

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

DÂY RỖN BÁNH MÀNG

TS. BS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

ĐỊNH NGHĨA

Dây rốn bánh màng có đặc điểm là các mạch máu rốn được bao bọc bởi lớp màng mỏng ở vị trí cắm vào bánh nhau; phần còn lại của dây rốn bình thường. Các mạch máu rốn bao phủ bởi lớp màng mỏng (mạch màng) cũng có thể phát sinh từ các mạch máu của dây rốn bám rìa bánh nhau hoặc vị trí kết nối các thùy của bánh nhau hai thùy, hoặc giữa bánh nhau chính và bánh nhau phụ. Do không được bảo vệ bởi chất thạch Wharton, các mạch máu này dễ bị chèn ép và vỡ, đặc biệt là khi chúng trình diện ở cổ tử cung (tức là mạch máu tiền đạo). Chiều dài của các mạch màng, tức là khoảng cách giữa phần cuối của dây rốn bình thường và phần mạch máu chèn vào bánh nhau, rất thay đổi; tỷ lệ thuận với nguy cơ cho thai.

TẦN SUẤT

Dây rốn bánh màng chiếm khoảng 1 phần trăm các trường hợp đơn thai, nhưng tăng lên đến 15 phần trăm các trường hợp song thai một bánh nhau. Nó cũng phổ biến ở nhau tiền đạo hơn là nhau vị trí bình thường. Tỷ lệ có thể cao hơn ở các trường hợp thai chết lưu, đặc biệt là các trường hợp đa thai.

SINH BỆNH HỌC

Cơ chế bệnh sinh của dây rốn bánh màng chưa được biết rõ. Giả thuyết phổ biến nhất là dây rốn ban đầu bám ở tâm bánh nhau, nhưng vị trí của nó dần dần dời ra rìa bánh nhau do một nửa của bánh nhau tăng sinh tích cực về phía đáy tử cung, nơi có nhiều mạch máu (trophotropism) trong khi cực còn lại không hoạt động; dây rốn không thể đi theo sự di chuyển của bánh nhau.

Mối liên hệ giữa dây rốn bánh màng và nhau tiền đạo ủng hộ giả thuyết này.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Siêu âm

Lớp bao quanh dây rốn bình thường tiếp giáp với bản đệm. Trong dây rốn bánh màng, bao dây rốn có thể kết thúc cách bánh nhau vài cm, tại điểm này các mạch rốn (còn gọi là mạch màng, do không còn được bao phủ bởi chất thạch Wharton) tách khỏi nhau và bắt chéo giữa màng ối và màng đệm trước khi kết nối với các mạch dưới bản đệm của bánh nhau (hình 1 – 4). Điều này thường xảy ra ở rìa cực dưới bánh nhau (trong vòng 1cm tính từ rìa bánh nhau), nhưng cũng có thể xảy ra ở cực trên của bánh nhau. Ở các cặp song sinh một nhau, các mạch màng thường xuất hiện ở các màng ngăn.

Diễn biến lâm sàng

Do các mạch màng đi vào màng đệm nên màng ối vỡ có thể làm vỡ mạch, dẫn đến thai bị kiệt sức vì mất máu và tử vong trong vài phút. Điều này thường xảy ra khi các mạch màng (membranous vessels) nằm gần hoặc bao phủ lỗ trong cổ tử cung; hiếm khi, các mạch màng bị vỡ trong trường hợp màng ối còn nguyên.

Các mạch màng cũng có nguy cơ bị gấp khúc và chèn ép. Các mạch màng càng dài càng dễ bị gấp khúc, trong khi ngôi thai đi xuống làm tăng nguy cơ bị chèn ép khi các mạch màng nằm gần sát hoặc che phủ lỗ trong cổ tử cung. Việc giảm lưu lượng máu sau đó có thể dẫn đến bất thường về nhịp tim của thai nhi, và nếu tình trạng giảm lưu lượng máu kéo dài hoặc nghiêm trọng, thai nhi có thể tử vong. Việc siết chặt và chèn ép cũng có thể gây ra huyết khối trong mạch, có

liên quan đến nhồi máu nhau thai, cắt cụt các chi hoặc các ngón tay của thai nhi và ban xuất huyết ở trẻ sơ sinh.

Nguy cơ cho thai

Đơn thai: tăng nguy cơ sinh non, tỷ lệ sinh non cao (37,5%). Tăng nguy cơ chu sinh, chẳng hạn như sơ sinh nặng cần chăm sóc đặc biệt, thai nhỏ so với tuổi thai và tử vong chu sinh.

Trong các trường hợp song thai một bánh nhau, dây rốn bám màng có liên quan đến sự phát triển bất cân xứng và thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

Nguy cơ cho mẹ

Tăng nguy cơ bóc nhau bằng tay và mổ lấy thai.

CHẨN ĐOÁN

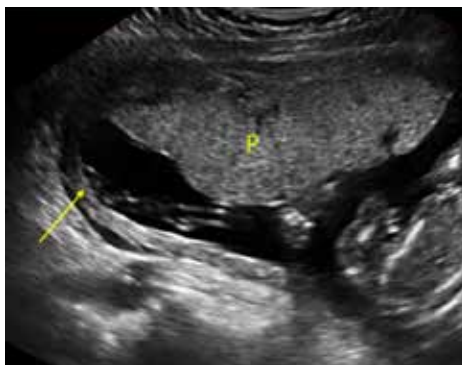
Chẩn đoán trước sinh về sự chèn ép của dây nhau dựa trên sự hiện diện của các hình ảnh siêu âm đặc trưng (mạch màng rốn) tại vị trí dây rốn cắm vào bánh nhau. Khi Doppler màu được sử dụng để tăng cường xác định các mạch, độ nhạy chẩn đoán từ 69 đến 100 phần trăm và độ đặc hiệu từ 95 đến 100 phần trăm đã được báo cáo.

Chẩn đoán xác định được thực hiện bằng cách kiểm tra tổng thể nhau thai, dây rốn và màng ối sau khi sinh.

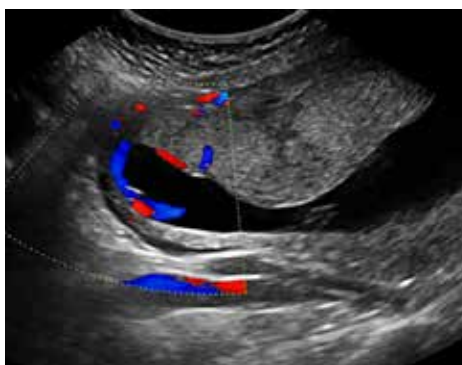
SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

Hội X-quang Hoa Kỳ (ACR), Viện Siêu âm Y khoa Hoa Kỳ (AIUM) và Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) hướng dẫn về siêu âm sản khoa không khuyến nghị chuyên biệt khảo sát dây rốn bám màng. Hướng dẫn này khuyến cáo rằng “nên chụp ảnh dây rốn và đánh giá số lượng mạch máu trong dây rốn khi có thể” cùng với đánh giá “vị trí dây rốn gắn vào bụng thai nhi”.

Hầu hết các chuyên gia không khuyến nghị khảo sát thường quy dây rốn bám màng vì nó tốn kém ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp mà không có lợi ích đã được chứng minh, đồng thời làm tăng lo lắng, có thể không cần thiết phải xét nghiệm và can thiệp trước sinh. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng mỗi lần siêu âm 3 tháng cuối



Hình 1. Mũi tên chỉ vị trí dây rốn bám vào màng nhau.



Hình 2. Doppler màu chỉ mạch máu tách từ dây rốn đi về phía bánh nhau.



Hình 3. Dây rốn bám màng (mặt mẹ bánh nhau).



Hình 4. Dây rốn bám màng (mặt con bánh nhau).

thai kỳ hoặc mỗi lần siêu âm 3 tháng giữa trong các trường hợp song thai một bánh nhau nên khảo sát vị trí cắm vào bánh nhau của dây rốn. Ngay cả khi điều này được thực hiện, chẩn đoán dây rốn bám màng có thể không được thực hiện trong giai đoạn trước sinh và việc không đưa ra chẩn đoán này thì không vi phạm tiêu chuẩn chăm sóc trước sinh.

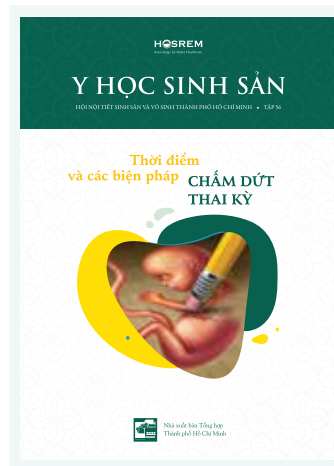
XỬ TRÍ

Với những rủi ro được mô tả ở trên, nếu kiểm tra siêu âm cho thấy sự hiện diện của dây rốn bám màng, nên:

- Khảo sát chi tiết về giải phẫu của thai nhi, bao gồm đánh giá xem có hiện tượng mạch máu tiền đạo không. Nếu có mạch máu tiền đạo thì xử trí theo mạch máu tiền đạo.
- Đánh giá về sự phát triển của thai nhi, cứ sau mỗi bốn đến sáu tuần.
- Theo dõi nhịp tim của thai nhi hàng tuần, bắt đầu từ tuần thứ 36 của thai kỳ, để tìm sự nhịp giảm dao động lập lại do mạch màng gấp khúc hoặc bị chèn ép.
- Tư vấn bệnh nhân gọi cho bác sĩ của họ ngay khi bắt đầu chuyển dạ.
- Chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai 40 tuần, hoặc khoảng 37 tuần nếu có giảm nhịp tim thai do mạch màng gấp khúc hay chèn ép. Nếu sờ được mạch màng tiền đạo qua lỗ hờ cổ tử cung (ở thai phụ con rạ) thì nên chấm dứt thai kỳ trong khoảng 35 – 36 tuần như ở nhau tiền đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ebbing C, Kiserud T, Johnsen SL, et al. Prevalence, risk factors and outcomes of velamentous and marginal cord insertions: a population-based study of 634,741 pregnancies. PLoS One 2013; 8:e70380.
2. Esakoff TF, Cheng YW, Snowden JM, et al. Velamentous cord insertion: is it associated with adverse perinatal outcomes? J Matern Fetal Neonatal Med 2015; 28:409.
3. Kouyoumdjian A. Velamentous insertion of the umbilical cord. Obstet Gynecol 1980; 56:737.
4. Lopriore E, Sueters M, Middeldorp JM, et al. Velamentous cord insertion and unequal placental territories in monochorionic twins with and without twin-to-twin-transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:159e1.
5. Sepulveda W, Rojas I, Robert JA, et al. Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:564.
6. Sinkin JA, Craig WY, Jones M, et al. Perinatal Outcomes Associated With Isolated Velamentous Cord Insertion in Singleton and Twin Pregnancies. J Ultrasound Med 2018; 37:471.
7. Vahanian SA, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A. Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:S78.



BAN BIÊN SOẠN

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

GS. TS. Trần Thị Lợi

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

BAN THƯ KÝ

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh

Trần Hữu Yến Ngọc

Nguyễn Thạch Thảo Nguyễn

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, số 90 Trần Đình Xu, phường Cô Giang,

Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3836.5079 – 0933.456.650

Fax: (028) 3920.8788

Giờ tiếp hội viên:

Thứ hai – thứ sáu (8:00–11:30, 13:30–17:00)

hosrem@hosrem.vn, www.hosrem.org.vn

Y học sinh sản là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP. Hồ Chí Minh (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của Y học sinh sản mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

Y học sinh sản xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi, góp ý của hội viên và độc giả cho tài liệu.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.

HOSREM® 2021