màu trắng đục, không hôi.
- Cổ tử cung láng, dài, mềm, đóng kín.
- Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung đều có màu hồng sậm.
- Tử cung tròn, mềm, kích thước # thai 12 tuần.
- Hai phần phụ không sờ chạm.

## **Siêu âm**

- 1 thai sống trong tử cung, khoảng 12 tuần. Tim thai 158 lần/phút.

- Độ mờ da gáy = 1,2 mm.
- Buồng trứng (T) có một nang echo hỗn hợp, đk # 22 x 18 mm. Buồng trứng (P) bình thường.

#### Cận lâm sàng khác

- Không thiếu máu, hồng cầu có hình dạng và màu sắc bình thường.
- Bạch cầu = 11.050/mm<sup>3</sup>; tiểu cầu = 225.000/mm<sup>3</sup>.
- Nhóm máu: O, Rhesus (-).
- Kháng thể của mẹ Rh anti-D 1:16.
- Các xét nghiệm khác đều bình thường.

#### Kết luận

Cô A có thai # 12 tuần. Cho đến hiện nay, thai nhi phát triển bình thường, mặc dù người mẹ có vấn đề cần được quan tâm đặc biệt.

### CÂU HỎI 1: CÁC BẠN CHO BIẾT THAI PHỤ NÀY CÓ VẤN ĐỀ GÌ CẦN QUAN TÂM?

### CÂU HỎI 2: CÁC BẠN CHO BIẾT, CHÚNG TA CẦN LÀM GÌ VÀ DẶN DÒ GÌ CHO THAI PHỤ NGAY:

- Siêu âm tầm soát phù nhau – thai.
- Chọc dò buồng ối để tìm nhóm máu của thai nhi.
- Dặn lần sau đi khám, mời chồng cùng đi, để làm gì?
- Xét nghiệm Double test.
- Tất cả đều đúng.

#### Bệnh án tiếp tục:

- Lần khám sau đó, ngày 4/8/2019, có chồng cô A cùng đi, xét nghiệm nhóm máu người chồng cho kết quả là nhóm A, Rhesus (+) với bộ gen dị hợp tử.
- Double test + độ mờ da gáy cho kết quả: thai nhi có nguy cơ thấp đối với hội chứng Down, Edward và Patau.
- Sau khi được tư vấn, hai vợ chồng đồng ý chọc dò ối, rút máu cuống rốn để xác định nhóm máu và yếu tố Rhesus của thai nhi, xác định DNA để tìm kháng nguyên bề mặt hồng cầu antigen RhD.

- Kết quả nhận được 2 tuần sau, ngày 18/8/2019, cho thấy, thai nhi có nhóm máu A, Rhesus (+), antigen RhD (+), nên có khả năng bị thiếu máu tán huyết.

### CÂU HỎI 3: BẠN TIẾP TỤC THEO DÕI, XỬ TRÍ NHƯ THẾ NÀO ĐỐI VỚI TRƯỜNG HỢP CÔ A NÀY?

#### Bệnh án tiếp tục:

Thai kỳ đã được theo dõi, tiến triển thuận lợi đến ngày 8 tháng 12 năm 2019 thì lượng kháng thể trong máu của mẹ tăng lên 1:32. Mẹ được tư vấn chọc dò ối, định lượng bilirubin nước ối = 4,5 mg/dL. Siêu âm Doppler động mạch não giữa của thai nhi cho thấy đỉnh tốc độ dòng chảy > 1,5 MoM.

Sản phụ và gia đình được tư vấn:

- Thai được hơn 32 tuần, cân nặng # 1.900g, # BPV 14.
- Hiện tại, thai còn tương đối khỏe mạnh nhưng đã có dấu hiệu có vỡ hồng cầu (bilirubin trong nước ối tăng cao), kháng thể anti-D của mẹ cũng tăng và đỉnh tốc độ dòng chảy ở động mạch não giữa của thai nhi cũng tăng. Bé cần được chọc dò cuống rốn để xác định HCT, xem bé bị thiếu máu nặng hay nhẹ.
- Nếu bé bị vỡ hồng cầu nhiều, thiếu máu nặng thì phải truyền máu cho bé, ngay khi còn trong tử cung.

Sản phụ cùng gia đình hỏi nếu đem thai ra ngay thì bé có thể sống được hay không? Bác sĩ đã giải thích những nguy cơ của các sơ sinh non tháng và khả năng một bé sơ sinh cân nặng 1.900g có thể nuôi sống được tại Thành phố Hồ Chí Minh hiện nay là khá cao, khoảng hơn 80% (80% nếu cân nặng từ 750g – 999g và tỷ lệ này tăng lên đến 95% nếu cân nặng từ 1.500g – 2.499g).

Sau khi thảo luận, cả gia đình thống nhất yêu cầu được mổ lấy thai vào ngày 12 tháng 12 năm 2019 sau khi tiêm đủ liều betamethasone. Sơ sinh là bé gái, cân nặng 1.900g, chỉ số Apgar 1 phút = 7; 5 phút = 8. Sau mổ lấy thai 2 ngày,

bà mẹ được tiêm RhID và tiến triển hậu phẫu tốt. Bé có vàng da 24 giờ sau mổ, không phù, không tràn dịch màng tim, màng phổi, không bị bệnh màng trong. Bé được dứt sữa mẹ và nuốt được tốt. Bilirubin của bé = 4,0 mg/dL nên bé được đưa chiếu đèn ngay và bác sĩ chuyên khoa sơ sinh đã đến ngay từ trước khi mổ để chăm sóc bé. Hôm sau, bé được thay máu và ổn định. Ngày 31 tháng 12 năm 2019, bé được xuất viện, khỏe, khóc to, lanh lợi, cân nặng 2.150 g. HCT ngay trước khi ra về = 38%. Gia đình được dặn dò kỹ ngày tái khám, cách chăm sóc bé đặc biệt vì bé sinh non, dễ nhiễm trùng và vàng da trở lại. Nếu có vàng da lại phải đưa bé trở lại bệnh viện ngay.

Gia đình yêu cầu tư vấn xem có thể sinh

thêm một lần nữa hay không?

- Lần sau, xác suất để có một bé có Rhesus (-) giống mẹ là 50% vì cha của bé Rhesus(+) nhưng là dị hợp tử.
- Nhưng cũng có 50% sẽ lặp lại tình huống, nặng hơn vì kháng thể ở mẹ đã tăng lên sau lần sinh này.

#### CÂU HỎI 4: BẠN HÃY NÓI VỀ TEST DE COOMBS TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP.

Quý độc giả có thể đóng góp câu trả lời qua địa chỉ email: [vanphong@hosrem.vn](mailto:vanphong@hosrem.vn).

Đáp án sẽ được tiết lộ trong số tiếp theo của nội san Y học sinh sản số 55.

## APP HOSREM

Để cung cấp cho quý hội viên và quý đồng nghiệp thêm kênh tiếp cận với nguồn thông tin của HOSREM, APP HOSREM ra đời từ 30/11/2019, hiện ngày càng hoàn thiện và bổ sung thêm nhiều tính năng tiện ích.

