

# 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

# CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG KHÁNG PHOSPHOLIPID TRONG THAI KỲ

ThS. BS. Đinh Thế Hoàng

Khoa Y Đại học Quốc gia TP HCM

## TỔNG QUAN

Hội chứng kháng phospholipid (antiphospholipid syndrome – APS) là một bệnh lý tự miễn ảnh hưởng không những đến tương lai sản khoa của bệnh nhân mà còn gây ra những biến chứng huyết khối nghiêm trọng ngoài thai kỳ do cơ chế tăng đông và viêm mạn tính mang lại<sup>[5]</sup>. Trong thai kỳ, APS thể hiện các hình thái lâm sàng như: sẩy thai liên tiếp, thai ngưng tiến triển hay tình trạng sinh non do nguyên nhân bất thường trao đổi tử cung – nhau biểu hiện qua bệnh lý tiền sản giật, sản giật, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (fetal growth restriction: FGR), thai lưu<sup>[6]</sup>.

Cơ chế bệnh sinh của APS chưa được chứng minh rõ ràng mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên mô hình phòng thí nghiệm cũng như trên chuột<sup>[2,5]</sup>. Sự xuất hiện của các kháng thể kháng phospholipid (antiphospholipid antibodies: aPL) cụ thể là kháng thể lupus kháng đông máu (lupus anti-coagulant: LA), kháng thể kháng cardiolipin (anticardiolipin antibody: aCL), kháng thể kháng protein  $\beta_2$  glycoprotein 1 (anti-beta2-glycoprotein 1:  $\alpha\beta_2$ GP1) khởi phát hình thành cục máu đông thông qua kích hoạt các tế bào nội mô, tiểu cầu và các tế bào miễn dịch như monocyte. Nửa đầu thai kỳ, aPL ức chế sự phát triển, xâm lấn và apoptosis của nguyên bào nuôi dẫn đến các biến chứng như sẩy thai liên tiếp, thai ngừng tiến triển sớm. Trong nửa

sau thai kỳ, các vi huyết khối và sự thay đổi các phản ứng viêm tại giường bánh nhau dẫn đến sự hình thành các mạch máu xoắn không đầy đủ gây nên các bệnh lý TSG, thai lưu, FGR<sup>[5]</sup> (Hình 1).

## CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Đồng thuận quốc tế về tiêu chuẩn chẩn đoán APS đã được hiệu chỉnh từ năm 2006, bắt buộc phải có ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng và ít nhất một tiêu chuẩn huyết thanh học<sup>[1]</sup>. Cụ thể với tiêu chuẩn lâm sàng và huyết thanh học.

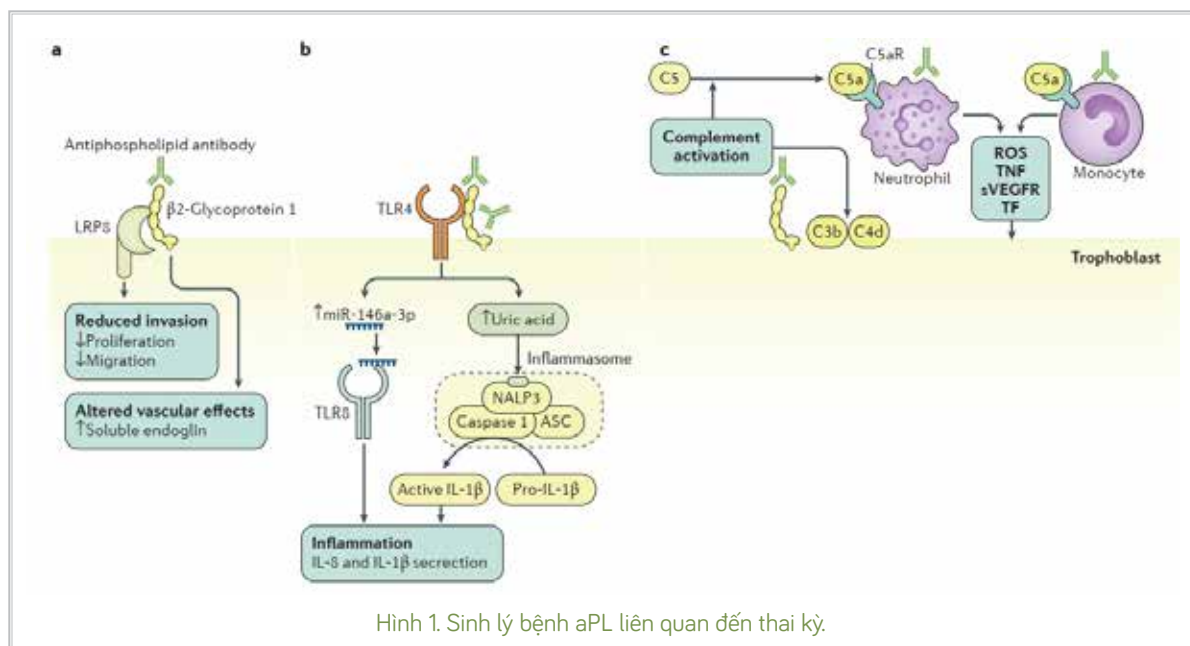
### Tiêu chuẩn lâm sàng

#### 1. Huyết khối

Có tiền sử  $\geq 1$  lần bị huyết khối mạch máu nhỏ. Trong trường hợp có chẩn đoán giải phẫu bệnh thì phải xác định không có tình trạng viêm thành mạch máu kèm theo.

#### 2. Biến chứng thai kỳ

- Có tiền sử sẩy thai < 10 tuần liên tiếp  $\geq 3$  lần, đã loại trừ những nguyên nhân khác
- Có tiền sử  $\geq 1$  lần thai  $\geq 10$  tuần ngưng tiến triển không giải thích được bằng nguyên nhân khác.
- Có tiền sử  $\geq 1$  lần sinh non, tuổi thai < 34 tuần do tiền sản giật nặng, sản giật, thai chậm tăng trưởng hay có chứng cứ của suy tuần hoàn tử cung nhau.



### Tiêu chuẩn huyết thanh học

Hiện diện aPL trong 2 lần xét nghiệm cách nhau ít nhất 12 tuần và trong vòng 5 năm kể từ khi có triệu chứng tiêu chuẩn lâm sàng. Kèm 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Hiện diện LA trong huyết tương.
- Nồng độ trung bình aCL IgG hoặc IgM > 40 (GPL hay MPL) hoặc lớn hơn bách phân vị 99.
- Hiện diện aβ2GP1 IgG hay IgM trong huyết tương.

Chú thích: GPL, MPL là đơn vị bất kỳ, 1 GPL hay MPL tương ứng 1μg kháng thể IgG hay IgM.

Trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là đối với các bác sĩ sản phụ khoa, những bệnh nhân APS cần được phân tầng nguy cơ thai kỳ có kết cục xấu dựa vào dữ liệu aPL kết hợp với các dữ kiện tiền sử của người bệnh như tiền căn huyết khối, bệnh lý lupus ban đỏ hệ thống kèm theo hay kết cục thai kỳ xấu trước đó để có thể cá thể hóa điều trị<sup>[2,4]</sup>. Thang điểm toàn cầu hội chứng kháng phospholipid (global APS score – GAPSS) đã phân chia cụ thể điểm số của những yếu tố nguy cơ góp phần vào dữ liệu tiên lượng (Bảng 1), điểm số càng cao liên quan có ý nghĩa thống kê đến dự hậu kết cục xấu thai kỳ (sẩy thai liên tiếp, thai ngưng tiến triển, tiền sản giật, FGR, thai lưu) cũng như biến chứng huyết khối. Bên

cạnh đó, cập nhật Hiệp hội Phòng chống bệnh thấp khớp châu Âu (European League Against Rheumatism: EULAR) phân chia thêm dữ liệu aPL thành 3 nhóm nguy cơ thấp, trung bình – cao và cao (Bảng 2). LA là dấu chỉ mạnh cho kết cục xấu thai kỳ, càng nhiều dấu chỉ trong 3 dấu chỉ huyết thanh hiện diện, nồng độ càng cao thì càng thể hiện tiên lượng xấu của thai kỳ. Locksin và cộng sự nghiên cứu trên 144 thai phụ cho thấy, tỷ lệ thai kỳ kết cục xấu cao hơn ở nhóm phụ nữ có LA so với nhóm aCL IgG, aβ2GP1 (43% so với 8%, p = 0,002). Bệnh cảnh lâm sàng APS liên quan đến phụ nữ mang thai thường bao gồm 3 hình thái: bệnh nhân có tiền sử sẩy thai liên tiếp, bệnh nhân có tiền sử thai kỳ có liên quan bệnh lý bánh nhau, và bệnh nhân có tiền sử huyết khối. Việc phân chia này có ý nghĩa bởi vì những hình thái khác nhau sẽ có tiên lượng khác nhau đối với kết cục xấu thai kỳ. Bramham và cộng sự báo cáo 83 thai kỳ trên 67 phụ nữ bị APS cho thấy, phụ nữ có tiền căn bị huyết khối tăng nguy cơ sinh non (26,8% so với 4,7%, p = 0,05) và nhẹ cân (9,5% so với 4,8%, p = 0,003) so với tiền căn sẩy thai liên tiếp dưới 10 tuần<sup>[6]</sup>. Tổng quan của Ruffatti và cộng sự, đã xác định các yếu tố được xếp vào nguy cơ cao cho kết cục xấu thai kỳ để quản lý

gồm: nhiều hơn 2 dấu chỉ aPL hiện diện, nồng độ aPL cao, bệnh lý tự miễn kèm theo và tiền căn huyết khối<sup>[3]</sup>.

Bảng 1. Thang điểm GAPSS.

Yếu tố nguy cơ	Điểm số
aCL IgG hay IgM	5
Aβ2GP1 IgG hay IgM	4
LA	4
Kháng thể anti-prothrombin hay phosphatidylserine complex IgG hay IgM	3
Tăng lipid máu	3
Tăng huyết áp	1

Bảng 2. Nhóm nguy cơ APS của EULAR.

Nguy cơ thấp:

- aCL hay aβ2GP1 tăng đơn độc với nồng độ thấp, đặc biệt là hiện diện không thường xuyên.

Nguy cơ trung bình – cao:

- aCL IgG > 40 GPL và/hoặc IgM > 40 MPL và/hoặc > bách phân vị thứ 99.
- aβ2GP1 IgG hay IgM > bách phân vị thứ 99.

Nguy cơ cao:

- Hiện diện ≥ 1 dấu chỉ aPL (phải bao gồm LA, trong 2 lần thử cách nhau ít nhất 12 tuần).
- Nồng độ aPL tăng cao kéo dài.

## QUẢN LÝ APS VÀ THAI KỲ

Cho đến hiện tại, APS là bệnh lý có tỷ lệ cao nhất gây sẩy thai liên tiếp mà có thể điều trị được. Trong khuôn khổ của bài báo này chúng tôi tập trung vào việc quản lý APS nhằm giảm tối đa tỷ lệ sẩy thai trong nửa đầu và các biến cố thai sản trong nửa sau thai kỳ. Quản lý một trường hợp APS trong thai kỳ phải bắt đầu từ trước, trong và sau khi mang thai, đồng thời cá thể hóa điều trị dựa vào yếu tố nguy cơ của người bệnh kết hợp với chứng cứ y khoa hiện đại.

### 1. Trước khi mang thai

Tư vấn về một thai kỳ nguy cơ cao với các biến cố có thể xảy ra trong thai kỳ và hậu sản cho cặp vợ chồng tùy vào mức độ nguy cơ đã được trình bày ở phần trên.

Ngưng hút thuốc lá chủ động lẫn thụ động, hạn chế sử dụng rượu bia.

Đối với bệnh nhân có tiền căn huyết khối trong vòng 3 tháng và/hoặc tăng huyết áp chưa kiểm soát tốt khuyến cáo tạm hoãn có thai cho đến khi kiểm soát ổn định các bệnh lý này. Tăng áp phổi nặng khuyến cáo không nên có thai vì nguy cơ tử vong lên đến 46%.

Bổ sung acid folic 400 μg/ngày, tư vấn ngưng warfarin ngay khi phát hiện có thai.<sup>[6]</sup>

### 2. Trong thai kỳ

Điều trị APS trong thai kỳ là sự hợp tác đa chuyên khoa giữa các bác sĩ sản khoa, cơ xương khớp và huyết học. Nguyên tắc cơ bản gồm ngăn ngừa huyết khối cho người mẹ, dự phòng biến chứng sẩy thai, phát hiện sớm tiền sản giật, sản giật, FGR.

Dự phòng APS trong thai kỳ là vô cùng quan trọng, điều trị căn bản bao gồm aspirin liều thấp (LDA) 75 – 100 mg/ngày trước mang thai và heparin trọng lượng phân tử thấp (Low molecular weight heparin – LMWH) hay heparin không đứt gãy (Unfractionated heparin – UFH) ngay sau khi phát hiện có thai. Có 3 nghiên cứu RCT đã chứng minh kết hợp LDA và heparin 5.000 đơn vị cải thiện rõ rệt tỷ lệ trẻ sinh sống (Rai và cs, 71% so với 42%, KTC 1,4 – 8,1) (Kutteh và cs, 80% so với 44%, p < 0,05). Khi so sánh LDA kết hợp LMWH với LDA kết hợp heparin cho thấy LMWH có tỷ lệ trẻ sinh sống cao hơn, ít nguy cơ sẩy thai hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê<sup>[3,6]</sup>. Thêm vào đó, LMWH được ưu tiên vì ít nguy cơ chảy máu, giảm tiểu cầu, loãng xương hơn heparin<sup>[3]</sup>. Khuyến cáo điều trị APS trong thai kỳ được trình bày trong bảng 3.

Ngoài ra, lượng giá sức khỏe và tăng trưởng thai nhi đóng vai trò rất quan trọng. EULAR khuyến cáo sử dụng Doppler động mạch tử cung lúc 20 – 24 tuần trong quản lý APS vì giá trị tiên đoán dương 67% và giá trị tiên đoán âm 93% đối với kết cục xấu thai kỳ. Theo dõi siêu âm sinh trắc thai, trắc đồ sinh vật lý, Non-stress test nên bắt đầu sớm từ 32 tuần. Khuyến cáo sinh ngã âm

đạo nếu không có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối vì nguyên nhân khác<sup>[6,7]</sup>.

### 3. Hậu sản

Duy trì LMWH hoặc heparin hoặc warfarin đến 6 tuần hậu sản với INR mục tiêu 2 – 3.

## QUAN ĐIỂM MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ APS

Điều trị kinh điển của APS trong thai kỳ với LDA kết hợp heparin hoặc LMWH đã cải thiện rõ rệt tỷ lệ trẻ sinh sống từ khoảng 30% lên đến 70 – 80%, đồng thời giảm tỷ lệ sảy thai và biến chứng huyết khối trong thai kỳ. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 30% phụ nữ APS, đa số nằm trong nhóm nguy cơ cao, vẫn không thể thực hiện thiên chức làm mẹ mặc dù đã được điều trị tích cực. Từ đó, các nghiên cứu về APS hiện tại tập trung vào nhóm bệnh nhân này nhằm cải thiện hơn nữa kết cục trẻ sinh sống<sup>[3,6]</sup>. Trong

Bảng 3. Khuyến cáo điều trị APS trong thai kỳ. (Khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ trung bình)

Tiền căn sảy thai liên tiếp hoặc thai ngưng tiến triển < 10 tuần, không có huyết khối trước đó.

LDA liều thấp đơn độc hoặc kết hợp:

- UFH 5.000 – 7.500 U mỗi 12 giờ.
- LMWH liều dự phòng (Enoxaparin 40 mg tiêm dưới da/ngày).

Tiền căn thai ngưng tiến triển > 10 tuần, sinh non trước 34 tuần vì tiền sản giật, FGR hoặc có chứng cứ suy tuần hoàn tử cung – nhau và không có huyết khối trước đó.

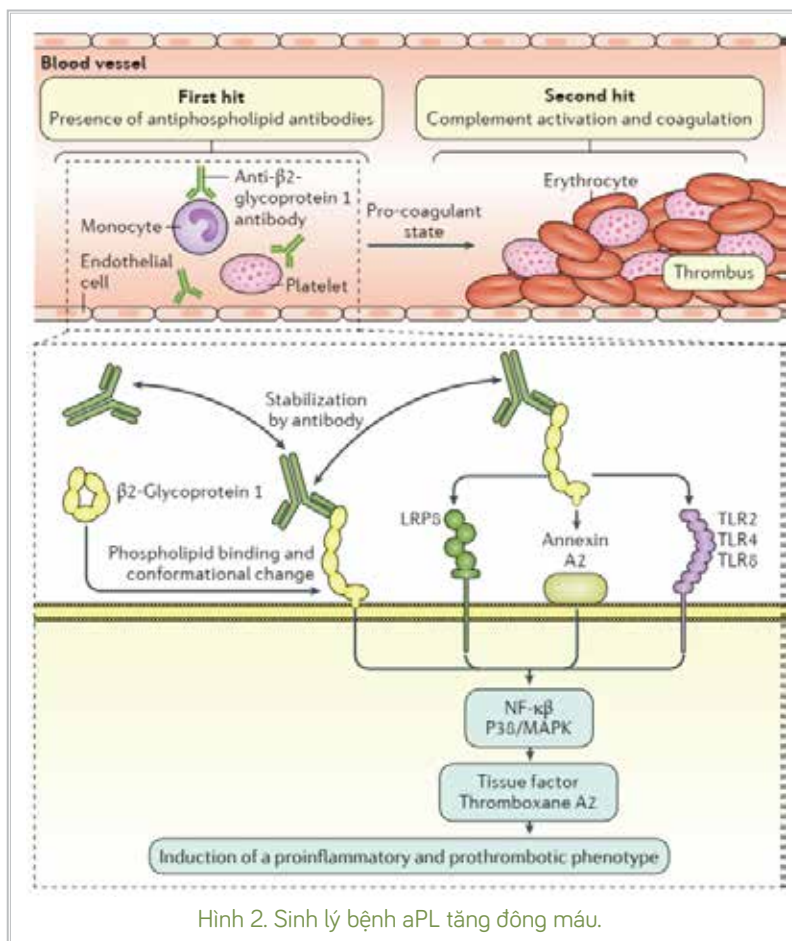
LDA liều thấp kết hợp:

- UFH 7.500 – 10.000 U mỗi 12 giờ trong tam cá nguyệt 1, và 10.000 U mỗi 12 giờ ở tam cá nguyệt 2, 3.
- Hoặc UFH mỗi 8 – 12 giờ chỉnh liều nhằm duy trì aPTT gấp 1,5 lần mẫu chứng.
- Hoặc LMWH liều dự phòng.

Tiền căn huyết khối

LDA liều thấp kết hợp:

- LMWH liều điều trị (ưu tiên): Enoxaparin 1 mg/kg/12 giờ, Dalteparin 200 U/kg/12 giờ).
- Liều UFH mỗi 8 – 12 giờ nhằm duy trì aPTT hay anti-Xa activity trong ngưỡng điều trị.



Hình 2. Sinh lý bệnh aPL tăng đông máu.

vòng 5 năm trở lại đây, các thử nghiệm thuốc nhắm vào cơ chế bệnh sinh kháng viêm, điều hòa miễn dịch, kháng bổ thể như prednisolone, intravenous immunoglobulin (IVIG), chống sốt rét hydroxychloroquine (HCQ), pravastatin, eculizumab đem lại kết quả đáng khích lệ, góp phần thay đổi quan điểm điều trị APS trong tương lai không xa. Tác giả Ruffatti đưa ra lưu đồ điều trị APS trong thai kỳ cập nhật 2019 (Bảng 4).

### 1. Hydroxychloroquine (HCQ)

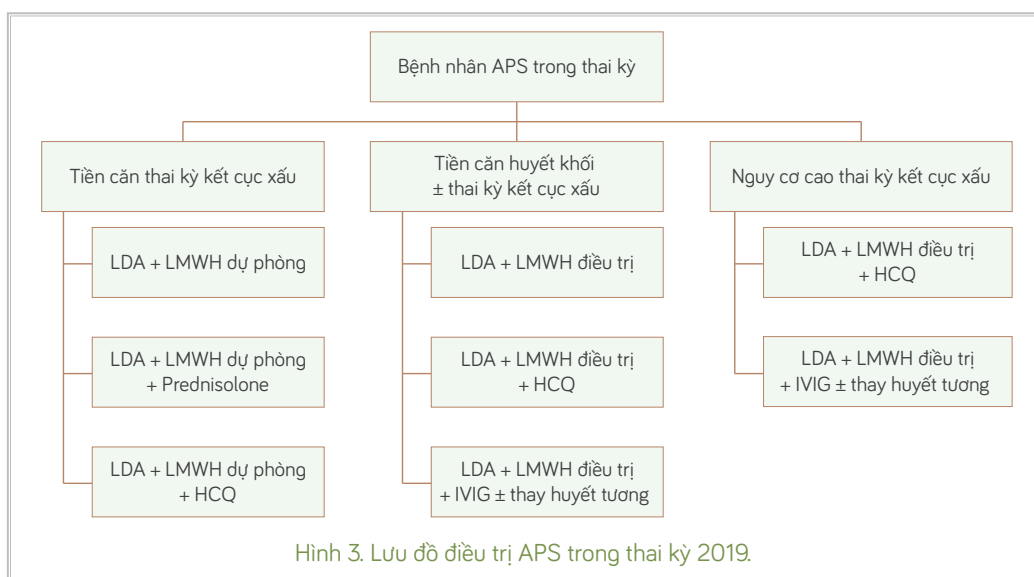
HCQ là thuốc chống sốt rét được sử dụng rộng rãi điều trị các bệnh tự miễn với cơ chế kháng viêm, điều hòa miễn dịch, chống kết tập tiểu cầu. HCQ ức chế hoạt động men phospholipase, ổn định màng lysosome, hạn chế sự sản xuất các cytokine tiền viêm. Bên cạnh đó, HCQ còn hạn chế tạo cục máu đông thông qua cơ chế ức chế kết tập tiểu cầu, tiết ra acid arachidonic hoạt hóa tiểu cầu. Trong thai kỳ HCQ giúp cải thiện sự xâm lấn các tế bào nuôi thông qua tăng cường biểu hiện annexin 5 tại bánh nhau, đồng thời ức chế hoạt hóa aPL bổ thể giúp ngăn ngừa hình thành bất thường bánh nhau và não bộ thai nhi.

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Mekinian và cộng sự trên 35 thai kỳ APS, bổ sung HCQ giúp giảm tỷ lệ sảy thai (19% so với 81%,  $p < 0,05$ ),

cải thiện tỷ lệ có thai trên những bệnh nhân APS kháng trị lên đến 76% ( $p < 0,05$ ). Sciascia và cộng sự, hồi cứu 170 thai kỳ trên 90 phụ nữ APS, cho thấy HCQ cải thiện tỷ lệ trẻ sinh sống (67% so với 57%,  $p < 0,05$ ), tuổi thai trung bình cao hơn (27,6 tuần so với 21,5 tuần,  $p < 0,05$ ), giảm tỷ lệ thai ngưng tiến triển > 10 tuần (2% so với 11%,  $p = 0,05$ ), giảm biến chứng tiền sản giật, FGR, sản giật (2% so với 10,9%,  $p = 0,05$ ), tăng khả năng sinh ngả âm đạo (37,3% so với 14,3%;  $p < 0,05$ ). Từ những kết quả khả quan trên, năm 2019, Hiệp Hội Phòng chống bệnh thấp khớp châu Âu (EULAR) đã khuyến cáo sử dụng thêm HCQ với những phụ nữ APS thất bại với LDA và LMWH. Trong tương lai, chúng ta mong chờ thêm những nghiên cứu RCT để khẳng định vai trò của HCQ trong điều trị APS, điển hình là nghiên cứu HYPATIA (Hydroxychloroquine to improve pregnancy outcome in women with antiphospholipid antibodies).

### 2. Pravastatin

Pravastatin là thuốc nhóm statin, giả thuyết từ thí nghiệm trên chuột cho thấy vai trò cải thiện tưới máu tử cung nhau thông qua kích thích tiết các chất dẫn mạch CO, NO từ tế bào nội mô mạch máu, đồng thời điều hòa xuống các yếu tố mô góp phần vào con đường viêm mạn và đông máu. Những chứng cứ hiện tại chứng minh sự an toàn của pravastatin trong thai kỳ.



Hình 3. Lưu đồ điều trị APS trong thai kỳ 2019.

Chỉ một số rất ít nghiên cứu về vai trò của pravastatin đối với APS trong thai kỳ. Báo cáo loạt ca các trường hợp APS bị tiền sản giật của Lefkou và cộng sự, 11 trường hợp sử dụng 20 mg pravastatin so với 10 trường hợp không sử dụng, cho thấy kéo dài thai kỳ sau khởi phát TSG hơn (13 tuần so với 4,5 tuần;  $p < 0,05$ ), tăng tưới máu tử cung – nhau trên Doppler, cải thiện huyết áp và đạm niệu cũng như kết cục sau sinh. Vì chứng cứ hiệu quả của pravastatin hạn chế nên cần thêm nhiều nghiên cứu trong tương lai để đánh giá vai trò trong điều trị APS.

### 3. Prednisolone và IVIG

Sử dụng prednisolone 20 mg trên những bệnh nhân APS kháng trị, từ lúc có thai đến 14 tuần đem lại hiệu quả cải thiện tỷ lệ trẻ sinh sống (61% so với 4%). Trong khi đó IVIG chưa chứng minh được hiệu quả trong điều trị APS. Khuyến cáo EULAR 2019, cho phép xem xét thận trọng sử dụng prednisolone và IVIG cho những bệnh nhân APS kháng trị<sup>[6,7]</sup>.

### 4. Eculizumab

Eculizumab là kháng thể người đơn dòng gắn vào bổ thể C5, ức chế hoạt hóa bổ thể. Với cơ chế nhắm trúng đích, Eculizumab đang thu hút được sự chú ý của các nhà nghiên cứu và hứa hẹn sẽ có nhiều nghiên cứu trong tương lai. Hiện

nay, chỉ có báo cáo đơn lẻ 2 trường hợp APS nguy cơ rất cao (catastrophic APS) được điều trị trong thai kỳ, đều chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai lúc 32 tuần. Việc sử dụng Eculizumab bắt buộc thận trọng và tham khảo ý kiến của các chuyên gia miễn dịch, huyết học.

## KẾT LUẬN

APS gây ra những hậu quả nghiêm trọng trong thai kỳ cho cả thai nhi và mẹ, vì thế chẩn đoán cũng như phân tầng nguy cơ để cá thể hóa điều trị cho từng bệnh nhân là vô cùng quan trọng. Điều trị thích hợp đem lại hiệu quả khả quan 70 – 80% các trường hợp và ngày càng cải thiện với những tiến bộ trong nghiên cứu y khoa.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mezhov V, Segan JD, Tran H et al. Antiphospholipid syndrome: a clinical review, *Med J Aust.* 2019; 211(4): 184-188.
2. Radu A, Dudu SC, Ciobanu A et al. Pregnancy Management in Women with Antiphospholipid Syndrome, *Maedica (Buchar).* 2019; 14(2): 148-160.
3. Ruffatti A, Favaro M, Calligaro A et al. Management of pregnant women with antiphospholipid antibodies, *Expert Rev Clin Immunol.* 2019; 15(4): 347-358.
4. Saccone G, Berghella V, Maruotti GM et al. Antiphospholipid antibody profile based obstetric outcomes of primary antiphospholipid syndrome: the PREGNANTS study, *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 216(5): 525 e1-525 e12.
5. Schreiber K, Sciascia S, de Groot PG et al. Antiphospholipid syndrome, *Nat Rev Dis Primers.* 2018; 4: 17103.
6. Schreiber Karen, Hunt Beverley J. Managing antiphospholipid syndrome in pregnancy, *Thrombosis Research.* 2019; 181: S41-S46.
7. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults, *Ann Rheum Dis.* 2019; 78(10): 1296-1304.

## Mời đón đọc nội san Y học sinh sản tập 55

Y học sinh sản quý III . 2020 sẽ ra mắt vào cuối tháng 9 . 2020

*Các tiến bộ của*

**SIÊU ÂM VÀ  
CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH**

*trong Sản Phụ khoa*

