

Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 53 – QUÝ I/2020

CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN – Y HỌC BÀO THAI

- 05 Đánh giá nguy cơ di truyền trước mang thai
BS. Thái Doãn Minh, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 10 Giá trị của siêu âm tầm soát dị tật thai ở quý 3
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 12 Siêu âm đánh giá tuyến ức thai nhi
BS. Nguyễn Văn Hiền, BS. Võ Tá Sơn
- 19 Giá trị của siêu âm Doppler ống tĩnh mạch trong siêu âm thai
TS. BS. Nguyễn Thị Hồng, PGS. TS. Lê Hoàng, GS. TS. Phan Trường Duyệt
- 27 NIPT và sàng lọc dị bội đầu tay còn những rào cản nào?
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 30 Đánh giá sớm nguy cơ đái tháo đường thai kỳ: sàng lọc kết hợp quý một và phòng ngừa
BSNT. Trần Huy Phan, TS. BS. Trần Nhật Thăng
- 34 Hội chứng truyền máu song thai cho nhận
BS. Trần Doãn Tú
- 38 Kỹ thuật can thiệp bào thai bằng kẹp tắc dây rốn ở các cặp song thai một nhau có biến chứng
ThS. BS. Phạm Công Toàn, ThS. BS. Trịnh Nhật Thư Hương, TS. BS. Trần Nhật Thăng, TS. BS. Nguyễn Hồng Hoa
- 42 Dự phòng tiền sản giật bằng Aspirin liều thấp: khuyến cáo cập nhật
BS. CKI Bùi Quang Trung
- 46 Nhau tiền đạo: chẩn đoán và quản lý lâm sàng dựa trên siêu âm
BS. Lê Đức Vinh, BS. Võ Tá Sơn
- 50 Phôi thai
BS. CKI Lê Tiểu My
- 53 Chẩn đoán trước sinh hội chứng Joubert
BS. Võ Tá Sơn, TS. Đỗ Ngọc Hân, TS. Giang Hoa, TS. BS. Trần Nhật Thăng
- 57 PGT-A trên bệnh nhân lớn tuổi: nên hay không nên
BS. Lê Khắc Tiến, BS. Lê Thị Hà Xuyên
- 62 Xét nghiệm tiền sản ở thai kỳ sau chuyển phôi đã được xét nghiệm di truyền tiền làm tổ
ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh
- 65 Phôi khám trong giai đoạn phát triển tiền làm tổ
CNSH. Hồ Lan Trâm, ThS. Lưu Thị Minh Tâm, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh
- 70 Chẩn đoán tiền sản phôi tiền làm tổ không xâm lấn đột phá hay thiếu khả thi?
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 74 Hỗ trợ sinh sản ở phụ nữ lớn tuổi
BS. Mai Đức Tiến
- 78 Thượng di truyền (epigenetics) và những vấn đề liên quan đến công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART)
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Minh Anh
- 83 Việc tuân thủ chế độ ăn Địa Trung Hải và tỷ lệ thành công thụ tinh ống nghiệm ở những phụ nữ mong con không béo phì (kỳ 2)
BS. CKI Tăng Quang Thái, BS. Trần Chiêu Thiên Phúc, ThS. BS. Trần Bảo Ngọc

Journal Club

- 91 Dự đoán sinh non dựa trên nồng độ dấu chỉ sinh học mới - Endocan huyết thanh
- 92 Bác sĩ nội tiết sinh sản là “người canh cổng” cho việc chăm sóc sức khỏe sinh sản nam giới ở Bắc Mỹ: Kết quả từ khảo sát về đặc điểm và mô hình tham chiếu của nam giới đến bác sĩ nam khoa để kiểm tra sức khỏe sinh sản
- 95 Tỷ lệ phân mảnh DNA tinh trùng của những người đàn ông hiếm muộn
- 97 Tổng quan mới 2019 cập nhật về hệ thống time-lapse trong nuôi cấy và đánh giá phôi trong điều trị thụ tinh trong ống nghiệm

Mời viết bài Y học sinh sản



Y học sinh sản tập 55 - Quý III/2020
Chủ đề “Các tiến bộ của siêu âm và chẩn đoán hình ảnh trong sản phụ khoa”
Vui lòng nộp bài trước 30/5/2020



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

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM TẦM SOÁT DỊ TẬT THAI Ở QUÝ 3

BS. CKI Lê Phước Hóa

Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận

Nhiều dị tật thai có thể bị bỏ sót qua các lần siêu âm khảo sát hình thái ở quý 1 lúc thai 11 – 13 tuần hoặc quý 2 lúc thai 18 – 24 tuần, do dị tật đó chỉ trở nên rõ ràng sau 20 tuần như ngắn chi do loạn sản sụn, giãn các quai ruột do teo hẹp ruột, bất thường hình dạng đầu do dính khớp sọ... hay bất thường đó chỉ hình thành trong quý 3 như nang buồng trứng do đáp ứng với kích thích từ estrogen mẹ, giãn não thất sau xuất huyết não thai hoặc nhiễm trùng từ mẹ...

Một trong những mục tiêu chính của siêu âm tiền sản là hạn chế bỏ sót dị tật thai, giúp các bác sĩ Sản và Nhi khoa biết trước những dị tật để theo dõi và quản lý nhằm cải thiện cho kết cục sau sinh.

Mới đây, một nghiên cứu lớn về sàng lọc bằng siêu âm kiểm tra giải phẫu thai ở quý 3 lúc thai 35 – 37 tuần, được thực hiện bởi ICARA và cộng sự, đã giúp chỉ ra tỷ lệ và các loại bất thường có thể bị bỏ sót, qua đó cho thấy giá trị to lớn của siêu âm tầm soát dị tật thai ở quý 3.

Dân số nghiên cứu là 52.400 ca đơn thai, khám định kỳ lúc thai 35⁺⁰ đến 36⁺⁶ tuần tại Bệnh viện Đại học King's, Luân Đôn và Bệnh viện Hàng hải Medway, Gillingham, Vương quốc Anh từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 3 năm 2019, bao gồm thai sống hoặc chết lưu nhưng loại trừ những trường hợp đã biết trước có bất thường NST.

Tất cả đều được siêu âm khảo sát hình thái ở quý 2 lúc thai 18 – 24 tuần và quý 3 lúc thai 35 – 37 tuần, trong đó 47.214 ca có thêm một lần

khảo sát ở quý 1 lúc thai 11 – 13 tuần. Tất cả thai đều được siêu âm theo một qui trình chuẩn hóa bởi các chuyên gia có chứng chỉ siêu âm về bất thường thai của Tổ chức Y học bào thai hoặc bởi các học viên dưới sự giám sát của các chuyên gia này. Siêu âm được thực hiện chủ yếu bằng đường bụng. Thời gian dành cho siêu âm là 30 phút.

Tất cả trẻ sinh ra tại bệnh viện đều được bác sĩ nhi kiểm tra. Tất cả các bất thường được chẩn đoán trước sinh và trong thời kỳ sơ sinh đều được ghi nhận.

Tỷ lệ bất thường thai được phát hiện là 1,9% (995/52.400), trong đó:

- 67,7% được phát hiện ở quý 1 hoặc 2.
- 24,8% chỉ được phát hiện ở quý 3.
- 7,4% chỉ được phát hiện sau sinh.

Tỷ lệ bất thường chỉ được phát hiện ở quý 3 là 0,5% (247/52.400); bao gồm giãn nhẹ não thất, nang màng nhện, tật đầu nhỏ, nang tuyến lệ, thông liên thất, hẹp động mạch chủ, khiếm khuyết van ba lá, u cơ vân, teo thực quản, teo tá tràng, teo ruột non, thận ứ nước, thận đôi, nang bụng, nang buồng trứng, ứ máu âm đạo, loạn sản sụn.

Tỷ lệ bất thường chỉ được phát hiện sau sinh là 0,1% (74/52.400); bao gồm chẻ vòm đơn độc, thông liên thất, hẹp động mạch chủ, khiếm khuyết van ba lá, teo thực quản, hẹp hậu môn, rò trực tràng âm đạo, cơ quan sinh dục mơ hồ, lỗ tiểu đóng thấp, đa ngón và dính ngón.

Nghiên cứu sàng lọc trên 5.044 thai ở quý 3 lúc thai 28 – 32 tuần của Manegold G và cộng sự

cho thấy siêu âm quý 3 giúp phát hiện 0,9% bất thường mới; thường gặp là thận ú nước, thông liên thất, giãn não thất, bất sản thận một bên và nang buồng trứng. Có 27 bất thường được chẩn đoán lần đầu sau sinh là thông liên thất, hẹp động mạch chủ, hẹp hậu môn, giãn nhẹ não thất, tật đầu nhỏ, chẻ vòm và bàn chân khoè.

Nghiên cứu của Malinger G và cộng sự báo cáo trên 15% trường hợp bất thường thần kinh trung ương chỉ được phát hiện trong quý 3; phổ biến nhất là giãn não thất, rối loạn phát triển thể chai hoặc thùy nhộng, nang màng nhện, nang não hoặc xuất huyết, rối loạn di trú, tật đầu to và đầu nhỏ.

Nghiên cứu của Yinon Y và cộng sự ghi nhận 47 thai có bất thường não chỉ được phát hiện sau 24 tuần trong khi kết quả kiểm tra bình thường lúc 21 – 24 tuần; phổ biến nhất là nang nội sọ, giãn nhẹ não thất, bất sản hay thiếu sản thể chai và xuất huyết nội sọ.

Nghiên cứu của Freud LR và cộng sự báo cáo 117 trẻ hẹp động mạch chủ nặng, chỉ có 10 trường hợp được chẩn đoán trước sinh và cho rằng thất bại này có thể do kích thước bốn buồng tim tương đối bình thường ở quý 2 và tác nghẽn chỉ đáng kể ở quý 3.

Một phân tích tổng hợp của Chao AS và cộng sự báo cáo 124 trường hợp u cơ vân ở tim thai có tuổi thai trung bình được chẩn đoán là 31 tuần và chỉ có 14% được phát hiện trước 24 tuần.

Rabinowitz R và cộng sự cho rằng thận ú nước có thể được chẩn đoán muộn khi nước tiểu của thai được sản xuất gia tăng theo cấp số nhân ở quý 3 làm lộ ra bất thường đường niệu. Đây cũng là lời giải thích cho việc phát hiện 30% trường hợp thận đôi, 44 % trường hợp nang thận và hầu hết các trường hợp giãn niệu quản được phát hiện lần đầu ở quý 3.

Tất cả các trường hợp nang buồng trứng đều được chẩn đoán ở quý 3 phù hợp với kết quả phân tích tổng hợp của Tyraskis A và cộng sự, ghi nhận trên 299 trường hợp, tuổi thai trung bình được chẩn đoán là 33 tuần.

Như vậy, nhiều dị tật thai đã bị bỏ sót ở các

lần siêu âm khảo sát hình thái ở quý 1 hoặc quý 2 với một tỷ lệ khá cao, nên nghiên cứu đã cho thấy việc bổ sung thêm một lần siêu âm tầm soát dị tật thai ở quý 3 là có nhiều giá trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ficara, A Syngelaki, A Hammami, R Akolekar and KH Nicolaide. Value of routine ultrasound examination at 35 – 37 weeks' gestation in diagnosis of fetal abnormalities. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019 Oct 8. doi:10.1002/uog.20857
2. Manegold G, Tercanli S, Struben H, Huang D, Kang A. Is a routine ultrasound in the third trimester justified? Additional fetal anomalies diagnosed after two previous unremarkable ultrasound examinations. *Ultraschall Med* 2011; 32: 381-386.
3. Malinger G, Lerman-Sagie T, Waterberg N, Rotmensch S, Lev D, Glezerman M. A normal second-trimester ultrasound does not exclude intracranial structural pathology. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20: 51-56.
4. Yinon Y, Katorza E, Nassise DI, Ben-Meir E, Gindes L, Hoffmann C, Lipitz S, Achiron R, Weisz B. Late diagnosis of fetal central nervous system anomalies following a normal second trimester anatomy scan. *Prenat Diagn* 2013; 33: 929-934.
5. Freud LR, Moon-Grady A, Escobar-Diaz MC, Gotteiner NL, Young LT, McElhinney DB, Tworetzky W. Low rate of prenatal diagnosis among neonates with critical aortic stenosis: insight into the natural history in utero. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 45: 326-332.
6. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Chang YL, Hsieh CC, Lien R, Su WJ. Outcome of antenatally diagnosed cardiac rhabdomyoma: case series and a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 289-295.
7. Rabinowitz R, Peters MT, Vyas S, Campbell S, Nicolaides KH. Measurement of fetal urine production in normal pregnancy by real-time ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1264-1266.
8. Tyraskis A, Bakalis S, David AL, Eaton S, De Coppi P. A systematic review and meta-analysis on fetal ovarian cysts: impact of size, appearance and prenatal aspiration. *Prenat Diagn* 2017; 37: 951-958.

.....

tài liệu

MỚI

2020

CẬP NHẬT

CÔNG BỐ QUỐC TẾ

SẢN PHỤ KHOA 2018 – 2019

Viet Nam International Publication
in Obstetrics and Gynecology
2018 - 2019



HOSREM
Knowledge for Better Health™