

- 05 Đánh giá nguy cơ di truyền trước mang thai
BS. Thái Doãn Minh, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 10 Giá trị của siêu âm tầm soát dị tật thai ở quý 3
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 12 Siêu âm đánh giá tuyến ức thai nhi
BS. Nguyễn Văn Hiền, BS. Võ Tá Sơn
- 19 Giá trị của siêu âm Doppler ống tĩnh mạch trong siêu âm thai
TS. BS. Nguyễn Thị Hồng, PGS. TS. Lê Hoàng, GS. TS. Phan Trường Duyệt
- 27 NIPT và sàng lọc dị bội đầu tay còn những rào cản nào?
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 30 Đánh giá sớm nguy cơ đái tháo đường thai kỳ: sàng lọc kết hợp quý một và phòng ngừa
BSNT. Trần Huy Phan, TS. BS. Trần Nhật Thăng
- 34 Hội chứng truyền máu song thai cho nhận
BS. Trần Doãn Tú
- 38 Kỹ thuật can thiệp bào thai bằng kẹp tắc dây rốn ở các cặp song thai một nhau có biến chứng
ThS. BS. Phạm Công Toàn, ThS. BS. Trịnh Nhật Thư Hương, TS. BS. Trần Nhật Thăng, TS. BS. Nguyễn Hồng Hoa
- 42 Dự phòng tiền sản giật bằng Aspirin liều thấp: khuyến cáo cập nhật
BS. CKI Bùi Quang Trung
- 46 Nhau tiền đạo: chẩn đoán và quản lý lâm sàng dựa trên siêu âm
BS. Lê Đức Vĩnh, BS. Võ Tá Sơn
- 50 Phôi thai
BS. CKI Lê Tiểu My
- 53 Chẩn đoán trước sinh hội chứng Joubert
BS. Võ Tá Sơn, TS. Đỗ Ngọc Hân, TS. Giang Hoa, TS. BS. Trần Nhật Thăng
- 57 PGT-A trên bệnh nhân lớn tuổi: nên hay không nên
BS. Lê Khắc Tiến, BS. Lê Thị Hà Xuyên
- 62 Xét nghiệm tiền sản ở thai kỳ sau chuyển phôi đã được xét nghiệm di truyền tiền làm tổ
ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh
- 65 Phôi khám trong giai đoạn phát triển tiền làm tổ
CNSH. Hồ Lan Trâm, ThS. Lưu Thị Minh Tâm, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh
- 70 Chẩn đoán tiền sản phôi tiền làm tổ không xâm lấn đột phá hay thiếu khả thi?
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 74 Hỗ trợ sinh sản ở phụ nữ lớn tuổi
BS. Mai Đức Tiến
- 78 Thụ tinh di truyền (epigenetics) và những vấn đề liên quan đến công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART)
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Minh Anh
- 83 Việc tuân thủ chế độ ăn Địa Trung Hải và tỷ lệ thành công thụ tinh ống nghiệm ở những phụ nữ mong con không béo phì (kỳ 2)
BS. CKI Tăng Quang Thái, BS. Trần Chiêu Thiên Phúc, ThS. BS. Trần Bảo Ngọc

Journal Club

- 91 Dự đoán sinh non dựa trên nồng độ dấu chỉ sinh học mới - Endocan huyết thanh
- 92 Bác sĩ nội tiết sinh sản là “người canh cổng” cho việc chăm sóc sức khỏe sinh sản nam giới ở Bắc Mỹ: Kết quả từ khảo sát về đặc điểm và mô hình tham chiếu của nam giới đến bác sĩ nam khoa để kiểm tra sức khỏe sinh sản
- 95 Tỷ lệ phân mảnh DNA tinh trùng của những người đàn ông hiếm muộn
- 97 Tổng quan mới 2019 cập nhật về hệ thống time-lapse trong nuôi cấy và đánh giá phôi trong điều trị thụ tinh trong ống nghiệm

Mời viết bài Y học sinh sản



Y học sinh sản tập 55 - Quý III/2020
Chủ đề “Các tiến bộ của siêu âm và chẩn đoán hình ảnh trong sản phụ khoa”
Vui lòng nộp bài trước 30/5/2020



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

NHAU TIỀN ĐẠO: CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ LÂM SÀNG DỰA TRÊN SIÊU ÂM

BS. Lê Đức Vĩnh, BS. Võ Tá Sơn

Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng

GIỚI THIỆU

Việc khảo sát vị trí nhau bám trong siêu âm hình thái quý 2 là một phần rất quan trọng trong thực hành siêu âm trên các hướng dẫn quốc gia và thế giới. Điều này cho phép xác định những thai kỳ nguy cơ cao cần phải theo dõi chặt chẽ, tối ưu hóa phương thức điều trị để làm hạn chế đến mức thấp nhất tử suất và bệnh suất của cả mẹ và bé.

Do có nhiều tiêu chuẩn khác nhau được sử dụng ở những tuổi thai khác nhau, nên tỷ lệ nhau tiền đạo thực sự rất khó xác định. Ở tuổi thai từ 18 – 23 tuần, tỷ lệ được báo cáo là khoảng 5% qua siêu âm đường bụng và còn lại 1,5% khi siêu âm đường âm đạo, hầu hết diễn tiến trở nên bình thường khi tuổi thai lớn với 0,5% khi thai đủ tháng. Tuy nhiên, tỷ lệ nhau tiền đạo đang gia tăng và có một số các yếu tố nguy cơ sau: tiền sử đặt dụng cụ tử cung, mổ lấy thai, nong nạo buồng tử cung, phẫu thuật bóc u xơ tử cung... Với mỗi lần sinh mổ, tỷ số nguy cơ (RR) tăng lần lượt là 4,5; 7,4; 6,5 và 44,9 cho một, hai, ba và bốn lần sinh mổ trước đó. Nguy cơ nhau tiền đạo tăng gấp 2 lần đối với mổ lấy thai trước chuyển dạ so với mổ lấy thai trong chuyển dạ. Ngoài ra, có 1 số yếu tố ảnh hưởng khác như: đa sản, mẹ lớn tuổi, đa thai và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Ngoài các nguy cơ của mẹ: chảy máu trước, trong và sau chuyển dạ, trẻ sơ sinh được sinh ra từ những bà mẹ có nhau tiền đạo, đặc biệt với

chảy máu trong thai kỳ, làm tăng nguy cơ sinh non cũng như bệnh suất, tử suất chu sinh. Ngoài ra, tỷ lệ thai chậm tăng trưởng/thai nhỏ so với tuổi thai cũng tăng nhẹ ở những thai kỳ có nhau tiền đạo.

Định nghĩa nhau bám ở vị trí thấp (low positioned placenta) bao gồm nhau tiền đạo (placenta previa) và nhau bám thấp (low-lying placenta) khi khoảng cách mép bánh nhau cách lỗ trong dưới 2 cm hoặc che phủ lỗ trong cổ tử cung. Một hội nghị hình ảnh học thai nhi đa quốc gia năm 2014 đã định nghĩa: nhau bám thấp, nhau tiền đạo (Bảng 1) và hội nghị này cũng khuyến cáo bỏ các thuật ngữ: nhau tiền đạo bán trung tâm và nhau tiền đạo trung tâm hoàn toàn.

Bảng 1. Dấu hiệu bất thường vị trí bánh nhau trên hình ảnh.

Loại	Định nghĩa và dấu hiệu trên siêu âm
Nhau bám thấp	Mép dưới bánh nhau cách lỗ trong cổ tử cung < 2 cm.
Nhau tiền đạo	Bánh nhau che phủ lỗ trong cổ tử cung.
Mạch máu tiền đạo	Hiện diện mạch máu của thai nhi ở trước lỗ trong cổ tử cung.

Sự hiện diện của nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ của nhau cài răng lược. Do đó cần phải chủ động chẩn đoán và quản lý thích hợp đối với những bệnh nhân này.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG ĐÁNH GIÁ BÁNH NHAU

Nhau thai có thể được quan sát thấy sớm: 6 tuần bằng siêu âm đường âm đạo, 10 tuần bằng siêu âm đường bụng, thực sự rõ ràng và dễ xác định ở tuổi thai từ 14 đến 15 tuần, dòng máu gian lòng nhau có thể được ghi nhận trên Doppler màu.

Mối quan hệ giữa mép dưới bánh nhau và lỗ trong cổ tử cung thay đổi theo tuổi thai. Vì vậy, không nên kết luận bệnh nhân có nhau tiền đạo trước 16 tuần. Bánh nhau có xu hướng di chuyển lên khi đoạn dưới tử cung phát triển và tốc độ di chuyển là 5,4 mm/tuần. Hơn nữa, hơn 98,4% các trường hợp nghi ngờ nhau bám thấp/nhau tiền đạo trong quý 2 trở nên bình thường trước khi đủ tháng, ở tuổi thai trung bình là 26 tuần, với chỉ 1,6% vẫn còn tồn tại cho đến khi đủ tháng. Mặc dù những thai phụ có tiền sử mổ lấy thai trước đó và đa sản là yếu tố nguy cơ của nhau tiền đạo, tuy nhiên, số lần sinh đẻ không ảnh hưởng đến tỷ lệ tồn tại của nhau tiền đạo.

Một nghiên cứu mới đây trong 958 thai kỳ có nhau bám ở vị trí thấp được ghi nhận trên siêu âm ngả âm đạo quý 2 thực hiện từ 18 – 24 tuần, ghi nhận 62% (594) các trường hợp nhau bám mặt sau, 38% (364) nhau bám mặt trước. Siêu âm quý 3 được thực hiện từ 28 – 38 tuần ghi nhận chỉ 5% (48/958) các trường hợp nhau vẫn bám ở vị trí thấp. Thai phụ có nhau bám mặt sau có nguy cơ nhau bám ở vị trí thấp ở quý 3 cao hơn các trường hợp nhau bám mặt trước (38/594 (6,4%) so với 10/364 (2,7%); RR 2,4; KTC 95%, 1,2 – 4,9). Ngưỡng cắt của khoảng cách từ mép bánh nhau đến lỗ trong cổ tử cung ở quý 2 để tránh bỏ sót các trường hợp nhau bám ở vị trí thấp ở quý 3 đối với nhau bám mặt sau là 16 (15,5 mm), đối với nhau bám mặt trước chỉ là 5 mm (4,5 mm). Việc ghi nhận từ quý 2 với ngưỡng cắt thấp hơn sẽ giảm rất nhiều chi phí siêu âm và lo lắng cho thai phụ.

Kỹ thuật siêu âm xác định vị trí bánh nhau được mô tả như là 1 phần trong 6 bước tiếp cận tiêu chuẩn trong siêu âm sản khoa cơ bản. Kỹ

thuật này được mô tả với đầu dò được đặt dọc giữa từ đáy tử cung, di chuyển xuống phía dưới bụng bằng 3 đường quét (bên phải, trái, trung tâm bụng người mẹ). Sau đó, đánh giá vị trí của mép dưới bánh nhau so với lỗ trong cổ tử cung, nếu < 2 cm hoặc bánh nhau che lấp cổ tử cung thì khẳng định chẩn đoán bằng siêu âm qua đường âm đạo

Đối với những trường hợp nhau bám thấp hoặc nhau tiền đạo đơn thuần, cần thiết phải loại trừ mạch máu tiền đạo trong những trường hợp này, vì nó làm tăng tử suất của thai nhi nếu không được chẩn đoán trước sinh. Người ta ước tính khoảng 28% các trường hợp mạch máu tiền đạo được chẩn đoán trước sinh đòi hỏi phải sinh sớm khẩn cấp. Sự có mặt của các đường echo sáng hoặc vòng tròn vượt qua lỗ trong cổ tử cung trên siêu âm đường bụng hoặc đường âm đạo $\Rightarrow$ cảnh giác có sự hiện diện của mạch máu tiền đạo, có thể được khẳng định lại bằng siêu âm đường âm đạo với Doppler màu và Doppler xung. Tuy nhiên, khoảng 39% các trường hợp mạch máu tiền đạo biến mất ở tam cá nguyệt III.

Thời gian khảo sát là chìa khóa giúp chẩn đoán chính xác. Tỷ lệ tồn tại nhau tiền đạo liên quan trực tiếp đến tuổi thai lúc chẩn đoán, và điều này đã được xác định với tỷ lệ 12% lúc 15 – 19 tuần, 34% lúc 20 – 23 tuần, 39% lúc 24 – 27 tuần, 62% lúc 28 – 31 tuần và 73% lúc 32 – 35 tuần. Ngoài ra, cần phải lưu ý các hướng dẫn xử lý, kỹ thuật chẩn đoán đối với nhau bám thấp/nhau tiền đạo như đã được tổng kết trong **Bảng 2**.

QUẢN LÝ

Quản lý nhau tiền đạo phụ thuộc vào tuổi thai, bệnh nhân có triệu chứng chảy máu hay không, nên tùy vào từng trường hợp cụ thể mà có thể cân nhắc điều trị nội trú hay không.

Một nghiên cứu 53 trường hợp nhau tiền đạo chia làm 2 nhóm: nhóm 1, 1 – 10 mm, 26 sản phụ và nhóm 2, 11 – 20 mm, 29 sản phụ. Tỷ lệ mổ lấy thai giữa 2 nhóm là 75% và 31%; chảy máu trước chuyển dạ 29% và 3%; lượng máu mất lúc sinh và tỷ lệ chảy máu sau đẻ nặng là tương

Bảng 2. Một số hướng dẫn về hình ảnh.

Thời gian khảo sát	Tam cá nguyệt II, thời điểm khảo sát hình thái học, bắt đầu lúc 16 tuần.
Chuẩn bị bệnh nhân	Bàng quang trống.
Khảo sát thường quy	Siêu âm đường bụng (Hình 1), tuy nhiên nếu nghi ngờ, chuyển sang khảo sát đường âm đạo (Hình 2).
Cài đặt máy	Tối ưu hóa các cài đặt chung cho đánh giá bánh nhau và các cài đặt Doppler màu cho khảo sát mạch máu bánh nhau.
Các mặt cắt lý tưởng	Mặt cắt sagital. Không chẩn đoán trong trường hợp bàng quang mẹ đầy hoặc có sự xuất hiện của cơn gò tử cung.
Các thể loại khác	Nếu nghi ngờ mạch máu tiền đạo (Hình 3 và 4), sử dụng Doppler màu và xung để khẳng định sự hiện diện của dòng mạch (mạch máu thai nhi).
Các gợi ý trên siêu âm để chẩn đoán	Mép bánh nhau nằm thấp xuống dưới. Ngôi thai nằm cao.
Các gợi ý trên siêu âm $\Rightarrow$ nhau tiền đạo tiếp tục tồn tại	Bánh nhau che phủ và vượt qua lỗ trong cổ tử cung. Tồn tại đến 32 tuần.

đương giữa 2 nhóm. Dễ thấy 2/3 số ca ở nhóm 2 với khoảng cách từ lỗ trong cổ tử cung đến mép bánh nhau > 10 mm có thể sinh đường âm đạo được mà không làm tăng nguy cơ chảy máu.

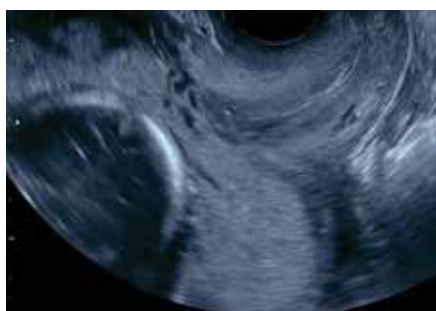
Do đó, ngưỡng cắt ≥ 11 mm khoảng cách từ lỗ trong cổ tử cung đến mép bánh nhau có thể xem là an toàn để thử thách chuyển dạ sinh đường âm đạo bởi vì có nhiều khả năng thành công và không làm tăng nguy cơ chảy máu.

Một vấn đề hết sức quan trọng trong quản lý những bệnh nhân có nhau tiền đạo là phải chuẩn bị sẵn nguồn máu dự trữ để hướng đến mục tiêu điều trị là đảm bảo tình trạng huyết động ổn định của cả mẹ và thai nhi. Sau đây là một số điểm cần chú ý cho cả nhân viên y tế và bệnh nhân để tối ưu hóa hiệu quả, hạn chế nguy cơ, trong đó chủ yếu liên quan đến vấn đề sinh non ở bệnh nhân nhau tiền đạo:

1. Mặc dù thiếu bằng chứng, nhưng nên khuyến cáo bệnh nhân tránh quan hệ tình dục.



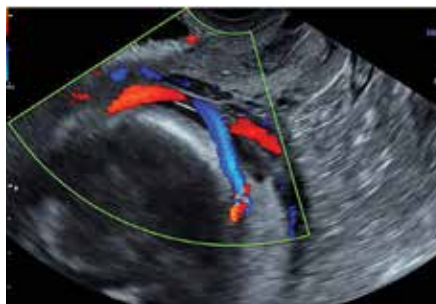
Hình 1. Siêu âm đường bụng ở thai 23 tuần 1 ngày với nhau tiền đạo mặt trước, che lấp hoàn toàn và vượt qua lỗ trong cổ tử cung.



Hình 2. Siêu âm đường âm đạo ở thai 21 tuần 5 ngày với nhau tiền đạo ở mặt sau, che lấp hoàn toàn và vượt qua lỗ trong cổ tử cung.

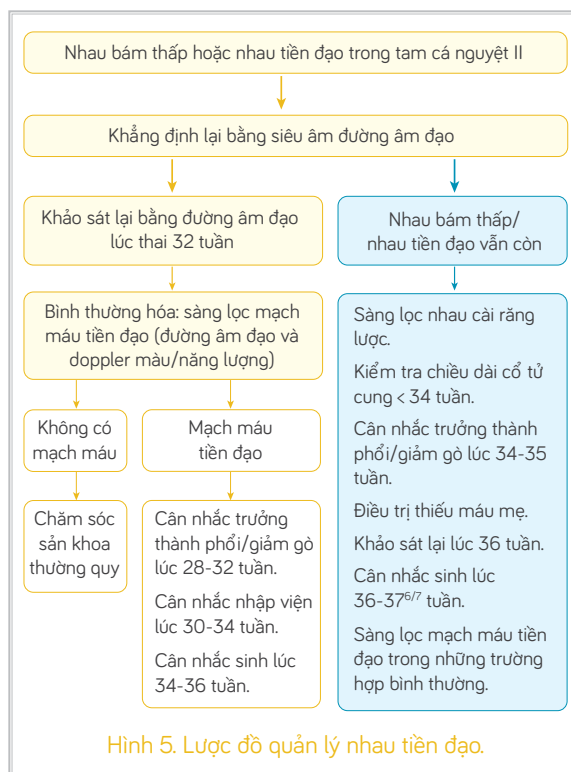


Hình 3. Siêu âm qua đường âm đạo ở thai 26 tuần 6 ngày với mạch máu tiền đạo băng qua lỗ trong cổ tử cung. Chú ý đường echo sáng ở trước lỗ trong cổ tử cung.



Hình 4. Siêu âm đường âm đạo ở thai 21 tuần 5 ngày với mạch máu tiền đạo mặt sau che lấp hoàn toàn và vượt qua lỗ trong cổ tử cung.

2. Nên tránh khám âm đạo – cổ tử cung bằng tay.
3. Một khi nhau tiền đạo được chẩn đoán ở tam cá nguyệt II, khuyến cáo nên khảo sát lại lúc 32 tuần và 36 tuần để đánh giá lại vị trí của bánh nhau.
4. Trong những trường hợp vị trí bánh nhau bình thường hóa trở lại, sàng lọc để loại trừ mạch máu tiền đạo là không thể bỏ qua.
5. Trong một số trường hợp, đo chiều dài cổ tử cung ở những bệnh nhân không có triệu chứng có thể hỗ trợ trong việc đưa ra các quyết định quản lý thai kỳ. Điều này giúp xác định những bệnh nhân có nguy cơ sinh non hơn là xuất huyết âm đạo, nhất là trong trường hợp mạch máu tiền đạo. Và bất cứ khi nào đánh giá cổ tử cung, các tác giả đều khuyến cáo sử dụng Doppler màu để loại trừ mạch máu tiền đạo
6. Mặc dù chưa có bằng chứng thuyết phục về mối liên quan giữa nhau tiền đạo và bất thường phát triển thai nhi, nhưng theo dõi chặt chẽ biểu đồ phát triển của thai nhi và các test đánh giá sức khỏe thai nhi nên được cân nhắc thực hiện.
7. Cố gắng làm giảm thiểu tình trạng sinh non trong những trường hợp chảy máu. Trong trường hợp chuyển dạ sinh non, sử dụng steroid trưởng thành phổi (và thuốc cắt cơn gò ngắn hạn nếu an toàn trong 48 giờ) nên được ưu tiên trong những trường hợp chảy máu âm đạo ở tuần 24 – 34.
8. Điều trị thiếu máu mẹ là rất quan trọng và sử dụng anti – D khi có chỉ định, xét nghiệm Kleihauer-Betke để có thể sử dụng liều anti – D hợp lý.
9. Sàng lọc nhau cài răng lược, đặc biệt những trường hợp có tiền sử mổ lấy thai trước đó, để có những chuẩn bị cần thiết trong cuộc mổ là điều rất quan trọng.
10. Nên sắp xếp có một cuộc tư vấn của chuyên gia sơ sinh với gia đình, đặc biệt trong những trường hợp khả năng sống bên ngoài của thai nhi chưa được đảm bảo.



11. Khi bệnh nhân hết ra máu âm đạo trong hơn 48 giờ và nơi ở của bệnh nhân gần trung tâm y tế và có phương tiện vận chuyển tốt thì quản lý ngoại trú có thể được cân nhắc.
12. Không có bằng chứng ủng hộ khâu cổ tử cung dự phòng ở bệnh nhân nhau tiền đạo.
13. Thời điểm sinh phụ thuộc vào một số yếu tố mặc dù nên sinh sớm vào tuần 36 – 37^{6/7} mà không cần đánh giá sự trưởng thành phổi thông qua chọc ối để tối ưu hóa kết quả của mẹ và con.
14. Không có bằng chứng ủng hộ cho việc gây mê toàn thân so với gây tê vùng đối với nhau tiền đạo và điều đó nên được bác sĩ gây mê quyết định.
15. Các trường hợp mạch máu tiền đạo thường được sinh từ 34 – 35 tuần. Tuy nhiên, các trường hợp mạch máu tiền đạo ổn định với việc đo chiều dài kênh cổ tử cung thì việc sinh vào thời điểm 36 tuần là hợp lý để cân bằng tỷ lệ bệnh suất mẹ và con.

Mời xem tiếp
ở trang 56

Chẩn đoán JS thường nhiều hơn ở giai đoạn sau sinh, với MTS được phát hiện trên MRI và các dấu hiệu lâm sàng của chứng nhược cơ, chậm phát triển thể chất-tâm thần đã bộc lộ. Chẩn đoán trước sinh hội chứng Joubert rất hiếm và khó thực hiện. Bác sĩ siêu âm thường không được cảnh báo về hoàn cảnh lâm sàng liên quan hội chứng này (tiền căn gia đình) và có thể chỉ đơn thuần quan sát thấy các đặc điểm không điển hình, như là hồ sau rộng và loạn sản thùy nhộng. Các dấu hiệu trên cũng có thể được tìm thấy ở trong các bất thường khác, như bất thường Dandy-Walker (với tỷ lệ tái mắc rất thấp trong phả hệ), thiếu sản tiểu não-cầu não... với nguyên nhân di truyền và ngoại sinh đa dạng (nhiễm trùng bào thai, thiếu máu...). Điểm mấu chốt là sự định hướng từ các dấu hiệu đi kèm ngoài sọ não, ở trường hợp báo cáo này là thận (và tiền căn gia đình). Kỹ thuật siêu âm có thể giúp cải thiện cơ hội phát hiện, với đầu dò phân giải cao ngả âm đạo hoặc dựng hình với siêu âm 3 chiều. Chú ý rằng ở thai kỳ bình thường trước 18 tuần, thùy nhộng vẫn trong giai đoạn phát triển. Việc quan sát siêu âm sau 18 tuần thai kỳ là cần thiết để chẩn đoán chính xác và đầy đủ.

Trong bối cảnh có tiền căn xấu trong phả hệ, bác sĩ cũng nên đề nghị xét nghiệm di truyền phù hợp để chẩn đoán xác định. Trong trường hợp được báo cáo, gen TMEM67 nằm trên locus 8q22.1, chịu trách nhiệm cho bệnh lý tiêm mao trong đó có hội chứng Joubert 6 và Meckel type 3 theo y văn.

KẾT LUẬN

Hội chứng Joubert và các rối loạn liên quan là một bất thường bẩm sinh có nguy cơ tái mắc cao, và dấu hiệu “răng cối” được phát hiện trên siêu âm tiền sản cho phép bác sĩ phân biệt với các bất thường não giữa-não sau khác. Phân tích di truyền trước sinh cho thai nhi và bố mẹ là cần thiết để khẳng định chẩn đoán chính xác. Điều này rất hữu ích trong tư vấn di truyền và quản lý tiền sản ở những thai kỳ kế tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhu L, Xie L. Prenatal diagnosis of Joubert syndrome: A case report and literature review. *Medicine* 2017;96:e8626.
2. Xiang J, Zhang L, Jiang W, et al. Prenatal Diagnosis and Genetic Analysis of a Fetus with Joubert Syndrome. *BioMed research international* 2018;2018:7202168.
3. Quarello E, Molho M, Garel C, et al. Prenatal abnormal features of the fourth ventricle in Joubert syndrome and related disorders. *Ultrasound in obstetrics & gynecology* 2014;43:227-32.
4. Hildebrandt F, Benzing T, Katsanis N. Ciliopathies. *The New England journal of medicine* 2011;364:1533-43.
5. Parisi MA. The molecular genetics of Joubert syndrome and related ciliopathies: The challenges of genetic and phenotypic heterogeneity. *Translational science of rare diseases* 2019;4:25-49.
6. Millichap JG. Joubert Syndrome, A Ciliopathy. *Pediatric Neurology Briefs* 2013;27(10):79-79.



NHAU TIỀN ĐẠO: CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ LÂM SÀNG ...

KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhau tiền đạo đang gia tăng và có liên quan trực tiếp đến số lần mổ lấy thai trước đó, dẫn đến bệnh suất và tử suất nghiêm trọng ở cả mẹ và thai. Sàng lọc ở tất cả bệnh nhân và xác định đúng vị trí nhau bám, sử dụng siêu âm đầu dò âm đạo từ 16 tuần, là rất quan trọng để chẩn đoán sớm nhau tiền đạo góp phần hạn chế lo lắng cho gia đình bệnh nhân. Các bác sĩ sản phụ khoa nên nhận thức được sự di chuyển lên trên và sự bình thường hóa bánh nhau khi tuổi thai lớn. Trong trường hợp bánh nhau bình thường hóa trở lại thì quan trọng nhất là phải sàng lọc mạch máu tiền đạo. Trong trường hợp nhau tiền đạo vẫn tồn tại, thì cần phải có một cách tiếp cận hệ thống để đảm bảo kết quả tối ưu nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reem S Abu-Rustum. Placenta previa: Practical approach to sonographic evaluation and management. 2019
2. CHJR Jansen. Follow-up ultrasound in second-trimester low-positioned anterior and posterior placentas: prospective cohort study. *UOG* 2019.
3. Lawrence W Oppenheimer. A new classification of placenta previa: Measuring progress in obstetrics. *AJOG* 2009.
4. Reddy UM, Abuhamad AZ, Levine D, Saade GR. Fetal Imaging Workshop Invited Participants. Fetal imaging: Executive summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Institute of Ultrasound in Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Radiology, Society for Pediatric Radiology, and Society of Radiologists in Ultrasound Fetal Imaging Workshop. *J Ultrasound Med*. 2014; 33:745-757.
5. Yinka Oyelese. Vasa previa: time to make a difference. *AJOG* 12/2019.
6. Zoe C. Frank, Kayli L. Senz, Aaron B. Caughey. Timing of delivery in women with vasa previa: A decision analysis. *AJOG* 1/2019.