

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

MẠCH MÁU TIỀN ĐẠO

TS. BS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

MỞ ĐẦU

Mạch máu tiền đạo thường kèm với tỷ lệ tử vong thai nhi rất cao và thường không được phát hiện cho đến khi thảm họa xảy ra. Mạch máu tiền đạo thường kèm với dây rốn bám màng. Trong hầu hết trường hợp, dây rốn bám màng và mạch máu tiền đạo không được phát hiện cho đến khi bánh nhau và dây rốn được kiểm tra ở giai đoạn sau sinh. Dùng siêu âm đen trắng và Doppler màu có thể chẩn đoán được hai tình trạng này trước sinh nhằm cung cấp thông tin cho các nhà lâm sàng để mang lại kết quả tốt hơn cho thai.

ĐỊNH NGHĨA

Trong mạch máu tiền đạo, các mạch máu của thai nhi trong màng nhau hay dây rốn trình diện trước ngôi thai, gần hoặc bao phủ lỗ trong cổ tử cung. Thai nhi có thể bị mất máu dẫn đến tử vong trong vòng vài phút khi vỡ mạch máu này do cổ tử cung mở, vỡ ối hay bị ép giữa thai nhi và khung chậu.

TẦN SUẤT

Chiếm khoảng 1/2.500 – 1/5.000 ca sinh đơn thai. Tần suất gia tăng ở thai kỳ sau thụ tinh trong ống nghiệm (1/202). Tần suất cũng tăng lên trong dây rốn bám màng, nhau bám thấp (chiếm khoảng 1/50 trường hợp nhau bám thấp), bánh nhau phụ, nhau 2 thùy, đa thai.

Tỷ suất cho bé: 50 – 95%.

SINH BỆNH HỌC

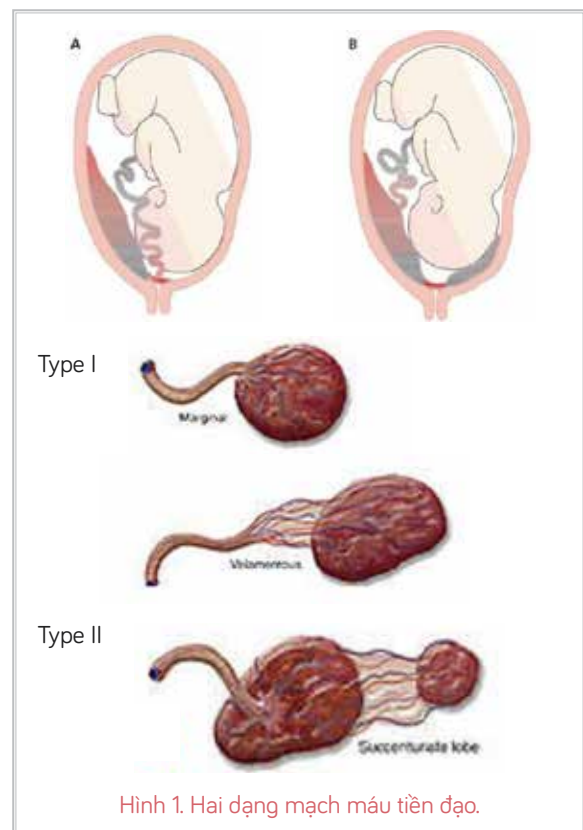
Chưa rõ, nhưng tương tự như dây rốn bám

màng. Nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp có thể dẫn đến mạch máu tiền đạo.

YẾU TỐ NGUY CƠ

Bao gồm dây rốn bám màng cực dưới bánh nhau, nhau bám thấp trên siêu âm 3 tháng cuối, bánh nhau hai thùy hoặc bánh nhau phụ, thụ tinh trong ống nghiệm và đa thai. Vị trí của nhau thai, mối quan hệ giữa nhau và lỗ trong cổ tử cung nên được khảo cẩn thận ở những bệnh nhân này.

PHÂN LOẠI



Hình 1. Hai dạng mạch máu tiền đạo.

Có 2 dạng mạch máu tiền đạo (Hình 1)

- Mạch máu tiền đạo type 1: kết hợp với dây rốn bám màng hay dây rốn bám mép nhau.
- Mạch máu tiền đạo type 2: trong trường hợp bánh nhau phụ hoặc nhau 2 thùy.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Giai đoạn trước chuyển dạ, khi không xuất huyết, không có phương pháp nào chẩn đoán được mạch máu tiền đạo bằng khám lâm sàng.

– Dựa vào tam chứng sau đây nghĩ nhiều đến mạch máu tiền đạo:

- Ổi vỡ.
- Chảy máu âm đạo đỏ tươi.
- Tim thai chậm không hồi phục, ngưng cử động thai.
- Hiếm khi sờ thấy mạch đập ở màng nhau khi khám lúc chuyển dạ.
- Nhịp tim thai giảm không hồi phục do chèn ép.
- Nhịp tim thai hình sin do mất máu.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán trước sinh mạch máu tiền đạo dựa trên việc xác định mạch máu màng thai đi qua hoặc gần sát lỗ trong cổ tử cung qua siêu âm Doppler đầu dò âm đạo. Gần sát được định nghĩa là cách lỗ trong cổ tử cung dưới 2 cm. Độ nhạy của siêu âm trong xác định mạch máu tiền đạo từ 53 đến 100%.

– Siêu âm là chìa khóa để chẩn đoán mạch máu tiền đạo.

- Siêu âm có thể quan sát được 99% vị trí cắm dây rốn trên bánh nhau ở thai 18 – 20 tuần. Thực hiện khảo sát này trên các đối tượng nguy cơ cao như nhau bám thấp, thai có hỗ trợ sinh sản, đa thai, nhau hai thùy hay bánh nhau phụ.
- Siêu âm giúp chẩn đoán mạch máu tiền đạo trước sinh, giúp giảm tỷ lệ bệnh và tử vong chu sinh liên quan đến mạch máu tiền đạo. Tỷ lệ sống 97% nếu được chẩn đoán trước sinh, 44% nếu không được chẩn đoán trước sinh, tỷ lệ trẻ sơ sinh phải truyền máu tương ứng là 3,4% và 58,5%.

• Hình ảnh – mạch máu tiền đạo xuất hiện như 2 đường thẳng song song phản âm kém bắt ngang qua lỗ trong cổ tử cung. Khi phổ Doppler màu hiển thị các dạng sóng động mạch hoặc tĩnh mạch rốn xác nhận rằng đường phản âm kém là mạch máu. Quan sát bánh nhau có thể thấy nhau bám thấp, hai thùy hoặc có bánh nhau phụ (90% trường hợp)

- Soi màng ối: quan sát thấy mạch máu nằm ở màng nhau. Hiếm khi thực hiện trên lâm sàng.
- Xác định hồng cầu thai nhi (HbF) từ máu âm đạo.

• Ogita test (alkaline denaturation test): sau 5 phút có thể cho kết quả (+) từ nồng độ máu thai 20%.

• Kleihauer test có thể cho kết quả (+) từ nồng độ máu thai 0,01% nhưng phải mất 45 phút.

• Gắn dây, dùng NaOH để xác định HbF nhanh (2 phút), với nồng độ HbF 17%.

• Vai trò của những test này là để loại trừ mạch máu tiền đạo $\Rightarrow$ cho phép dưỡng thai tiếp. Trong những trường hợp này, xét nghiệm phải có khả năng phát hiện HbF với nồng độ thấp, đáng tin cậy và tỷ lệ âm tính giả rất thấp.

- MRI: đắt tiền, không được chấp nhận.

DIỄN BIẾN LÂM SÀNG

Đa phần các dấu hiệu nghi ngờ về mạch máu tiền đạo trong ba tháng giữa thai kỳ có thể mất đi theo thời gian. Điều này được lý giải là do hình thành đoạn dưới tử cung trong ba tháng cuối thai kỳ làm cho mạch máu tiền đạo này có thể được “di chuyển” lên trên, cách xa lỗ trong cổ tử cung. Những trường hợp mạch máu tiền đạo được phát hiện vào ba tháng cuối thai kỳ vẫn tồn tại đến khi sinh.

Mạch máu tiền đạo có nguy cơ bị vỡ khi vỡ ối tự nhiên hoặc bấm ối; hiếm khi xảy ra hiện tượng chảy máu thai mà không bị vỡ màng ối. Trong hầu hết các trường hợp, chảy máu nhanh chóng dẫn đến nhịp tim thai nhi bất thường,

chẳng hạn như hình sin; thai chết sau đó do cạn kiệt máu có thể xảy ra trong vòng vài phút.

Máu chảy trong mạch máu tiền đạo là máu từ thai. Trung bình thai có 80 – 100 ml máu/kg cân nặng thai nhi, do vậy mất 100 ml máu có thể gây sốc mất máu và tử vong thai nhi.

Tỷ lệ tử vong chu sinh thấp (dưới 10%) khi được chẩn đoán trước sinh và xử trí thích hợp. Ngược lại, tỷ lệ tử vong chu sinh cao khi được chẩn đoán trong chuyển dạ hoặc sau sinh, khi đã có biến chứng xảy ra cho thai. Vào chuyển dạ, tỷ lệ tử vong thai nếu còn ối là 50 – 60% và vỡ ối là 70 – 100%.

Trong song thai 1 bánh nhau, tỷ lệ tử vong chu sinh cao cho cả 2 bé, ngay cả khi mạch máu tiền đạo chỉ xảy ra ở 1 thai, do hiện diện thông nối mạch máu trong nhau.

Khi có dây rốn bám màng, mạch máu có nguy cơ bị chèn ép từ phần thai vì nó không được bảo vệ bởi cấu trúc chất thạch Wharton hoặc mô nhau. Chèn ép này gây ra suy thai.

GIẢI PHẪU BỆNH

Có thể thấy được mạch máu, tuy nhiên không hữu dụng vì bác sĩ giải phẫu bệnh không thể xác định được vị trí bánh nhau và dây rốn trong tử cung.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Hiện diện dây rốn tại cổ tử cung

Một vòng dây rốn nằm trên cổ tử cung có thể bị nhầm với mạch máu tiền đạo. Trái ngược với mạch máu tiền đạo, các mạch máu ở rốn được bao bọc bởi thạch Wharton và có thể trôi ra khỏi cổ tử cung nếu lacer tử cung hoặc bệnh nhân được đặt ở tư thế gối – ngực hoặc Trendelenburg.

Mạch máu cổ tử cung và tử cung

Trong mạch máu tiền đạo, Doppler xung sẽ chứng minh nhịp mạch phù hợp với nhịp tim thai và do đó phân biệt với máu mẹ chảy trong động mạch cổ tử cung hoặc xoang mạch tử cung – nhau thai là cùng nhịp với mạch mẹ.

Phình mạch cổ tử cung rất hiếm trong thai kỳ.

Giống như mạch máu tiền đạo, phình tĩnh mạch cổ tử cung có thể xuất hiện dưới dạng các ống phản âm kém nằm vùng lỗ trong cổ tử cung với lưu lượng máu trên hình ảnh Doppler. Tuy nhiên, các ống này không đi qua cổ tử cung, quanh co và có thể là một phần của đám rối tĩnh mạch.

Dài sợi ối hoặc vách ngăn màng đệm

Dài sợi ối hoặc vách ngăn màng đệm có thể tạo ra sự xuất hiện của cấu trúc phản âm kém băng qua cổ tử cung; tuy nhiên, Doppler màu sẽ không chứng minh được dòng chảy của máu, do đó loại trừ chẩn đoán mạch máu.

SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

Phụ nữ bị nhau tiền đạo hoặc nhau bám thấp khi khám siêu âm vào ba tháng giữa thai kỳ nên siêu âm qua ngả âm đạo với Doppler màu và xung khi thai được 32 tuần tuổi để tầm soát mạch máu tiền đạo.

Lợi ích của chẩn đoán trước sinh mạch máu tiền đạo và xử trí phù hợp được chứng minh qua các nghiên cứu: tỷ lệ sống sót sơ sinh ở 59 trong số 61 trường hợp (97 phần trăm) khi được gợi ý trước sinh, nhưng chỉ có 41 trong số 94 trường hợp (44 phần trăm) không có chẩn đoán trước sinh. Trẻ sơ sinh sống sót mà không có chẩn đoán gợi ý trước sinh có điểm số Apgar thấp hơn (điểm Apgar trung bình năm phút là 4 so với 9) và cần truyền máu nhiều hơn (59 so với 3%). Tuổi thai trung bình khi sinh của những người sống sót và không sống sót lần lượt là 36,5 và 37,6 tuần, và tuổi thai trung bình khi sinh ở những người có và không được chẩn đoán trước sinh lần lượt là 34,9 và 38,2 tuần.

Việc chẩn đoán trước sinh và tuổi thai ở thời điểm sinh là những yếu tố tiên lượng có ý nghĩa về khả năng sống của trẻ sơ sinh.

Các chuyên gia đồng thuận về sàng lọc mạch máu tiền đạo, đưa ra khuyến cáo: Siêu âm khảo sát mạch máu tiền đạo trong ba tháng giữa thai kỳ cho các đối tượng sau: dây rốn bám màng, nhau bám thấp, bánh nhau 2 thùy, bám nhau phụ, thụ tinh trong ống nghiệm, đa thai.

XỬ TRÍ

Mục tiêu

Giảm thiểu nguy cơ chảy máu thai nhi khi vỡ ối tự nhiên hoặc khi chuyển dạ.

Có rất ít bằng chứng so sánh những chiến lược điều trị. Thực hành hiện tại là dựa trên ý kiến của các chuyên gia và thu thập những dữ kiện lâm sàng ngay khi có chuyển dạ hoặc vỡ ối.

Trước sinh

- Nếu xác định được mạch máu tiền đạo khi khám siêu âm trước khi sinh, kiểm tra thai kỳ mỗi tuần đối với bệnh nhân ngoại trú khi thai được 32 tuần tuổi để tìm bất kỳ bằng chứng nào về sự chèn ép dây rốn.
- Siêu âm đánh giá sự tăng trưởng của thai, thể tích ối.
- Non-stress test: đánh giá sức khỏe thai mỗi tuần trong 3 tháng cuối thai kỳ để phát hiện chèn ép dây rốn.
- Dùng betamethasone hỗ trợ phổi thai ở tuần lễ 28 đến 32 tuần thai kỳ.
- Nhập viện khi thai được 30 đến 34 tuần. Nhập viện cho phép theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu chèn ép dây rốn. Thực hiện non-stress test hai đến ba lần mỗi ngày.
- Theo dõi ngoại trú cũng là một lựa chọn hợp lý, đặc biệt ở những phụ nữ có cổ tử cung ngắn, không co bóp hoặc chảy máu âm đạo, không có tiền sử sinh non tự nhiên và sống gần bệnh viện. Vì sự thu ngắn cổ tử cung có thể dự báo thời điểm bắt đầu chuyển dạ, một số tác giả đã đề xuất sử dụng phép đo chiều dài cổ tử cung để giúp đưa ra quyết định cá nhân liên quan đến an toàn khi quản lý bệnh nhân ngoại trú và thời gian sinh; tuy nhiên, cách tiếp cận này vẫn chưa được xác thực.

Thời điểm chấm dứt thai kỳ

- Mổ lấy thai cấp cứu ngay khi vỡ ối hoặc bắt đầu vào chuyển dạ.

- Tuổi thai tối ưu để chấm dứt thai kỳ chưa được thiết lập, tuy nhiên vì tỷ lệ tử vong thai nhi cao, một số tác giả đề nghị chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai 34 – 35 tuần, tuy nhiên thời điểm này tần suất suy hô hấp của trẻ sơ sinh vẫn còn cao.
- Theo SOGC khuyến cáo mổ lấy thai ở 35 – 36 tuần thai kỳ (sau khi đã hỗ trợ phổi thai) nhằm tránh vào chuyển dạ, tránh vỡ ối.

Lựa chọn nhóm máu nào truyền cho bé?

Khi chảy máu từ mạch máu của thai, tiền lượng thai nhi thường rất xấu $\Rightarrow$ phải mổ lấy thai ngay lập tức. Trẻ sơ sinh thường thiếu máu rất nặng, phải truyền máu tức thì để cứu sống. Lý tưởng, có nhóm máu chuyên biệt cho bé hay nhóm máu O, Rh âm là cần thiết.

Khi thai chết $\Rightarrow$ khởi phát chuyển dạ sinh ngả âm đạo.

KẾT LUẬN

Siêu âm khảo sát mạch máu tiền đạo trong ba tháng giữa thai kỳ cho các đối tượng: dây rốn bám màng, nhau bám thấp, bánh nhau 2 thùy, bám nhau phụ, thụ tinh trong ống nghiệm, đa thai. Khi chẩn đoán mạch máu tiền đạo trước sinh, cần theo dõi thai kỳ, hỗ trợ phổi thai nhi, chấm dứt thai kỳ sớm trước khi vào chuyển dạ bằng mổ lấy thai chủ động nhằm tránh biến chứng nguy hiểm cho bé.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Khaduri M, Kadoch IJ, Couturier B, et al. Vasa praevia after IVF: should there be guidelines? Report of two cases and literature review. *Reprod Biomed Online* 2007; 14:372.
2. Baulies S, Maiz N, Muñoz A, et al. Prenatal ultrasound diagnosis of vasa praevia and analysis of risk factors. *Prenat Diagn* 2007; 27:595.
3. Gagnon R, Morin L, Bly S. "Guidelines for the Management of Vasa Previa". SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;108:115.
4. Hasegawa J, Arakaki T, Ichizuka K, Sekizawa A. Management of vasa previa during pregnancy. *J Perinat Med* 2015; 43:783.
5. Lijoi AF, Brady J. Vasa previa diagnosis and management. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16:543.
6. Sullivan EA, Javid N, Duncombe G, et al. Vasa Previa Diagnosis, Clinical Practice, and Outcomes in Australia. *Obstet Gynecol* 2017; 130:591.
7. Swank ML, Garite TJ, Maurel K, et al. Vasa previa: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215:223.e1.
8. 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; 213:578.