

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 56 – QUÝ IV/2020

THỜI ĐIỂM VÀ CÁC BIỆN PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

- 04 Thời điểm chấm dứt thai kỳ của các thai phụ không nguy cơ: đã đến lúc thay đổi?
ThS. BS. Đặng Quang Vinh
- 08 Thời điểm và cách thức chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp
BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung
- 12 Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
BS. CKI. Trần Thị Minh Châu
- 17 Cập nhật thời điểm chấm dứt thai kỳ có chỉ định y khoa
BS. Trần Thế Hùng
- 20 Tư vấn phương thức sinh ở thai phụ con so
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 23 Thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng
BS. CKI Lê Tiểu My
- 27 Khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 33 Xu hướng chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 38 Chấm dứt thai kỳ kèm bất thường hệ thần kinh thai: cần cân nhắc điều gì?
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Yếu tố dự báo kết cục xấu ở song thai
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 46 Ảnh hưởng của phá thai lên tâm lý bệnh nhân
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 48 Những tiến bộ trong việc cải thiện hiệu quả tiếp cận và giảm các biến chứng xuất hiện trong quá trình chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn sớm
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 52 Bệnh lý thiếu máu tán huyết ở thai nhi và sơ sinh
Nhóm bác sĩ BV Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
- 57 Vai trò của siêu âm trong sàng lọc và theo dõi điều trị Hemoglobin Bart
BS. Nguyễn Phước Phương Thảo, BS. Võ Tá Sơn
- 66 Cộng hưởng từ thai nhi trong chẩn đoán nguy cơ bất thường não thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 70 Quan điểm hiện đại về nguồn gốc lạc nội mạc tử cung: mô hình “Endometriosis life”
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 Dây rốn bám màng
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 79 Mạch máu tiền đạo
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 83 Xử trí các bất thường tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung
ThS. BS. Đinh Thanh Nhân
- 86 Ứng dụng mới trong cải thiện hiệu quả đông lạnh tinh trùng thu nhận có số lượng ít
ThS. Huỳnh Trọng Kha, CN. Đặng Thị Huyền Trang, CN. Ngô Hoàng Tín

90 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

91 *Journal Club*

Nằm nghỉ tại giường sau chuyển phôi

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai

Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Tổng quan hệ thống: chấm dứt thai kỳ trong ba tháng đầu bằng cách sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostol hoặc Misoprostol đơn thuần

Đồng thuận ASRM về tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trên những trường hợp vô sinh không do yếu tố nam

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



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



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”

Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021

YẾU TỐ DỰ BÁO KẾT CỤC XẤU Ở SONG THAI

ThS. BS. Hà Thanh Nhã Yến

Bệnh viện Mỹ Đức

Tần suất song thai ngày càng tăng cao, ước tính từ khoảng 19/1.000 ca sinh sống lên đến 32/1.000 ca sinh sống trong khoảng 3 thập niên. Xu hướng này được lý giải do tuổi mẹ cao và sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản^[1]. Song thai có nguy cơ bệnh suất, tử suất của mẹ và trẻ sơ sinh cao. Bên cạnh những yếu tố nguy cơ chung của tất cả thai kỳ, liên quan sức khỏe mẹ và nguy cơ dị tật ở thai, song thai có nhiều yếu tố đặc trưng riêng dự báo kết cục thai kỳ xấu, cần được tầm soát phát hiện sớm để có phương án can thiệp phù hợp. Dựa trên y học chứng cứ, các yếu tố nguy cơ cao ở song thai được đề cập trong bài viết bao gồm song thai một nhau (MC – monochorionic), một thai lưu đơn thuần trong song thai (SIUD – single intrauterine death) và hội chứng truyền máu song thai (twin-to-twin transfusion syndrome – TTTS).

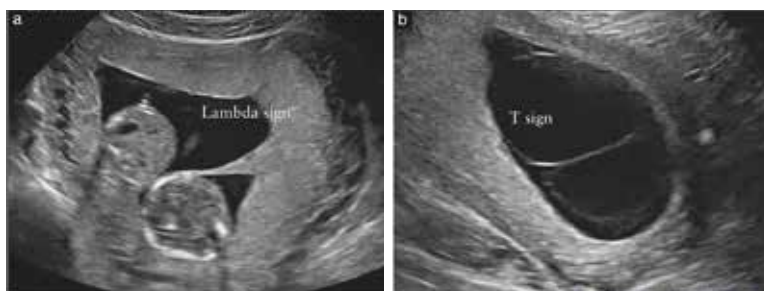
SONG THAI MỘT NHAU

Khoảng 1/5 trường hợp song thai là song thai một nhau. Nguy cơ biến chứng sơ sinh ở song thai một nhau cao hơn song thai hai nhau. Theo nghiên cứu của Catarina và cộng sự, 2020, tỷ lệ sinh non ở song thai trong nhóm một nhau so với hai nhau là 79% so với 72%; trẻ sinh rất nhẹ

cân là 19% so với 14%; dị tật bẩm sinh là 9% so với 6%; suy hô hấp là 23% so với 18%; thiếu máu là 11% so với 5%, xuất huyết quanh não thất là 5% so với 3%; thở máy là 16% so với 10% và tử vong sơ sinh là 4% so với 2%^[2].

Trong những trường hợp song thai một nhau, khoảng 5% là song thai một nhau một ối (MCMA), tương đương 1 trong 10.000 ca sinh sống. Nhóm MCMA có nhiều nguy cơ tử vong chu sinh do dị tật bẩm sinh và bất thường dây rốn. 15% song thai MCMA ngưng tiến triển sau 20 tuần thai kỳ 12, 13^[3].

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Siêu âm Sản Phụ khoa Thế giới (ISUG), siêu âm kiểm tra số lượng bánh nhau và túi ối cần thực hiện trước 13^{6/7} tuần. Số lượng nhau được xác định dựa trên độ dày của màng ối tại vị trí màng ối cắm vào bánh nhau, với hình ảnh T sign hoặc lambda sign và số lượng khối nhau (mức độ khuyến cáo: D) (hình 1)^[4]. Siêu âm ngả âm đạo hoặc Doppler là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ trong trường hợp khó xác định số lượng nhau – ối ở song thai 3 tháng đầu. Hình ảnh này cần được lưu lại trong hồ sơ khám thai. Phụ nữ mang song thai một nhau một ối cần được tư vấn theo dõi thai ở những cơ sở y tế chuyên khoa đủ điều kiện.



Hình 1. Hình siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ.

(a) Song thai hai nhau hai ối, trong đó 2 thai được phân cách bởi một màng dày của nhau và ối.

(b) Song thai một nhau hai ối, trong đó 2 thai được phân cách bởi 2 lớp màng ối mỏng.^[4]

MỘT THAI LƯU ĐƠN THUẦN TRONG SONG THAI

Một thai lưu đơn thuần (sIUD) trong song thai có thể dẫn đến nhiều biến chứng cho thai còn lại. Nghiên cứu đoàn hệ của Antonio và cộng sự năm 2017, phân tích dữ liệu 3.013 trường hợp song thai, bao gồm 2469 song thai hai nhau và 544 song thai một nhau. Tuổi thai lúc sinh trung vị của nhóm song thai một thai lưu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm song thai tiến triển (32,0 tuần so với 36,7 tuần; $P < 0,001$). Nguy cơ sinh non < 34 tuần (RR 4,3; KTC 95%, 3,5 – 5,2), < 32 tuần (RR 6,1; KTC 95% 4,6–8,1) và < 28 tuần (RR 12,4; KTC 95%, 6,9 – 22,2) đều cao ở nhóm một thai lưu đơn thuần trong song thai. Nguy cơ này không thay đổi sau khi phân tích yếu tố gây nhiễu là số lượng nhau. Theo các tác giả, tình trạng một thai lưu là yếu tố nguy cơ sinh non < 28 tuần độc lập ở song thai^[5].

Tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Sarah và cộng sự, 2011, thống kê dữ liệu từ 20 nghiên cứu ở song thai. Mục tiêu phân tích là đánh giá ảnh hưởng của một thai lưu trên thai còn lại trong song thai một nhau và hai nhau về kết cục sinh non, thai chết lưu và bại não trẻ sơ sinh. Tỷ lệ các biến chứng trong nhóm 1 nhau và 2 nhau lần lượt là: thai còn lại chết lưu (15% so với 3%); sinh non (68% so với 54%); bại não sơ sinh (26% so với 2%). Tương tự như báo cáo của Antonio, tổng quan không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sinh non sau một thai lưu đơn thuần ở nhóm song thai một nhau so với hai nhau (OR 1,1; KTC 95%, 0,34 – 3,51; $P = 0,9$). Các tác giả ghi nhận tỷ lệ bại não sơ sinh sau khi một thai lưu trong nhóm song thai một nhau cao hơn 4,81 lần so với nhóm hai nhau (KTC 95%, 1,39 – 16,6; $P < 0,05$)^[6].

Như vậy, một thai lưu đơn thuần gây tăng nguy cơ sinh non ở song thai và tăng tỷ lệ bại não thai còn lại ở song thai một nhau.

HỘI CHỨNG TRUYỀN MÁU SONG THAI

Hội chứng truyền máu song thai xảy ra ở

khoảng 5 – 10% song thai một nhau. Sự trao đổi máu không cân bằng qua sự thông nối mạch máu giữa hai thai, một thai chuyên cho máu và một thai chuyên nhận máu, dẫn đến một loạt các thay đổi huyết động. Trong hội chứng truyền máu song thai, thai nhận bị đa niệu, đa ối và tăng huyết áp, trong khi thai cho bị vô niệu, thiếu ối và hạ huyết áp. Nếu không được can thiệp, 95% song thai có hội chứng truyền máu song thai diễn tiến thai chết lưu^[7]. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Stagnati và cộng sự, 2017, đánh giá vai trò của các chỉ dấu dự báo sớm trước 16 tuần thai kỳ, nguy cơ song thai một nhau có hội chứng truyền máu song thai. Dữ liệu phân tích dựa trên 13 nghiên cứu có báo cáo độ chính xác. Các tác giả ghi nhận, sự chênh lệch độ mờ da gáy (NT) giữa 2 thai $> 20\%$, NT $> BPV\ 95$, chênh lệch CRL giữa 2 thai $> 10\%$ và bất thường ống tĩnh mạch là những yếu tố nguy cơ dự báo hội chứng truyền máu song thai ở song thai một nhau^[8].

Chẩn đoán hội chứng truyền máu song thai dựa trên siêu âm phát hiện sự chênh lệch lượng nước ối giữa 2 thai: thai cho có khoang ối lớn nhất < 2 cm, thai nhận có khoang ối lớn nhất > 8 cm. Phân loại giai đoạn hội chứng truyền máu song thai theo hệ thống Quintero được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng, dù không hoàn toàn giúp dự báo chính xác kết cục thai kỳ (bảng 1)^[9].

Bảng 1. Hệ thống phân loại giai đoạn hội chứng truyền máu song thai theo Quintero.

Giai đoạn	Phân loại
I	Chênh lệch lượng ối 2 thai đa ối – thiếu ối: khoang ối lớn nhất > 8 cm ở thai nhận và khoang ối lớn nhất < 2 cm ở thai cho.
II	Bàng quang thai cho không thấy được trên siêu âm.
III	Mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn, đảo ngược dòng chảy ống tĩnh mạch, bất thường dòng chảy tĩnh mạch rốn ở một trong hai thai.
IV	Phù tích dịch ở một trong hai thai.
V	Một trong hai thai chết lưu.

Mời xem tiếp
ở trang 47

– Một nghiên cứu hồi cứu bao gồm thanh thiếu niên phá thai bằng thuốc ($n = 1.041$) hoặc sinh con ($n = 394$) và sau đó được theo dõi đến 25 tuổi. Sau khi phá thai hoặc sinh con, nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần ở 2 nhóm là tương đương nhau. Một nghiên cứu hồi cứu bao gồm 2 nhóm là: đã phá thai lần đầu ($n = 259$), không phá thai và sinh con đầu lòng ($n = 677$); các phân tích kiểm soát các rối loạn tâm thần trước khi mang thai cũng cho thấy kết quả tương tự.

TÁC ĐỘNG CỦA PHÁ THAI LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI TỰ SÁT

Các nghiên cứu có độ tin cậy cao cho thấy rằng phá thai không làm tăng nguy cơ có ý tưởng hoặc hành vi tự sát. Có 1 vài nghiên cứu cho thấy rằng mối liên quan giữa việc chấm dứt thai kỳ và cố ý tự làm hại bản thân (cố gắng tự tử), nhưng các nhà nghiên cứu cho rằng nguyên nhân chủ yếu là khó khăn về cả mặt tâm lý và xã hội.

TÁC ĐỘNG CỦA PHÁ THAI LIÊN QUAN ĐẾN TRẦM CẢM

Mặc dù có những dữ liệu mâu thuẫn về mối liên hệ của việc chấm dứt thai kỳ với nguy cơ lâu dài dẫn đến trầm cảm, nhưng các nghiên cứu có độ tin cậy cao cho thấy rằng phá thai bằng thuốc không liên quan đến việc tăng nguy cơ các hội chứng trầm cảm.

TÁC ĐỘNG CỦA PHÁ THAI LIÊN QUAN ĐẾN SỰ LO LẮNG

Mặc dù nhiều phụ nữ cảm thấy lo lắng ngay trước khi phá thai (thường lo sợ là đau và khả năng sinh sản sau này), nhưng tỷ lệ lo lắng ở nhóm phụ nữ bị từ chối phá thai lớn hơn so với nhóm phụ nữ phá thai.

CÁC YẾU TỐ CÓ THỂ LIÊN QUAN ĐẾN CẢM XÚC KHI PHÁ THAI

- Tuổi tác.
- Rối loạn tâm thần trước khi phá thai.
- Hỗ trợ xã hội.
- Bạo lực trong mối quan hệ.
- Thái độ đối với việc phá thai.
- Chấm dứt do dị tật thai nhi.

CÁC YẾU TỐ CÓ THỂ KHÔNG LIÊN QUAN ĐẾN CẢM XÚC KHI PHÁ THAI

- Thời gian mang thai.
- Tiền sử phá thai.
- Phương pháp phá thai.
- Tình trạng kinh tế xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adler NE, David HP, Major BN, et al. Psychological factors in abortion. A review. *Am Psychol* 1992; 47:1194.
2. Cameron S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010; 24:657.
3. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 2011; 364:332.
4. Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1995; 167:243.

Tiếp theo bài
trang 45 ➔ YẾU TỐ DỰ BÁO KẾT CỤC XẤU Ở SONG THAI

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martin JA, Osterman MJK. Describing the Increase in Preterm Births in the United States, 2014-2016. *NCHS Data Brief*. 2018 Jun;(312):1-8.
2. Ferraz Liz C, Domingues S, Guedes A, Lopes L. The impact of chorionicity and assisted reproductive therapies in obstetric and neonatal outcomes. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2020 Apr 23;1-6.
3. Glinianaia SV, Rankin J, Khalil A, Binder J, Waring G, Sturgiss SN, et al. Prevalence, antenatal management and perinatal outcome of monochorionic monoamniotic twin pregnancy: a collaborative multicenter study in England, 2000-2013. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019 Feb;53(2):184-92.
4. Khalil A, Rodgers M, Baschat A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Feb;47(2):247-63.

5. D'Antonio F, Thilaganathan B, Dias T, Khalil A. Influence of chorionicity and gestational age at single fetal loss on risk of preterm birth in twin pregnancy: analysis of STORK multiple pregnancy cohort. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017 Dec;50(6):723-7.
6. Hillman SC, Morris RK, Kilby MD. Co-twin prognosis after single fetal death: a systematic review & meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2011 Oct;118(4):928-40.
7. Kontopoulos E, Chmait RH, Quintero RA. Twin-to-Twin Transfusion Syndrome: Definition, Staging, and Ultrasound Assessment. *Twin Res Hum Genet Off J Int Soc Twin Stud*. 2016 Jun;19(3):175-83.
8. Stagnati V, Zanardini C, Fichera A, Pagani G, Quintero RA, Bellocco R, et al. Early prediction of twin-to-twin transfusion syndrome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017 May;49(5):573-82.
9. Quintero RA, Morales WJ, Allen MH, Bornick PW, Johnson PK, Kruger M. Staging of twin-twin transfusion syndrome. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc*. 1999 Dec;19(8 Pt 1):550-5.