

CÁC TIỀN BỘ CỦA SIÊU ÂM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG SẢN PHỤ KHOA

- 04 Tiếp cận siêu âm hình thái học thai nhi ở tam cá nguyệt thứ nhất  
BS. Võ Tá Sơn
- 12 Siêu âm tầm soát dị tật quý I thai kỳ  
BS. Huỳnh Chính, BS. Nguyễn Việt Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 19 Siêu âm bất thường thai trước 11 tuần  
BS. Nguyễn Hải Đăng, BS. Võ Tá Sơn
- 27 Thai chậm tăng trưởng trong tử cung: những quan điểm và đồng thuận mới  
BS. CKI Lâm Thị Ngọc Ánh, BS. CKI Nguyễn Anh Duy, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 35 Cơ chế điều hòa mạch máu và siêu âm doppler ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung  
BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 40 Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán bất thường não thai nhi  
BS. Nguyễn Thị Thu Trang, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 49 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán Alpha Thalassemia  
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 52 Chẩn đoán trước sinh tật cằm nhỏ  
BS. Tôn Thanh Tâm, BS. Võ Tá Sơn
- 57 Dấu hiệu “đường xếp chồng” (superimposed line sign – SLS) – một dấu hiệu siêu âm mới giúp chẩn đoán sớm chèn vòm khẩu cái ở thai  
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 59 Lựa chọn mô hình sàng lọc hội chứng Down trong giai đoạn chuyển giao NIPT  
BS. Nguyễn Hoàng Long, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 65 Vai trò của siêu âm trong chuyển dạ  
BS. Nguyễn Thị Tuyết Hà, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 70 Giá trị của siêu âm nhũ 3D tự động ABVS so với siêu âm nhũ 2D trong phát hiện bất thường tuyến vú tại Bệnh viện Phụ nữ TP Đà Nẵng  
ThS. BS. Bùi Thị Như Quỳnh, ThS. BS. Võ Xuân Phúc, ThS. BS. Nguyễn Thị Thùy Trang
- 74 Siêu âm khảo sát khuyết sọ mở lấy thai theo đồng thuận Dephi 2019  
BS. CKI Lê Tiểu My
- 78 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán u xơ tử cung và bệnh tuyến cơ tử cung  
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 84 Cập nhật một số cơ chế bệnh sinh tiền sản giật  
TS. BS. Trương Thị Linh Giang
- 89 U xơ cơ tử cung và thai kỳ  
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 92 Cập nhật bệnh lý cổ tử cung liên quan đến chức năng sinh sản  
Hồ Ngọc Lan Nhi, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 96 Sử dụng thuốc lá điện tử và sức khỏe sinh sản  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 100 Đáp án ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai  
Nhóm bác sĩ bệnh viện Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

Journal Club

- 103 Tiếp cận xử trí thai chết lưu (Đồng thuận của Hội Sản Phụ khoa Mỹ)
- 106 Ối vỡ trước chuyển dạ (Khuyến cáo thực hành của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ)
- 108 Cập nhật Cytomegalovirus và thai kỳ từ Hướng dẫn của ISUOG 2020

Mời viết bài Y học sinh sản



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



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021  
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”  
Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021

Hội viên liên kết  
Bạch kim năm 2020



Hội viên liên kết  
Vàng năm 2020



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

Nhóm bác sĩ bệnh viện Mỹ Đức / GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

\*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 Thiệu Trung, BS. Lê Tuấn Quốc Khánh, BS. Phạm Hoàng Phúc

Tóm tắt bệnh án: Thai phụ 32 tuổi, PARA 0010, hiện có thai #12 tuần, nhóm máu O, Rhesus âm, tiền sử nạo thai lưu 10 tuần không được tiêm anti-D. Nồng độ kháng thể anti-D hiện tại của chị là 1:16.

**Câu hỏi 1:** Các bạn cho biết thai phụ này có vấn đề gì cần quan tâm?

Thai phụ có nhóm máu O, Rhesus D âm tức là trên bề mặt hồng cầu không có kháng nguyên A, B, D và trong huyết thanh có kháng thể anti-A, anti-B, anti-D.

Hồng cầu thai nhi được thành lập sớm, khoảng 3 tuần sau khi phôi làm tổ và Rh antigen có thể được phát hiện trên bề mặt hồng cầu khoảng 38 ngày sau khi thụ tinh<sup>[1]</sup>.

Máu mẹ Rh (-), đã có kháng thể anti-D với nồng độ khá cao 1:16, do lần có thai trước đây

(thai lưu 10 tuần) đã có hút thai lưu gây tổn thương nội mạc tử cung mà không tiêm RhID để trung hòa kháng nguyên Rh trên bề mặt hồng cầu của thai nhi, nên kháng nguyên này đã kích thích hệ miễn dịch ở người mẹ sản xuất ra kháng thể anti-D. Do đó, ở thai kỳ lần này khi hiệu giá kháng thể anti-D là 1:16, nếu thai nhi có nhóm máu Rh D (+) thì thai có nguy cơ thiếu máu tán huyết do kháng nguyên bề mặt hồng cầu của thai gặp kháng thể anti-D trong huyết thanh mẹ.

**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.

**Đáp án:** câu c,d đúng.

**Phù nhau – thai (hydrops fetalis)** do tình trạng thiếu máu tán huyết nghiêm trọng. Tỷ lệ tử vong trong các trường hợp phù nhau – thai lên đến trên 50%<sup>[2]</sup>. Tuy nhiên, hiện tượng này

thường chưa xảy ra trong thai kỳ sớm mà xuất hiện trễ hơn, khi thai nhi đã bị thiếu máu tán huyết nặng.

Do đó, *đáp án a chưa chính xác.*

**Chọc dò ối khi thai 12 tuần** không giúp xác định nhóm máu cùng với yếu tố Rhesus của thai nhi. Ngoài ra, chọc dò ối có tỷ lệ sảy thai. Đối với người mang thai Rh (-), chọc dò buồng ối còn có nguy cơ gây chảy máu, 1 – 2% các trường hợp sẽ có # 1 mL máu và hồng cầu của thai nhi đi vào hệ tuần hoàn của mẹ. Kháng nguyên D bám trên bề mặt của hồng cầu thai nhi sẽ kích thích hệ miễn dịch của mẹ sản xuất thêm kháng thể anti-D, phản ứng kháng nguyên – kháng thể xảy ra, hồng cầu thai nhi vỡ nhiều hơn. Tuy nhiên, theo báo cáo của Kristensen và cộng sự (2019), khả năng xảy ra biến chứng này tương đối thấp, chỉ khoảng 0,18%<sup>[3]</sup>.

*Do đó, đáp án b chưa chính xác.*

**Dặn thai phụ lần sau có chồng đi theo** là đúng, nhưng có thể hơi muộn. Nên mời người chồng đến sớm hơn để xét nghiệm xác định nhóm máu và yếu tố Rhesus của chồng, giúp xác định nhóm Rhesus của con. Nếu người chồng

có Rh (-), thì thai nhi cũng sẽ Rh (-), phản ứng kháng nguyên – kháng thể sẽ không xảy ra. Nếu chồng Rh (+), cần xét nghiệm thêm để biết đồng hợp tử (có 2 gen D, thai nhi chắc chắn sẽ có Rh(+)) hay dị hợp tử (có 1 gen D, xác suất thai nhi có Rh(+)) là 50%.

*Do đó, đáp án c đúng.*

Ngoài vấn đề bất tương hợp yếu tố Rhesus, cần **tầm soát lệch bội nhiễm sắc thể** cho thai. Xét nghiệm Double test giúp kiểm tra và định lượng nồng độ  $\beta$ -hCG tự do (free beta-human chorionic gonadotropin) và PAPP-A (pregnancy associated plasma protein A) có trong máu của thai phụ, kết hợp với siêu âm đo độ mờ da gáy, tuổi mẹ, tuổi thai,... nhằm đánh giá nguy cơ của bệnh bất thường nhiễm sắc thể như hội chứng Down (trisomy 21), Edwards (trisomy 18) và Patau (Trisomy 13).

*Do đó, đáp án d đúng.*

**Câu hỏi 3:** Chọc dò ối và xét nghiệm máu cuống rốn thai cho kết quả thai nhi có nhóm máu A, Rhesus (+), antigen RhD (+). Bạn tiếp tục theo dõi, xử trí như thế nào đối với trường hợp có A này?

Bên cạnh những theo dõi thường quy trong thai kỳ, sản phụ cần được xét nghiệm định lượng kháng thể Rh anti-D trong máu. Mức độ nặng hay nhẹ của bệnh lý tán huyết miễn dịch Rhesus âm có liên quan mật thiết đến số lượng kháng thể trong máu mẹ<sup>[4]</sup>.

Phải xét nghiệm định lượng kháng thể anti-D ở mẹ mỗi 4 tuần đến 24 tuần, rồi sau đó 2 tuần một lần để theo dõi sự tiến triển của tán huyết trên thai trong suốt thai kỳ và có hướng xử lý đúng mức<sup>[4]</sup>.

Nếu lượng kháng thể trong máu mẹ tăng, xem lại ngay siêu âm Doppler đo tốc độ dòng chảy ở động mạch não giữa, vì tình trạng tán huyết biểu hiện bằng hiện tượng tăng tốc độ máu chảy trong mạch máu não ở thai nhi.

Theo dõi bằng siêu âm Doppler mỗi tuần, đo đỉnh tốc độ dòng chảy ở động mạch não giữa

(peak velocity of the middle cerebral artery – PV of MCA):

– Nếu PV-MCA ổn định  $\leq 1,5$  MoM và thai phát triển bình thường, không dấu hiệu nặng: bệnh nhân có thể được tiếp tục theo dõi<sup>[5]</sup>.

– Nếu PV-MCA tăng  $> 1,5$  MoM: cần chọc dò ối định lượng bilirubin và chọc dò lấy máu cuống rốn xét nghiệm Hematocrit thai<sup>[5]</sup>.

– Nếu Hct  $\leq 30\%$ : lựa chọn điều trị duy nhất lúc này là truyền máu cho thai trong tử cung (Intrauterine transfusion)<sup>[6]</sup>.

– Nếu Hct  $> 30\%$ , theo dõi thêm bằng cách lấy máu cuống rốn sau 2 tuần. Nếu diễn tiến thuận lợi, nồng độ kháng thể Rh anti-D thấp, không giảm Hct và không tăng bilirubin ở máu thai nhi, có thể tiếp tục theo dõi và chấm dứt thai kỳ ở 37 – 38 tuần<sup>[4]</sup>.

Có 2 cách truyền máu cho thai trong tử cung khi thai bị thiếu máu tán huyết nặng:

- Truyền vào ổ bụng thai (intrauterine peritoneal transfusion – IPT).
- Truyền trực tiếp vào mạch máu ở gốc cuống rốn (intravascular intrauterine transfusion – IUT).

So với phương pháp truyền máu vào mạch máu gốc cuống rốn thai nhi, truyền máu vào ổ bụng thai nhi có tỷ lệ biến chứng cao hơn và hiệu quả kém hơn do tuổi thai trung bình lúc sinh

thấp, 30,7 tuần so với 34,1 tuần ( $p = 0,011$ ) và tỷ lệ sinh sống ngã âm đạo chỉ 50% so với 83%,  $p < 0,05$ )<sup>[7]</sup>. Tuy nhiên, kỹ thuật truyền máu vào gốc cuống rốn khó hơn.

Lưu ý phải truyền máu nhóm O, Rhesus (–), đã được sàng lọc kỹ và phải làm phản ứng chéo với máu của mẹ. Lượng máu cần truyền tùy thuộc vào Hct ban đầu và tuổi thai. Có thể phải cân nhắc truyền máu lặp lại nhiều lần cho đến khi có thể chấm dứt thai kỳ<sup>[8]</sup>.

#### Câu hỏi 4: Bạn cho biết khi nào thì xét nghiệm Coombs trực tiếp và gián tiếp, để làm gì?

Xét nghiệm Coombs dùng để phát hiện các kháng thể kháng hồng cầu trong huyết thanh hoặc trên kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu<sup>[9]</sup>.

Xét nghiệm Coombs trực tiếp dùng để phát hiện kháng thể gắn trên bề mặt của hồng cầu, có thể do tự miễn hay do tác động của yếu tố bên ngoài truyền vào, như hồng cầu Rh (+) của thai nhi chui vào hệ tuần hoàn của mẹ, gây phản ứng sinh kháng thể ở máu mẹ.

Khi người mẹ Rh (–) mang thai lần đầu mà người cha Rh (+), người mẹ phải được tiêm RhIG lúc thai 26 – 28 tuần hoặc trong lúc chuyển dạ sinh hay mổ lấy thai. Nếu không được tiêm RhIG thì nhiều khả năng máu mẹ sẽ sinh ra kháng thể kháng Rh (+).

Khi cần biết rõ máu có kháng thể kháng Rh (+) gắn trên hồng cầu hay không, ta cho xét nghiệm Coombs trực tiếp.

Xét nghiệm Coombs gián tiếp dùng để phát hiện kháng thể có trong huyết thanh của máu mẹ. Xét nghiệm này còn được gọi là xét nghiệm định lượng anti-D trong máu mẹ. Đây là xét nghiệm quan trọng để theo dõi thai kỳ của người mẹ Rh(–). Hiệu giá kháng thể của xét nghiệm Coombs gián tiếp sẽ được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu<sup>[10]</sup> và lặp lại mỗi 3 tuần trong thai kỳ<sup>[11]</sup> cho đến khi đạt được hiệu giá kháng thể “giới hạn”. Ngưỡng giới hạn là ngưỡng có liên quan với nguy cơ phát triển thiếu máu nặng và phù thai. Dưới ngưỡng này, thai có nguy cơ thiếu máu nhẹ đến trung bình. Ngưỡng giới hạn của hiệu giá kháng thể tùy thuộc vào từng trung tâm xét nghiệm, dao động từ 16 đến 32. Nếu vượt quá ngưỡng này, cần thực hiện các đánh giá chuyên sâu hơn để xác định mức độ thiếu máu ở thai nhi Rh (+), vì xét nghiệm Coombs gián tiếp ở mẹ chỉ đóng vai trò tầm soát.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dhorepatil, Shrihari (2012). Dasgupta's Recent Advances in Obstetrics & Gynecology, Vol 9.
2. Hendrickson JE, Delaney M. Hemolytic Disease of the Fetus and Newborn: Modern Practice and Future Investigations. *Transfus Med Rev.* 2016;30(4):159–164. doi:10.1016/j.tmr.2016.05.008
3. Kristensen SS, Nørgaard LN, Tabor A, et al. Do chorionic villus samplings (CVS) or amniocenteses (AC) induce RhD immunisation? An evaluation of a large Danish cohort with no routine administration of anti-D after invasive prenatal testing. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2019;126(12):1476–1480. doi:10.1111/1471-0528.15861
4. Cacciatore A, Rapiti S, Carrara S, et al. Obstetric management in Rh alloimmunized pregnancy. *J Prenat Med.* 2009;3(2):25–27.
5. Oepkes D, Seaward PG, Vandenbussche FPHA, et al. Doppler Ultrasonography versus Amniocentesis to Predict Fetal Anemia. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa052855>. doi:10.1056/NEJMoa052855
6. Kamp IL van, Klumper FJCM, Oepkes D, et al. Complications of intrauterine intravascular transfusion for fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2005;192(1):171–177. doi:10.1016/j.ajog.2004.06.063
7. Harman CR, Bowman JM, Manning FA, Menticoglou SM. Intrauterine transfusion–Intraperitoneal versus intravascular approach: A case-control comparison. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1990;162(4):1053–1059. doi:10.1016/0002-9378(90)91314-3
8. Kumar S, Regan F. Management of pregnancies with RhD alloimmunisation. *BMJ.* 2005;330(7502):1255–1258.
9. Matthews J, Newton S. The Coombs test. *Clin J Oncol Nurs.* 2010;14(2):143–145. doi:10.1188/10.CJON.143-145
10. Cacciatore A, Rapiti S, Carrara S, Cavaliere A, Ermito S, Dinatale A, Imbruglia L, Recupero S, La Galia T, Pappalardo E M, & Accardi M. C. (2009). Obstetric management in Rh alloimmunized pregnancy. *Journal of prenatal medicine,* 3(2), 25–27.
11. Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization, *Obstetrics & Gynecology: August 2017 – Volume 130 – Issue 2 – p e57–e70* doi:10.1097/AOG.0000000000002232.