

Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 54 – QUÝ II/2020

SẤY THAI – NGUYÊN NHÂN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- 05 Ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự
- 08 Sẩy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sẩy thai liên tiếp
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sẩy thai tái phát
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sẩy thai liên tiếp
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Đỗ Đức Dũng
- 24 Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid trong thai kỳ
BSNT. Đinh Thế Hoàng
- 30 Cập nhật thrombophilia và sẩy thai liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sẩy thai liên tiếp
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sẩy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sẩy thai trong hỗ trợ sinh sản
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sẩy thai và nguyên nhân đến từ bố
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 49 Các đặc tính và thói quen của mẹ làm tăng nguy cơ sẩy thai
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sẩy thai liên tiếp
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 57 Kết cục thai còn lại trong hội chứng “song thai biến mất”
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 61 Tiếp cận và xử trí sẩy thai do hở eo cấp tính bằng phương pháp khâu eo tử cung cấp cứu
BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm
- 66 Các hệ thống chẩn đoán vách ngăn tử cung và mối liên quan giữa vách ngăn tử cung với sẩy thai, hiếm muộn
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai, sẩy thai liên tiếp
BS. Võ Văn Cường, BS. Cao Thị Thúy
- 75 Giá trị siêu âm trong chẩn đoán khuyết sọ mở lấy thai và thai bám sọ mở lấy thai
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn
- 81 Cập nhật về nhiễm COVID-19 ở thai phụ và hướng tiếp cận trường hợp thai phụ nghi nhiễm COVID-19
BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân
- 85 Đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo?
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng
- 89 Khóe dạ đề (colic)
BS. CKI. Nguyễn Khôi

Journal Club

- 93 Siêu âm sớm và dự đoán thai lưu trong 3 tháng
- 95 Sự chênh lệch kích thước thai nhi trong song thai thời điểm 11 – 13 tuần và kết cục thai kỳ
- 96 So sánh ảnh hưởng của các thuốc tránh thai đường uống lên các chỉ số lâm sàng, sinh hóa trong hội chứng buồng trứng đa nang

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



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



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

TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ SẤY THAI DO HỞ EO CẤP TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU EO TỬ CUNG CẤP CỨU

BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm

Phòng khám Sim Medical Center

TỔNG QUAN

Sẩy thai là một biến chứng thường gặp trong thai kỳ, chiếm tỷ lệ 15 – 20%, gây ảnh hưởng nặng nề không chỉ về sức khỏe mà còn tinh thần và tâm lý người phụ nữ. Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa sẩy thai là hiện tượng trực xuất phôi thai hoặc thai nhi có cân nặng dưới 500 gr khỏi lòng tử cung; tuy nhiên, định nghĩa được chấp nhận nhiều hơn về sẩy thai là hiện tượng trực xuất thai nhi khỏi lòng tử cung trước khi thai có khả năng sống sót. Sẩy thai giai đoạn sớm xảy ra ở tuổi thai trước 12 tuần và sẩy thai giai đoạn muộn xảy ra trong giai đoạn từ 12 tuần đến 24 tuần^[1]. Hầu hết thai sẩy trong giai đoạn sớm, với tỷ lệ 50 – 70% thai sinh hóa và 15 – 20% thai lâm sàng, tỷ lệ sẩy thai trong tam cá nguyệt 2 rất thấp, chiếm 2 – 3% thai^[1].

Một trong những nguyên nhân gây sẩy thai giai đoạn muộn hoặc thậm chí gây sẩy thai liên tiếp trong giai đoạn này có liên quan đến hở eo tử cung hay bất toàn cổ tử cung (Cervical insufficiency – CI). Khâu eo tử cung là thủ thuật ngoại khoa can thiệp nhằm mục đích hỗ trợ đồng thời ngăn cổ tử cung tiếp tục giãn nở. Chỉ định khâu eo tử cung được chia thành 2 loại: khâu eo tử cung dự phòng và khâu eo tử cung cấp cứu. Trong bài viết này, chúng tôi đề cập đến những vấn đề chẩn đoán, xử trí sẩy thai trên các trường hợp được chẩn đoán hở eo cấp tính bằng biện pháp khâu eo tử cung cấp cứu.

CHẨN ĐOÁN VÀ KHÁI NIỆM

Sẩy thai muộn là hiện tượng tổng xuất thai ra khỏi buồng tử cung trong giai đoạn tam cá nguyệt 2, ở tuổi thai từ 12 tuần đến 24 tuần. Tuy chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp trong thai kỳ nhưng ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe và tinh thần người mẹ. Một số nguyên nhân gây sẩy thai trong giai đoạn này bao gồm: bất thường cấu trúc thai, bất thường tử cung, cổ tử cung bất toàn, hội chứng kháng phospholipid, các yếu tố môi trường, tâm lý và sẩy thai chưa rõ nguyên nhân^[1].

Cổ tử cung cấu tạo chủ yếu từ mô liên kết, bao gồm các tế bào collagen loại I và loại II, elastin, proteoglycan và một phần tế bào cơ trơn, mạch máu. Trong giai đoạn mang thai, cấu trúc cổ tử cung xảy ra quá trình tái tạo, trong quá trình đó, nếu có bất cứ sự xáo trộn nào dẫn đến bất thường cấu trúc cổ tử cung. Theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), CI được định nghĩa khi cổ tử cung không đủ sức giữ thai trong tử cung, gây ra sự giãn nở cổ tử cung nhưng không hiện diện cơn gò hay dấu hiệu, triệu chứng nào của chuyển dạ trên lâm sàng và đưa đến hậu quả là tổng xuất khối thai ra khỏi tử cung. CI là một trong những nguyên nhân gây sẩy thai với tần suất cao, chiếm khoảng 25% các nguyên nhân sẩy thai giai đoạn muộn trong tam cá nguyệt 2. Tuy nhiên, kiến thức về nguyên nhân, sinh bệnh học, chẩn đoán và điều trị CI hiện vẫn chưa rõ

ràng và thống nhất. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến CI có thể kể đến như sau chấn thương, cắt cụt, khoét chóp, rách khi sinh, cắt bỏ cổ tử cung hoặc do nguyên nhân tự phát, rối loạn gen mô liên kết... CI cũng là một trong những nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp ở giai đoạn này. Sẩy thai liên tiếp được xác định khi tình trạng sẩy thai diễn ra ở 2 thai kỳ trở lên, tỷ lệ xảy ra 1 – 2% trong độ tuổi sinh sản. Định nghĩa này bao gồm tất cả thai kỳ tự nhiên và hỗ trợ sinh sản, không bao gồm thai trứng, thai ngoài tử cung và thất bại làm tổ.

Trong thực hành lâm sàng, CI được chẩn đoán bởi tiền sử giãn nở cổ tử cung không đau, khởi phát chuyển dạ không có cơn gò tử cung trước đó, dẫn đến sẩy thai giai đoạn muộn hoặc sinh non. Trên siêu âm, độ dài kênh cổ tử cung (Cervical Length – CL) là một chỉ dấu cho CI,

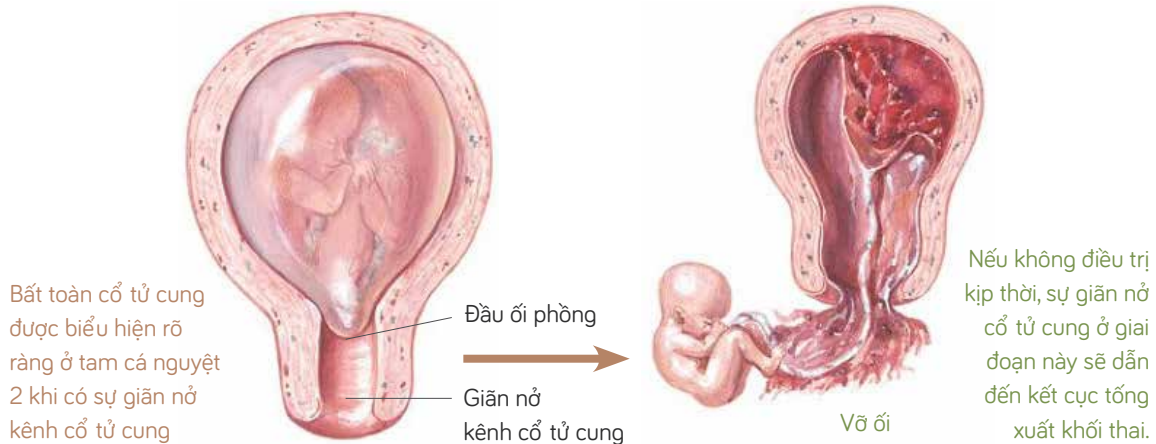
với CL < 25 mm xác định ở tam cá nguyệt 2 qua siêu âm ngả âm đạo. CL có độ nhạy thấp (30 – 40%) với thai kỳ đơn thai nguy cơ thấp (không có tiền căn trước đó), tuy nhiên, đóng vai trò quan trọng đối với thai kỳ đơn thai có tiền căn sẩy thai muộn hoặc sinh non liên tiếp (Hình 1).

Hở eo tử cung cấp tính

Ở những trường hợp không có tiền căn sẩy thai trước đó, CI được phát hiện tình cờ trên siêu âm hay thăm khám lâm sàng. Với những trường hợp qua siêu âm phát hiện CL ngắn, khâu eo tử cung không được khuyến cáo nếu không ghi nhận tiền căn sẩy thai hoặc sinh non trước đó^[2]. Tuy nhiên, thăm khám lâm sàng bằng mổ vạt một số trường hợp ghi nhận có sự giãn nở cổ tử cung, có thể nhìn thấy phần thai hoặc dây rốn qua màng ối còn nguyên vẹn, sa đầu ối xuống âm đạo, bên cạnh đó, không ghi nhận được cơn gò tử cung và những bằng chứng lâm sàng cho sự nhiễm trùng buồng tử cung, tình trạng này được gọi là hở eo tử cung cấp tính (acute cervical insufficiency), đòi hỏi phải có xử trí kịp thời trước khi diễn tiến nặng hơn, khiến thai bị sẩy hoặc sinh cực non trong giai đoạn giữa thai kỳ. Những trường hợp hở eo cấp tính nặng được xác định khi cổ tử cung giãn nở trên 4 cm hoặc có sự sa xuống của đầu ối. Đối với những trường hợp này, khâu eo tử cung cấp cứu có nguy cơ thất bại cao hơn^[2] (Hình 2).



Hình 1. Cổ tử cung ngắn trên siêu âm ở tuần thai 20^{5/7}.



Hình 2. Diễn tiến hở tử cung cấp tính đưa đến kết cục sẩy thai giai đoạn muộn. (<https://www.netterimages.com/>)

KHÂU EO TỬ CUNG CẤP CỨU

Không có khuyến cáo khâu eo tử cung trước khi mang thai hoặc trong giai đoạn sớm của thai kỳ nhằm dự phòng sẩy thai giai đoạn muộn ở thai kỳ đơn thai không có tiền sử sẩy thai liên tiếp giai đoạn muộn trước đó^[2]. Tuy nhiên, vẫn đề đặt ra đối với một số trường hợp cần phải can thiệp khi có sự giãn nở cổ tử cung và sa đầu ối vào âm đạo qua thăm khám lâm sàng trong tam cá nguyệt 2. Khâu eo tử cung cấp cứu hiện nay là một phương pháp can thiệp hiện đang được sử dụng cho những trường hợp hở eo tử cung cấp tính biểu hiện rõ trên lâm sàng. Mặc dù điều kiện chăm sóc đặc biệt cho trẻ sinh non đang ngày càng nâng cao, bệnh suất và tử suất chu sinh ở nhóm trẻ non tháng, cực non tháng hoặc sẩy thai giai đoạn muộn luôn chiếm tỷ lệ cao, đồng thời chi phí điều trị rất tốn kém. Rất nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra khâu eo cấp cứu có vai trò quan trọng trong việc kéo dài thai kỳ, do đó góp phần đáng kể trong giảm hậu quả của sinh non do CI. Hầu hết các trường hợp được khâu eo cấp cứu lúc 18 – 25 tuần, đa phần ở tuổi thai 21 tuần và thai kỳ được kéo dài trung bình 62 ngày. Kết cục thai kỳ ghi nhận thai được sinh ra ở tuần thai 31, cân nặng trung bình 2.166 gram, các biến chứng sơ sinh được giảm đáng kể, tỷ lệ sống sau sinh là 83,7%^[4]. Tương tự, Ciavattini công bố một nghiên cứu về hiệu quả và kết cục thai kỳ ở các trường hợp hở eo cấp tính được khâu eo cấp cứu hoặc chỉ nghỉ ngơi tại giường. Kết quả ghi nhận ở nhóm được khâu eo cấp cứu, thời gian mang thai có thể kéo dài đến 16,8 tuần, so với 7,2 tuần ở nhóm nghỉ ngơi tại giường ($p = 0,0013$); đồng thời, tuổi thai lúc sinh được ghi nhận là $34,8 \pm 6,7$ tuần, trong khi ở nhóm nghỉ ngơi tại giường, bệnh nhân sinh ở tuổi thai $26,7 \pm 7,4$ tuần, là tuổi thai ở nhóm sinh cực non. Ngoài ra, tình trạng sau sinh ở trẻ cũng có cải thiện cả về cân nặng và chỉ số Apgar 1' (trung bình $8,7 \pm 1,2$) và 5' (trung bình $9,2 \pm 0,9$)^[5].

Khâu eo tử cung cấp cứu được chỉ định trên những trường hợp:

- Thai kỳ đơn thai, tuổi thai 14 – 24 tuần.
- Có sự thay đổi ở cổ tử cung trên hình ảnh siêu âm hoặc thăm khám trên lâm sàng. Cổ tử cung mở < 2 cm.
- Không hiện diện cơn gò chuyển dạ.
- Màng ối còn nguyên. Không ghi nhận rỉ ối hay vỡ ối trên lâm sàng.
- Không có dấu hiệu nhiễm trùng ối (mẹ sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, mạch nhanh > 100 lần/phút, căng tử cung, nước ối có mùi hôi).
- Không xuất huyết âm đạo nặng.

Nhiều nghiên cứu ghi nhận các yếu tố tiên lượng xấu kết cục thai kỳ khi khâu eo cấp cứu có thể kể đến như^[2,4]:

- Có sự sa đầu ối.
- Cổ tử cung mở ≥ 4 cm.
- Khâu eo sau tuần thai 22.

Vì vậy, các tổ chức sản phụ khoa đã đưa ra những chống chỉ định sau đối với khâu eo cấp cứu^[2]:

- Dấu hiệu nhiễm trùng trên lâm sàng.
- Đang xuất huyết âm đạo.
- Có hiện diện cơn gò tử cung.
- Vỡ ối hoặc rỉ ối.
- Thai dị tật bẩm sinh nặng hoặc thai lưu.

Nhiễm trùng ối là một trong những chống chỉ định trong khâu eo tử cung cấp cứu vì có thể làm tình trạng diễn biến nặng nề hơn. Để làm rõ hơn, một nghiên cứu hồi cứu công bố năm 2019 trên những bệnh nhân được chẩn đoán hở eo cấp tính và có hiện diện đầu ối trên thăm khám lâm sàng, được chọc ối nhằm xác định tình trạng nhiễm trùng ối cho thấy tình trạng nhiễm trùng ối kèm theo có ảnh hưởng đến dự hậu của bệnh nhân khi được khâu eo cấp cứu. Cụ thể, nghiên cứu cho thấy những trường hợp có nhiễm trùng ối kèm theo có kết quả xấu hơn, thai kỳ chỉ kéo dài thêm được 1 ngày, tuổi thai lúc sinh trong khoảng 22,1 tuần và tỷ lệ sống sót sau sinh chỉ đạt 8%. Trong khi đó, ở những bệnh nhân không có nhiễm trùng ối hoặc tình trạng nhiễm trùng không xác định được, thai kỳ có thể kéo dài

thêm đến 43 ngày và tuổi thai trung bình lúc sinh là 28 tuần, tỷ lệ sống sau sinh đến 67%^[8].

Đối với các trường hợp màng ối sa xuống, rất khó khăn trong việc khâu eo do có các nguy cơ chạm phần thai, thủng màng ối, vỡ ối... đồng thời, khả năng thất bại tăng hơn. Trong những trường hợp đó, các dụng cụ, kỹ thuật được sử dụng nhằm mục đích đẩy màng ối trở lại vào buồng tử cung như gạc, bóng Folley, bóng chèn... Sau khi chèn bóng qua kênh cổ tử cung, dung dịch sinh lý được bơm vào bóng, giúp nâng màng thai lên, tiến hành khâu eo cổ tử cung sau đó xả dịch, rút ống. Son và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 91 ca đơn thai và ghi nhận kết quả kéo dài thời gian mang thai từ lúc khâu eo (trung bình 21 tuần) đến lúc sinh (trung bình 29 tuần) là $55,2 \pm 43$ ngày, không ghi nhận biến chứng khi thực hiện, không có trường hợp thất bại trong việc đẩy màng ối^[10]. Tương tự, một báo cáo gần đây nhất của Min cũng ghi nhận tỷ lệ thành công cao, không có biến chứng trong việc sử dụng bóng chèn nâng màng thai vào lại buồng tử cung, tỷ lệ sống sau sinh là 76,1%^[7] (Hình 3).

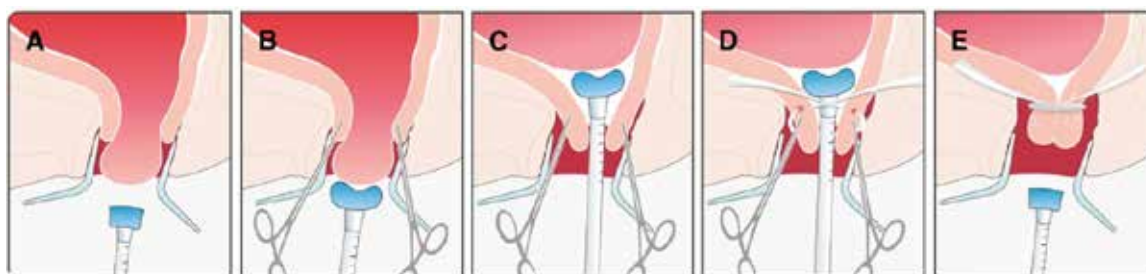
Song thai hoặc đa thai có tỷ lệ sảy hoặc sinh non, tử vong sau sinh cao hơn nhiều lần so với đơn thai do có sự tăng tiết các hormone, các chất trung gian, protein hoạt động bề mặt kích

thích sự co bóp tử cung làm tăng nguy cơ sinh non. Mặc dù vậy, theo khuyến cáo của những hiệp hội sản phụ khoa nhiều nước, khâu eo tử cung không nên thực hiện ở thai kỳ đa thai^[2]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cũng cho thấy lợi ích trong việc kéo dài thai kỳ, nâng tỷ lệ sống sót sau sinh ở một số trường hợp song thai có hở eo tử cung cấp tính. Tại Canada, một nghiên cứu trên các thai phụ song thai có hở eo cấp tính, cổ tử cung giãn < 3 cm, được điều trị bằng khâu eo cấp cứu hoặc điều trị mong đợi cho kết quả thai kỳ kéo dài đến 28,9 tuần so với 24,2 tuần ở nhóm còn lại, trung bình thời gian từ lúc khâu eo đến lúc sinh là $7,3 \pm 5,5$ tuần^[3]. Một nghiên cứu khác trên 88 thai phụ, trong đó 71 thai đơn và 17 song thai được chỉ định khâu eo cấp cứu có kết quả tương đồng nhau ở 2 nhóm, cụ thể, thời gian thai kỳ kéo dài thêm khoảng 8 tuần ở 2 nhóm lần lượt là 44% và 43%, ở nhóm song thai, tuổi thai lúc sinh là 31 tuần và nhóm đơn thai trung bình là 32,4 tuần^[9].

Phương pháp hỗ trợ sau khâu eo tử cung cấp cứu

Sử dụng progesterone đường như có hiệu quả trong việc giảm co bóp cơ tử cung, ức chế oxytocin. Mặc dù điều trị progesterone phụ trợ

Thủ thuật McDonald sử dụng bóng chèn Uniconcave kèm theo



Mô phỏng quá trình sử dụng bóng Uniconcave trong khâu eo tử cung.

A. Tiếp cận đầu ối phình ra qua lỗ cổ tử cung.

B. Kẹp giữ 2 mép cổ tử cung. Bơm khí vào đầu bóng và nhẹ nhàng đẩy đầu ối trở lại vào buồng tử cung.

C và D. Sau khi màng ối được đẩy trở lại vào buồng tử cung, tiến hành khâu eo cổ tử cung bằng phương pháp McDonald.

E. Tháo khí, nhẹ nhàng rút bóng ra.

Hình 3. Kỹ thuật sử dụng bóng chèn Uniconcave trong khâu eo tử cung cấp cứu có sa màng thai^[10].

sau khâu eo cấp cứu chưa được chứng minh hiệu quả nhưng ở một số nghiên cứu cho thấy sử dụng progesterone ngà âm đạo có thể có ích.

Sử dụng vòng pessary sau khi khâu eo cấp cứu cũng là một biện pháp có thể cân nhắc. Không có nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả của pessary trong trường hợp này. Một nghiên cứu năm 2015 tiến hành đặt vòng Herbich số 2 sau khi khâu eo để tìm lợi ích của việc này. Ở nhóm được đặt pessary kéo dài thời gian mang thai hơn so với nhóm không được phụ trợ, tuổi thai lúc sinh là 35 tuần so với 28 tuần^[6]. Tuy cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu còn nhiều điểm hạn chế nhưng với kết quả ghi nhận có sự cải thiện kết cục thai kỳ khi đặt vòng nâng phụ trợ sau khâu eo, phương pháp này được hy vọng có thể mang đến thêm sự lựa chọn cho các nhà lâm sàng.

KẾT LUẬN

Sẩy thai là một biến chứng không mong muốn trong thai kỳ có thể ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và tâm lý người mẹ. Sẩy thai muộn xảy ra ở tuần thai 12 – 24, khi thai chưa có khả năng sống độc lập ngoài bụng tử cung.

Có nhiều nguyên nhân gây sẩy thai trong giai đoạn này, trong đó đáng chú ý là hở eo cổ tử cung. Đây là một trong những nguyên nhân gây sẩy thai liên tiếp, sẩy thai giai đoạn muộn. Chẩn đoán được dựa trên tiền căn sẩy thai trước đó, đo CL trên siêu âm.

Hở eo cổ tử cung cấp tính là trường hợp thăm khám trên lâm sàng có sự thay đổi cổ tử cung như có giãn nở hay sa đầu ối xuống âm đạo nhưng không gây đau, không có cơn gò tử cung, đòi hỏi phải có những can thiệp kịp thời trước khi diễn tiến sẩy thai.

Khâu eo tử cung cấp cứu là một biện pháp can thiệp hiệu quả nhằm kéo dài thai kỳ, giảm bệnh suất và tử suất sơ sinh được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu.

Đối với các trường hợp hở eo nghiêm trọng, có kèm sa đầu ối, việc sử dụng bóng chèn đẩy phần đầu ối lên khi khâu nên được cân nhắc.

Mặc dù chưa có đồng thuận nhưng khâu eo tử cung cấp cứu ở thai kỳ song thai được cho là có hiệu quả ở một số nghiên cứu.

Chưa có khẳng định rõ ràng về tác dụng của progesterone ngà âm đạo và đặt pessary sau khâu eo tử cung cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McNamee KM, Dawood F, Farquharson RG. Mid-trimester pregnancy loss, *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014; 41 (1): 87-102.
2. RCOG, Cervical Cerclage (Green-top Guideline No. 60). 2011.
3. Abbasi N, Barrett J, Melamed N. Outcomes following rescue cerclage in twin pregnancies, *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 31 (16): 2195-2201.
4. Abo-Yaqoub S, Mohammed AB, Saleh H. The effect of second trimester emergency cervical cerclage on perinatal outcome, *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25 (9): 1746-9.
5. Ciavattini A, Delli Carpini G, Boscarato V, et al. Effectiveness of emergency cerclage in cervical insufficiency, *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29 (13): 2088-92.
6. Kosinska-Kaczynska K, Bomba-Opon D, Zygula A et al. Adjunctive Pessary Therapy after Emergency Cervical Cerclage for Cervical Insufficiency with Protruding Fetal Membranes in the Second Trimester of Pregnancy: A Novel Modification of Treatment, *Biomed Res Int.* 2015; 185371.
7. Lv M, Zhao B, Chen Y et al. Balloon tamponade for successful emergency cervical cerclage, *J Obstet Gynaecol Res.* 2020.
8. Monckeberg M, Valdes R, Kusanovic JP et al. Patients with acute cervical insufficiency without intra-amniotic infection/inflammation treated with cerclage have a good prognosis, *J Perinat Med.* 2019; 47 (5): 500-509.
9. Park JY, Cho SH, Jeon SJ et al. Outcomes of physical examination-indicated cerclage in twin pregnancies with acute cervical insufficiency compared to singleton pregnancies, *J Perinat Med.* 2018; 46 (8): 845-852.
10. Son GH, Chang KH, Song JE et al. Use of a unicorncave balloon in emergency cerclage, *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212 (1): 114 e1-4.

➡ Tiếp theo ➡ KẾT CỤC THAI CÒN LẠI
trang 60 TRONG HỘI CHỨNG ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stoeckel W. *Lehbuch der geburstchilfe.* Jena (Germany): Gustav Fisher. 1945:258.
2. Márton V, Zádori J, Kozinszky Z, Keresztúri A. Prevalences and pregnancy outcome of vanishing twin pregnancies achieved by in vitro fertilization versus natural conception. *Fertility and sterility.* 2016; 106(6): 1399-406.
3. Landy H, Keith L. The vanishing twin: a review. *Human reproduction update.* 1998; 4(2): 177-83.
4. Curnow KJ, Wilkins-Haug L, Ryan A, Kirkizlar E, Stosic M, Hall MP, et al. Detection of triploid, molar, and vanishing twin pregnancies by a single-nucleotide polymorphism-based noninvasive prenatal test. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2015; 212(1): 79. e1-9.
5. Niles KM, Murji A, Chitayat D. Prolonged duration of persistent cell-free fetal DNA from vanishing twin. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2018; 52(4): 547-8.
6. Chaveeva P, Wright A, Syngelaki A, Konstantinidou L, Wright D, Nicolaidis KH. First-trimester screening for trisomies in pregnancies with a vanishing twin. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2019.
7. Sun L, Jiang LX, Chen HZ. Obstetric outcome of vanishing twins syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2017; 295(3): 559-67.
8. Kamath MS, Antonisamy B, Selliah HY, Sunkara SK. Perinatal outcomes of singleton live births with and without vanishing twin following transfer of multiple embryos: analysis of 113 784 singleton live births. *Human Reproduction.* 2018; 33(11): 2018-22.