

- 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

TIẾP CẬN VÀ ĐÁNH GIÁ CẶP VỢ CHỒNG SẴY THAI TÁI PHÁT

TS. BS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

TIẾP CẬN CẶP VỢ CHỒNG SẴY THAI TÁI PHÁT

Các cặp vợ chồng bị sẩy thai tái phát cần sự đồng cảm và thấu hiểu vì mất thai sớm là một trải nghiệm đau buồn về mặt cảm xúc, tương tự như thai chết lưu hoặc tử vong sơ sinh. Ngoài ra, việc đánh giá có thể gây khó chịu và khó khăn vì nguyên nhân của sẩy thai tái phát của họ có thể không được xác định cũng như có một vài chiến lược chẩn đoán và điều trị dựa trên bằng chứng.

Định nghĩa về sẩy thai tái phát khác nhau, khiến cho việc nghiên cứu hiện tượng và xác định cặp vợ chồng nào cần được tư vấn hoặc điều trị, sẽ khó khăn hơn. Ví dụ, các định nghĩa khác nhau bao gồm:

- Hai hoặc nhiều lần mang thai lâm sàng thất bại được ghi nhận bằng siêu âm hoặc kiểm tra mô bệnh học.
- Ba lần mang thai liên tiếp, không bắt buộc phải thai trong tử cung.

Các chuyên gia đồng thuận rằng một phụ nữ khỏe mạnh bị sẩy thai tự nhiên một lần trong ba tháng đầu hoặc trước 20 tuần tuổi thai thì chưa cần thiết phải khảo sát chuyên sâu, vì đây là những sự kiện tương đối phổ biến. Sẩy thai xảy ra trong khoảng 10 đến 15% số thai lâm sàng dưới 20 tuần tuổi thai. Trong các nghiên cứu tiền cứu, nguy cơ sẩy thai chung trong lần mang thai tiếp theo vẫn còn khoảng 15% sau một lần sẩy thai, nhưng tăng lên 17 đến 31% sau hai lần sẩy thai liên tiếp và đến 25 đến 46% sau

ba lần sẩy thai trở lên. Dựa trên những dữ liệu này và tương tự, hầu hết các chuyên gia bắt đầu đánh giá và điều trị sẩy thai tái phát sau hai lần sẩy thai liên tiếp.

Điều quan trọng cần nhớ là hầu hết phụ nữ bị sẩy thai tái phát có tiên lượng tốt để cuối cùng mang thai thành công, ngay cả khi chẩn đoán xác định không được thực hiện và không bắt đầu điều trị. Trong một nghiên cứu đại diện, tỷ lệ sinh sống chung sau khi đánh giá chẩn đoán bình thường và bất thường đối với sẩy thai tái phát lần lượt là 77 và 71%. Trong một nghiên cứu khác, 8 trong số 17 phụ nữ có từ sáu lần sẩy thai liên tiếp trở lên không giải thích được sau đó đã đạt được kết quả mang thai thành công.

TIỀN SỬ VÀ THĂM KHÁM

Tiền sử

Khai thác tiền sử phải bao gồm mô tả về tuổi thai và đặc điểm (ví dụ: mang thai không phôi – anembryonic pregnancy, hoặc phôi sống) của tất cả các lần mang thai trước. Tuổi thai rất quan trọng vì sẩy thai tái phát thường xảy ra ở tuổi thai tương tự trong các lần mang thai liên tiếp và các nguyên nhân phổ biến nhất của sẩy thai tái phát thay đổi theo tam cá nguyệt. Ví dụ, sẩy thai liên quan đến khiếm khuyết nhiễm sắc thể và nội tiết có xu hướng xảy ra sớm hơn trong thời kỳ mang thai so với bất thường về giải phẫu hoặc miễn dịch; tuy nhiên, có sự chồng lấp đáng kể.

Thông tin bổ sung để xem xét

- Đã từng đặt dụng cụ tử cung, điều này có thể gây ra dính buồng tử cung?
- Các chu kỳ kinh nguyệt có bình thường không? Bất thường về chiều dài chu kỳ có thể là do rối loạn chức năng nội tiết. Có tiết sữa không, điều này cũng gợi ý rối loạn chức năng nội tiết (cường prolactin)?
- Có tiền sử bất thường bẩm sinh hoặc bất thường karyotype, có thể di truyền? Có phải phôi thai /hoạt động tim thai đã từng được phát hiện? Sảy thai tái phát trước khi phát hiện hoạt động của tim thai cũng cho thấy sự bất thường về nhiễm sắc thể. Lịch sử gia đình có hiển thị các mô hình bệnh tật phù hợp với ảnh hưởng di truyền không?
- Có tiếp xúc với độc tố môi trường, có thể gây chết khi phôi đang phát triển không?
- Có tiền sử huyết khối tĩnh mạch hoặc động mạch gợi ý hội chứng antiphospholipid không?
- Thông tin nào có sẵn từ các phòng xét nghiệm, giải phẫu bệnh và chẩn đoán hình ảnh trước đây?

Khám thực thể

Khám thực thể phải bao gồm đánh giá thể chất tổng quát, chú ý đến các dấu hiệu của bệnh nội tiết (ví dụ: rậm lông, tiết sữa) và các bất thường của cơ quan vùng chậu (ví dụ: dị tật tử cung, rách cổ tử cung).

Đánh giá sức khỏe tâm thần

Sảy thai tái phát là một nguyên nhân gây căng thẳng lớn cho các cặp vợ chồng. Một nghiên cứu trên 301 phụ nữ sảy thai tái phát đã báo cáo tỷ lệ trầm cảm cao gấp 4 lần (8,6 so với 2%) và tăng gấp đôi căng thẳng nghiêm trọng (41 so với 23%) đối với những phụ nữ không sảy thai tái phát. Nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá sức khỏe tâm thần, bao gồm sàng lọc bệnh trầm cảm, như là một phần của công việc sảy thai tái phát.

ĐÁNH GIÁ CẶP VỢ CHỒNG SẢY THAI TÁI PHÁT

Những xét nghiệm hữu ích thường dùng Karyotype

Karyotyping của các cặp vợ chồng là một phần của việc đánh giá sảy thai tái phát, mặc dù xác suất thấp của sự bất thường, chi phí cao và giá trị tiên lượng hạn chế. Mục đích là để phát hiện sự chuyển vị cân bằng hoặc chuyển vị Robertson hoặc thể khảm có thể được truyền cho thai nhi.

Do khả năng có nhiễm sắc thể bất thường ở các cặp vợ chồng mắc sảy thai tái phát thấp, đây là xét nghiệm cuối cùng được thực hiện khi các khảo sát trước đó mang lại kết quả âm tính. Một tổng quan về các phát hiện di truyền tế bào học trong 79 nghiên cứu được công bố về các cặp vợ chồng có hai lần mất thai trở lên ($n = 8.208$ nữ và 7.834 nam) đã quan sát thấy tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể chính là 2,9%, cao gấp 5 đến 6 lần so với dân số trưởng thành chung. Khoảng một nửa trong số những bất thường là sự chuyển vị đối ứng cân bằng, một phần tư là sự chuyển vị Robertson và một phần mười là thể khảm nhiễm sắc thể giới tính ở phụ nữ; phần còn lại bao gồm các nghịch đảo và các bất thường lẻ tẻ khác. Một cơ sở dữ liệu lớn sau đó đã báo cáo những phát hiện tương tự: 4,7% các cặp vợ chồng có hai lần phá thai tự phát trở lên bao gồm một người mang bất thường nhiễm sắc thể cấu trúc, thường là chuyển vị hoặc đảo ngược.

Bất thường nhiễm sắc thể có thể phát hiện được trong các chế phẩm máu ngoại vi của cha mẹ là một chỉ số gián tiếp và hạn chế của karyotype của thai nhi. Do đó, nhiều chuyên gia cũng khuyên dùng karyotype của mô thai. Nhiễm sắc thể bình thường cho thấy (nhưng không chứng minh) yếu tố môi trường của người mẹ là nguyên nhân gây mất thai, trong khi lệch bội (aneuploidy) thường là một lời giải thích đầy đủ cho một thai kỳ không thể sống được. Trong một số trường hợp, phân tích karyotype của mô

thai chỉ ra một kiểu nhiễm sắc thể bình thường, nhưng phân tích chi tiết hơn về sự lai tạo gen cho thấy có những bất thường lớn. Bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể trong mô thai là một chỉ định để phân tích karyotype của cha mẹ nếu chưa được thực hiện.

Nếu mô thai không phát triển trong nuôi cấy, karyotype thông thường không thể được xác định. Các tế bào từ mô thai có bất thường nhiễm sắc thể, đặc biệt là trisomy 7 và tam bội, ít có khả năng phát triển trong nuôi cấy, do đó làm sai lệch kết quả của các nghiên cứu đoàn hệ về tần suất lệch bội trong các sản phẩm thụ thai từ thai kỳ sẩy thai tự nhiên. Phép lai genome so sánh chuỗi không yêu cầu phân chia tế bào, và do đó có thể hữu ích trong việc sẩy thai với sự thất bại trong nuôi cấy.

Đánh giá tử cung

Nguyên nhân giải phẫu của sẩy thai tái phát thường được chẩn đoán bằng cách sử dụng hysterosalpingography (HSG) hoặc siêu âm. Siêu âm bơm nước buồng tử cung cung cấp nhiều thông tin hơn so với HSG. Hysteroscopy, laparoscopy, hoặc cộng hưởng từ (MRI) cũng có thể được thực hiện, khi cần thiết, nhưng tốn kém hơn và (ngoại trừ MRI) xâm lấn hơn so với siêu âm. Do đó, chúng được sử dụng làm xét nghiệm bậc hai khi cần thêm thông tin để xác định chẩn đoán. Siêu âm đặc biệt hữu ích ở phụ nữ mang thai, trong khi các xét nghiệm khác có chống chỉ định tương đối hoặc tuyệt đối.

– **Siêu âm** – Siêu âm mô tả các đường viền bên trong của khoang tử cung, cung cấp hình ảnh siêu âm đồng thời của bề mặt ngoài và thành tử cung. Nó cung cấp thông tin về sự thông thương của ống dẫn trứng, có thể phân biệt giữa tử cung có vách ngăn và tử cung 2 sừng. Trong các nghiên cứu so sánh, siêu âm bơm nước buồng tử cung chính xác hơn HSG và cung cấp thêm thông tin về bất thường tử cung.

– **Hysterosalpingogram – HSG** cung cấp một số thông tin tương tự như siêu âm. Nó cung cấp thêm thông tin về giải phẫu và sự thông thương của ống dẫn trứng; tuy nhiên, nó không đánh

giá đường viền bên ngoài của tử cung, do đó, nó không thể phân biệt đáng tin cậy giữa tử cung có vách ngăn và tử cung 2 sừng.

– **Hysteroscopy – Nội soi buồng tử cung** được coi là tiêu chuẩn để chẩn đoán các bất thường trong tử cung. Ngoài ra, điều trị nhiều tổn thương trong tử cung có thể được thực hiện trong suốt quá trình. Tuy nhiên, nó cũng không thể phân biệt một cách đáng tin cậy giữa một tử cung có vách ngăn và tử cung 2 sừng trừ khi nội soi ổ bụng cũng được thực hiện. Do chi phí và khả năng xâm lấn của nó, đánh giá tử cung bằng nội soi buồng tử cung thường được dành cho những người nghi ngờ bệnh lý trong tử cung và có thể cần phải phẫu thuật nội soi.

– **Siêu âm**

- **Siêu âm qua đường âm đạo (Transvaginal Sonography – TVS)** và **siêu âm qua ổ bụng** rất hữu ích trong việc chẩn đoán tử cung có vách ngăn và bất thường ở thận, đồng thời cung cấp thông tin về sự hiện diện và vị trí của u xơ cơ tử cung. TVS cũng cung cấp thông tin về sự hiện diện và vị trí của u cơ tử cung. Trong thai kỳ, siêu âm có khả năng chẩn đoán hở eo cổ tử cung và đánh giá khả năng sống của thai nhi.
- **Siêu âm ba chiều**, nếu có, là chính xác trong chẩn đoán bất thường tử cung. Trái ngược với siêu âm hai chiều, nhưng tương tự như chụp cộng hưởng từ, nó cho phép hình dung cả khoang tử cung và đường viền ngoài của tử cung.

– **Chụp cộng hưởng từ – MRI** rất hữu ích để phân biệt giữa tử cung có vách ngăn và tử cung 2 sừng nghi ngờ trên siêu âm hoặc HSG. Nó ít xâm lấn và ít tốn kém hơn so với nội soi cho mục đích này. Ví dụ, một nghiên cứu trên 26 phụ nữ so sánh MRI (n = 26), TVS (n = 14) và HSG (n = 20) để phân loại dị thường ống müllerian báo cáo rằng MRI đã chẩn đoán đúng 24 trong số 24 trường hợp, TVS đã đúng trong 11 trên 12 trường hợp và HSG chỉ đúng trong 4 trường hợp. Để chẩn đoán tử cung có vách ngăn, MRI thực hiện tốt hơn TVS hai chiều (độ nhạy và độ

đặc hiệu 100% đối với MRI so với 100 và 80%, tương ứng đối với TVS). Siêu âm ba chiều cũng đáng tin cậy, nhưng đơn giản hơn MRI để phân biệt tử cung có vách ngăn với tử cung 2 sừng.

– *Kháng thể anticardiolipin và chất chống đông máu lupus* – Cả hai xét nghiệm nên được thực hiện hai lần, cách nhau 6 đến 8 tuần, bởi vì nồng độ dương tính thấp đến trung bình có thể là bệnh do virus và trở lại bình thường thời gian sau đó. Hiệu giá kháng thể anticardiolipin được coi là tăng nếu chẩn độ trung bình hoặc cao của cả IgG và IgM. Việc phát hiện chất chống đông máu lupus thường dựa trên thời gian thromboplastin từng phần được hoạt hóa, thời gian đông máu plasma kaolin hoặc thời gian thử nghiệm Russell viper pha loãng.

– *Chức năng tuyến giáp* – Cần đánh giá chức năng tuyến giáp ở phụ nữ có các biểu hiện lâm sàng hoặc tiền sử cá nhân mắc bệnh tuyến giáp. Sàng lọc phụ nữ không có triệu chứng rối loạn chức năng tuyến giáp dưới lâm sàng còn gây tranh cãi. Tuy nhiên, sàng lọc chức năng tuyến giáp là hợp lý vì có bằng chứng về việc tăng nguy cơ sảy thai ở phụ nữ bị suy giáp dưới lâm sàng và ở phụ nữ bình giáp có kháng thể peroxidase (TPO) tuyến giáp.

Những phân tích gộp của các nghiên cứu bệnh chứng và đoàn hệ đã phát hiện ra rằng sự hiện diện của tự kháng thể TPO ở phụ nữ bình giáp có liên quan đến việc tăng nguy cơ sảy thai tự nhiên cao gấp 2 đến 3 lần so với phụ nữ không có các kháng thể này. Ngoài ra, phân tích tổng hợp hai thử nghiệm ngẫu nhiên về tác dụng của việc thay thế tuyến giáp ở những phụ nữ này cho thấy việc điều trị có liên quan đến việc giảm đáng kể nguy cơ sảy thai (nguy cơ tương đối 0,48, KTC 95%, 0,25 – 0,92); tuy nhiên, có những hạn chế về phương pháp cho những thử nghiệm này.

Các xét nghiệm ít hữu ích hơn

– *Đánh giá dự trữ buồng trứng* – Dự trữ buồng trứng có thể được đánh giá bằng cách đo số lượng nang noãn (AFC), FSH, AMH, hoặc

immunin-B. Đánh giá dự trữ buồng trứng sử dụng nồng độ FSH ngày 3 có thể được xem xét trong đánh giá sảy thai tái phát ở phụ nữ mọi lứa tuổi. Nếu việc đo nồng độ FSH bị giới hạn ở phụ nữ trên 34 tuổi thì một phần tư trong số những người này có giá trị tăng cao sẽ bị bỏ qua.

Dự trữ buồng trứng đầy đủ được thiết lập bằng cách sử dụng nồng độ FSH ngày 3 của chu kỳ dưới 15 mIU/mL hoặc thử nghiệm clomiphene (ví dụ, clomiphene citrate 100 mg mỗi ngày được thực hiện vào ngày 5 đến 9 của chu kỳ. Mức FSH dưới 15 mIU/mL vào cả hai ngày 3 và 10 là bình thường. Nồng độ estradiol huyết thanh cao trong ngày 3 trên 80 pg/mL cũng liên quan đến việc giảm số lượng noãn bào. Trong một nghiên cứu, nồng độ FSH hoặc estradiol, hoặc cả hai, đều tăng ở 58% phụ nữ mắc sảy thai tái phát không giải thích được, nhưng cũng có 19% trong nhóm chứng với nguyên nhân đã biết gây sảy thai tái phát.

– *Xét nghiệm khác* – Các xét nghiệm bổ sung có thể được chỉ định ở những phụ nữ có biểu hiện lâm sàng gợi ý bệnh lý nội khoa.

– *Trạng thái tăng đông* – Có một tài liệu lớn và mâu thuẫn về mối liên quan giữa huyết khối di truyền của mẹ và sảy thai tự phát tái phát xảy ra trong 3 tháng đầu. Đánh giá cho một huyết khối di truyền có thể được xem xét trong các trường hợp mất thai muộn tái phát không giải thích được (sau 9 tuần tuổi thai) liên quan đến bằng chứng thiếu máu cục bộ và nhồi máu và huyết khối của mẹ. Phụ nữ bị chứng huyết khối được xác định có thể bắt đầu dùng thuốc chống đông máu ngay sau khi thụ thai.

– *Nuôi cấy và huyết thanh học* – Nuôi cấy cổ tử cung định kỳ đối với Chlamydia hoặc Mycoplasma, đánh giá tình trạng âm đạo do vi khuẩn và huyết thanh học toxoplasmosis không hữu ích trong việc đánh giá sảy thai tái phát ở những phụ nữ khỏe mạnh khác.

– *Tự kháng thể và chức năng miễn dịch* – Nhiều nghiên cứu đã báo cáo sự hiện diện của tự kháng thể ở phụ nữ sảy thai tái phát. Chỉ có kháng thể anticardiolipin và chất chống đông máu rõ ràng

có liên quan đến mất thai. Kết quả thai kỳ của phụ nữ có và không có kháng thể kháng nhân (Anti-nuclear antibody – ANA) là như nhau; dữ liệu có sẵn không hỗ trợ xét nghiệm ANA cho phụ nữ sẩy thai tái phát. Ngoại trừ kháng thể anticardiolipin và chất chống đông lupus, không nên thử nghiệm những bệnh tự miễn hoặc tự kháng thể khác cho phụ nữ sẩy thai tái phát không giải thích được với mục đích cố gắng dự đoán nguy cơ mất thai.

– **Sàng lọc đái tháo đường** – Sàng lọc bệnh đái tháo đường nên được giới hạn ở những phụ nữ có các biểu hiện lâm sàng của bệnh. Chỉ có bệnh đái tháo đường kiểm soát kém có liên quan đến sẩy thai.

– **Nồng độ progesterone** – Nồng độ progesterone huyết thanh không dự đoán được kết quả mang thai trong tương lai.

– **Sinh thiết nội mạc tử cung** – Chẩn đoán khiếm khuyết giai đoạn hoàng thể dựa trên kết quả sinh thiết nội mạc tử cung. Tuy nhiên, dữ liệu chất lượng cao cho thấy xét nghiệm này không dự đoán được tình trạng sinh sản; do đó, ngày nay không còn dùng với mục đích này.

TÓM LẠI

Tiếp cận phụ nữ sẩy thai tái phát khi có trên hai lần sẩy thai liên tiếp.

Khai thác tiền sử phải bao gồm mô tả về tuổi thai và đặc điểm (ví dụ: mang thai không phôi – anembryonic pregnancy – hoặc phôi sống) của tất cả các lần mang thai trước. Tuổi thai rất quan trọng vì sẩy thai tái phát thường xảy ra ở tuổi thai tương tự trong các lần mang thai liên tiếp và các nguyên nhân phổ biến nhất của sẩy thai tái phát thay đổi theo từng tam cá nguyệt. Khám thực thể nên bao gồm đánh giá thể chất tổng quát với sự chú ý đến các dấu hiệu của bệnh nội tiết (ví dụ: rậm lông, tiết sữa) và các bất thường của cơ quan vùng chậu (ví dụ: dị tật tử cung, rách cổ tử cung).

Các xét nghiệm được sử dụng để đánh giá ban đầu đối với phụ nữ sẩy thai tái phát:

– Siêu âm để đánh giá các bất thường tử cung.

– Kháng thể anticardiolipin (IgG và IgM) và chất chống đông lupus được thực hiện hai lần, cách nhau sáu đến tám tuần.

– Hormone kích thích tuyến giáp (TSH) và kháng thể peroxidase của tuyến giáp.

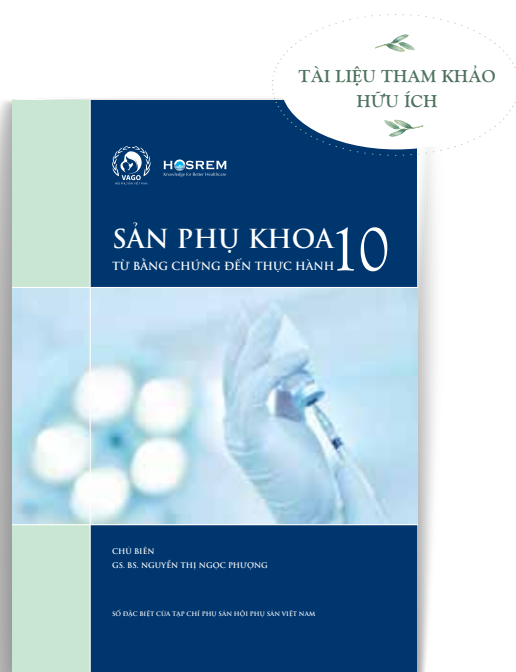
– Karyotype của cha mẹ và karyotype của mô thai sẩy nếu các xét nghiệm trên là bình thường.

Các xét nghiệm bổ sung phụ thuộc vào chẩn đoán được gợi ý qua thăm khám và hỏi bệnh cũng như kết quả xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of recurrent early pregnancy loss. ACOG practice bulletin no. 24, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 2001.
2. Ansari AH, Kirkpatrick B. Recurrent pregnancy loss. An update. J Reprod Med 1998; 43: 806.
3. Cervera R, Balasch J. Autoimmunity and recurrent pregnancy losses. Clin Rev Allergy Immunol 2010; 39:148.
4. Greentop Guideline 17. Recurrent Miscarriage, investigation and treatment of couples. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011.
5. Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. Fertil Steril 2010; 93: 1234.
6. Thangaratnam S, Tan A, Knox E et al. Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth: meta-analysis of evidence. BMJ 2011; 342: d2616.

.....



Sách phát hành ở văn phòng HOSREM
từ ngày 9 . 3 . 2020