

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 58

THAI KỲ & CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 58 – QUÝ II/2021

THAI KỲ VÀ CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA

- 4 Thay đổi chức năng tuyến giáp trong thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 7 Điều trị cường giáp trong thai kỳ
TS. Lê Thị Thu Hà
- 13 Tổng quan chẩn đoán và xử trí suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ
BS. Phạm Thị Mỹ Tú
- 18 Viêm giáp tự miễn và thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân
- 22 Tăng huyết áp áo choàng trắng trong thai kỳ cùng những hệ lụy ở thai phụ và thai nhi
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 25 Tiền sản giật – Một dạng hội chứng tim mạch loại 5 chưa được công nhận trong sức khỏe tim mạch của phụ nữ
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 29 Góc nhìn toàn diện về đái tháo đường thai kỳ
BS. Trần Thế Hùng
- 32 Nguy cơ thai nhỏ so với tuổi thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung trên phụ nữ đái tháo đường mạn tính
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 35 Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ
BS. Tô Mỹ Anh, BS. Huỳnh Mạnh Tiến
- 40 Tiếp cận Hội chứng Cushing trên thai kỳ
BS. Phạm Trần Hồng Vân, BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Cập nhật các nghiên cứu mới nhất trong xử trí dọa sảy thai
TS. BS. Lê Quang Thanh
- 47 Mối liên quan giữa hội chứng buồng trứng đa nang và hoạt động não bộ
BS. Trần Thái Hữu Lộc và cộng sự
- 50 Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 56 Thai già tháng
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 Bất sản thể chai – chẩn đoán và tiên lượng
ThS. BS. Cao Thị Mai Phương, BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 67 Điều trị hỗ trợ sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân có hội chứng Turner
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 73 Xét nghiệm bộ ba endometrio: Một góc nhìn tổng quát về nội mạc tử cung ở những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 79 Trẻ sinh ra từ chỉnh sửa gen bằng CRISPR/CAS9: cơ hội và thách thức của hướng ứng dụng mới này trong hỗ trợ sinh sản
KS. Trương Văn Hải, ThS. Huỳnh Trọng Kha
- 84 Tinh hoàn không xuống và vô sinh
BS. Võ Văn Cường và cộng sự

89 Hỏi - Đáp lâm sàng

92 Journal Club

- Hoạt động thể chất – tập thể dục khi mang thai và sau sinh
- Tiếp cận bạch cầu trong tinh dịch
- Chỉ định chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và vừa đủ tháng

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “Tiền sản giật – Sản giật”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021

BỆNH GAN NHIỄM MỠ CẤP TÍNH CỦA THAI KỲ

BS. Tô Mỹ Anh¹, BS. Huỳnh Mạnh Tiến²

¹Bệnh viện Mỹ Đức; ²Đại học Y Dược TP HCM

TỔNG QUAN

Các tình trạng bệnh lý của gan trong thai kỳ có thể được xếp vào 3 nhóm (Joshi và cs, 2005; Kamimura và cs, 2015):

- Bệnh gan đặc hiệu của thai kỳ: tắc mật trong gan thai kỳ, bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính thai kỳ, tiền sản giật với tổn thương gan (hội chứng HELLP – tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu), nghén nặng kèm theo rối loạn chức năng gan.
- Bệnh gan mắc phải trong thai kỳ: viêm gan virus cấp, nhiễm độc gan do thuốc...
- Bệnh gan mạn tính: xơ gan, viêm gan virus mạn, bệnh gan tự miễn, bệnh gan thoái hóa mỡ không do rượu...

Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính thai kỳ (Acute fatty liver of pregnancy – AFLP) là nguyên nhân thường gặp nhất gây suy gan cấp trong thai kỳ. Thường được chẩn đoán trong tam cá nguyệt 3, AFLP đặc trưng bởi sự thâm nhiễm mỡ của tế bào gan dẫn đến suy giảm chức năng gan. Tỷ lệ tử vong mẹ là 10 – 15%, tỷ lệ tử vong thai có thể đến 20% (Fesenmeier và cs, 2005; Ko và cs, 2006).

DỊCH TỄ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ (Acute fatty liver of pregnancy – AFLP) là một bệnh lý hiếm gặp, với tần suất ước lượng từ khoảng 1 trên 7.000 đến 20.000 thai kỳ (Castro và cs, 1999; Knight và cs, 2008).

Một số yếu tố được cho là có liên quan đến AFLP, tuy vẫn còn nhiều tranh cãi:

- Các đột biến gen gây thiếu hụt enzym 3-hydroxyacyl CoA dehydrogenase chuỗi dài

(LCHAD) tham gia vào quá trình oxy hóa acid béo ở ty thể (Sims và cs, 1995; Ylitalo, 2005; Santos, 2007).

- Tiền sản giật nặng, đặc biệt là hội chứng HELLP có thể liên quan đến thiếu hụt enzym beta-oxy hóa acid béo. (Tyni và cs, 1998; Nelson và cs, 2000).
- Tiền sử AFLP trước đó (Bacq, 2011).
- Đa thai (Knight và cs, 2008; Davidson và cs, 1998).
- Mang thai là bé trai (Westbrook và cs, 2016).
- Chỉ số khối cơ thể thấp (BMI < 20 kg/m²) (Knight M và cs, 2008).

SINH BỆNH HỌC

Một số nghiên cứu gợi ý mối liên quan giữa AFLP và các rối loạn di truyền trong chuyển hóa acid béo ở ty thể. Bất thường trong quá trình oxy hóa chất béo ở thai và bánh nhau có thể làm tăng tích tụ các chất chuyển hóa trung gian trong nhau và máu mẹ, dẫn đến suy giảm chức năng gan ở thai phụ. Rối loạn di truyền liên quan đến AFLP được nghiên cứu nhiều nhất là sự thiếu hụt enzym 3-hydroxyacyl CoA dehydrogenase chuỗi dài (long chain 3-hydroxyacyl-coenzyme A-dehydrogenase – LCHAD), một phần của protein trifunctional ty thể (MTP) (Sims và cs, 1995; Isaacs JD Jr và cs, 1996).

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính thường được chẩn đoán từ tuần thứ 30 – 38 của thai kỳ, tuy nhiên cũng có thể sớm hơn ở tuần 18 (Wong M

và cs, 2020) hay trễ hơn tại thời điểm 4 ngày sau sinh (Knight M và cs, 2008; Hepatol và cs, 2016).

Mức độ biểu hiện lâm sàng của AFLP là rất thay đổi. Các triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu: đau bụng, buồn nôn, nôn, mệt mỏi, đau đầu, chán ăn. Buồn nôn và nôn ói kéo dài là các than phiền chính, các triệu chứng suy nhược, chán ăn, đau thượng vị, vàng da hiện diện ở mức độ khác nhau tùy trường hợp (Cunningham và cs, 2018).

Khoảng 20% phụ nữ với AFLP có kèm theo hội chứng HELLP, và từ 20% đến 40% được chẩn đoán có tiền sản giật (Liu và cs, 2017).

Nếu không được can thiệp kịp thời, bệnh nhanh chóng diễn tiến đến suy gan cấp chỉ trong vài ngày, với tình trạng vàng da, báng bụng, bệnh não gan, đông máu nội mạch lan tỏa, hạ đường huyết. Hầu hết bệnh nhân có tình trạng tổn thương thận cấp, và thường diễn tiến đến suy đa cơ quan (Nelson và cs, 2013). Đái tháo nhạt trung ương có thể xuất hiện, được cho là do giảm nồng độ arginine vasopressin thứ phát sau khi gan bị tổn thương gây giảm đào thải enzym vasopressinase (Kennedy và cs, 1994). Viêm tụy cấp thường hiếm gặp, diễn ra trong tình trạng suy gan và suy thận (Moldenhauer và cs, 2004).

Trong hầu hết các trường hợp nặng, sự tăng tính thấm thành mạch đáng kể dẫn đến đông đặc máu, tổn thương thận cấp, báng bụng, và thậm chí phù phổi cấp (Bernal và cs, 2013). Đông đặc máu nghiêm trọng làm tuần hoàn tử cung – nhau suy giảm, kèm với tình trạng toan hóa mẹ có thể dẫn đến tử vong thai trước khi được can thiệp.

Tình trạng tán huyết có thể nghiêm trọng, được cho là do tác động của hạ cholesterol máu lên màng hồng cầu (Cunningham, 1985).

SINH HÓA, HÌNH ẢNH HỌC, MÔ BỆNH HỌC

Sinh hóa

Tất cả phụ nữ với AFLP đều có tăng men gan (AST – aspartate aminotransferase hoặc ALT – alanine amino transferase), thường gấp 5 – 10

lần giá trị bình thường cao (Liu và cs, 2017). Các thay đổi sinh hóa khác gồm:

- Tăng bilirubin huyết tương.
- Giảm glucose huyết tương.
- Tăng creatinin huyết tương.
- Tăng số lượng bạch cầu.
- Tăng ammoniac máu.
- Tăng ure máu.
- Kéo dài thời gian prothrombin (PT), thời gian thromboplastin từng phần được hoạt hóa (APTT), thời gian thrombin (TT), tăng INR.
- Giảm nồng độ các yếu tố đông máu.
- Giảm tiểu cầu.
- Giảm fibrinogen.
- Hiện diện mảnh vỡ hồng cầu và tế bào Burr.
- Tiểu đạm.

Hình ảnh học

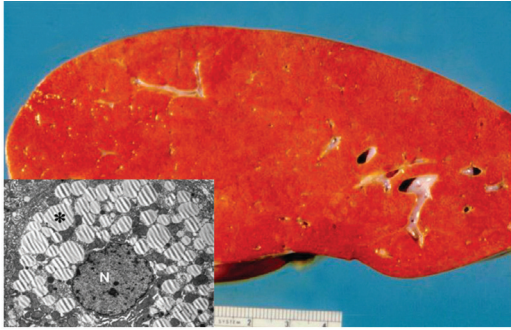
Các dữ liệu về vai trò của chẩn đoán hình ảnh là chưa đủ mạnh. Siêu âm có thể cho thấy những thay đổi không đặc hiệu, bao gồm thâm nhiễm mỡ (Wei và cs, 2010; Liu và cs, 2017). Chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ cũng có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán AFLP (Châtel và cs, 2016; Castro và cs, 1996).

Mô bệnh học

Hiếm khi cần đến sinh thiết gan để chẩn đoán AFLP. Trên mẫu mô sinh thiết, hiện tượng vi thâm nhiễm mỡ của tế bào gan giúp gợi ý đến AFLP (Sheehan, 1940) (Hình 1). Các giọt mỡ bao xung quanh nhân tế bào ở giữa, làm cho bào tương có hình ảnh dạng bọt.

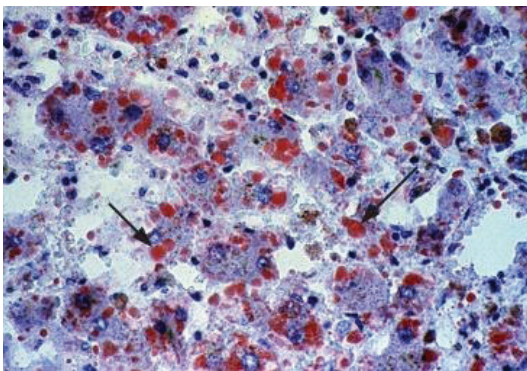
TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính thay thế có thể dựa trên tiêu chuẩn Swansea, bao gồm các yếu tố trên lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học (Ch'ng CL và cs, 2002; Knight và cs, 2008). Chẩn đoán được xác định khi có ít nhất 6 tiêu chuẩn hiện diện (Bảng 1). Tiêu chuẩn Swansea được cho thấy có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 57%, giá trị tiên đoán dương 85%, và giá trị tiên đoán âm 100% trong chẩn đoán AFLP



Hình 1. Lát cắt ngang gan của một thai phụ tử vong sau AFLP!^[1]

Mô gan ánh vàng, nhầy mỡ. Dưới kính hiển vi điện tử, tế bào gan phình to chứa nhiều vi hạt mỡ, nhân tế bào nằm giữa.



Hình 2. Mẫu sinh thiết gan được nhuộm oil red O stain của một bệnh nhân với AFLP.

Các tế bào gan bị thâm nhiễm mỡ có màu đỏ của chất nhuộm (mũi tên màu đen). (Caroline A Riely, MD)

Bảng 1. Tiêu chuẩn Swansea cho bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính thai kỳ.

Phân loại	Dấu hiệu
Triệu chứng lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> – Nôn ói – Đau bụng – Uống nhiều/ tiểu nhiều – Bệnh não gan
Cận lâm sàng	<ul style="list-style-type: none"> – Tăng bilirubin (> 14 µmol/L) – Hạ đường huyết (glucose < 4 mmol/L) – Tăng ure (> 340 µmol/L) – Tăng bạch cầu (> 11 × 10⁹/L) – Tăng transaminase – AST hoặc ALT (> 42 IU/L) – Tăng ammonia (> 47 µmol/L) – Tăng creatinin (> 150 µmol/L) – Rối loạn đông máu (PT > 14 giây hoặc APTT > 34 giây)
Hình ảnh học	Bảng bụng hoặc gan tăng sáng trên siêu âm
Mô bệnh học	Thâm nhiễm mỡ trên sinh thiết gan

(Goel và cs, 2011).

* Chẩn đoán AFLP không giúp loại trừ các bệnh lý ảnh hưởng đến gan khác trong thai kỳ.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Nhận diện AFLP là một thử thách vì các đặc tính của bệnh có thể trùng lặp với biểu hiện của tiền sản giật và hội chứng HELLP – hai tình trạng cũng liên quan đến rối loạn chuyển hóa acid béo.

Các dấu hiệu rối loạn đa cơ quan giúp củng cố chẩn đoán AFLP: tổn thương thận cấp, bệnh não gan, rối loạn đông máu, viêm tụy cấp, phù phổi, và/ hoặc hội chứng suy hô hấp cấp người lớn (Ganesan và cs, 2011; Tang và cs, 2012; Rao và cs, 2018).

Các tình trạng bệnh lý có ảnh hưởng đến gan cấp tính được trình bày ở **Bảng 2**, cũng cần lưu ý đến nhiễm độc gan do thuốc, bệnh gan nguyên phát, bệnh huyết khối mao mạch, đợt cấp của lupus ban đỏ hệ thống.

TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ

Biểu hiện lâm sàng của bệnh gan nhiễm mỡ cấp thai kỳ có thay đổi rất lớn: từ rối loạn chuyển hóa và cân bằng nội mô nhẹ đến suy gan toàn thể với bệnh não gan và rối loạn đông máu nặng. Quản lý một trường hợp AFLP sẽ tùy thuộc vào mức độ biểu hiện trên lâm sàng.

Các vấn đề chính trong tiếp cận và xử trí (Nelson và cs, 2021):

- Khẩn trương nhận diện và đánh giá tình trạng bệnh nhân: đánh giá mức độ suy đa cơ quan và rối loạn chức năng gan.
- Điều trị nâng đỡ, ổn định tình trạng nội khoa: hạ đường huyết, rối loạn đông máu.
- Theo dõi sức khỏe thai.
- Chấm dứt thai kỳ sớm nhất khi có thể.
- Phối hợp điều trị đa chuyên khoa: gây mê hồi sức, sản khoa tích cực, huyết học, sản khoa, nhi khoa.

Hướng xử trí cho AFLP, hội chứng HELLP, tiền sản giật có dấu hiệu nặng là như nhau (chấm dứt thai kỳ, ổn định tình trạng nội khoa).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh gan trong thai kỳ (Lee và cs, 2020).

Bệnh lý	Triệu chứng	Tăng huyết áp mới xuất hiện	Tuổi thai thời điểm chẩn đoán	Cận lâm sàng	
				Các men aminotransferase	Cận lâm sàng khác
Nghén nặng	Nôn ói kéo dài, sụt cân, ketone niệu không do nguyên nhân khác	Không	Xuất hiện trong tam cá nguyệt (TCN) 1 đến đầu TCN 2, thường giảm ở tuần thứ 20 thai kỳ	Tăng men gan nhẹ xuất hiện ở khoảng 50% thai phụ nhập viện vì nghén. ALT tăng nhiều hơn AST.	Bilirubin thường trong giới hạn bình thường.
Hội chứng HELLP	Đau bụng, đau thượng vị/hạ sườn phải. Ngoài ra còn có nôn, buồn nôn, suy nhược. Đau đầu, nhìn mờ, vàng da ít gặp hơn.	Có, trong 85% trường hợp	Xuất hiện ở nửa sau thai kỳ, thường trong TCN 3, hoặc có thể ở giai đoạn hậu sản.	AST tăng gấp 2 lần giá trị bình thường cao.	Giảm tiểu cầu, tăng LDH, tăng bilirubin, tăng acid uric, tiểu đạm.
Tiền sản giật có dấu hiệu nặng	Rối loạn thần kinh/ thị giác mới xuất hiện, đau hạ sườn phải, đau thượng vị. Phù phổi có thể xảy ra.	Có, trong 100% trường hợp	Khởi phát trong nửa sau thai kỳ, thường trong TCN 3. Có thể xuất hiện trong giai đoạn hậu sản.	Men gan tăng \geq 2 lần giá trị bình thường cao	Giảm tiểu cầu, tăng creatinin huyết tương, tăng acid uric, tiểu đạm.
Bệnh gan ú mật thai kỳ	Ngứa, đau hạ sườn phải, buồn nôn, chán ăn, mất ngủ, tiêu phân mỡ.	Không	Thường khởi phát từ cuối TCN 2 đến TCN 3.	Men gan tăng trong 60% trường hợp, thường thấp hơn hai lần giá trị bình thường cao, nhưng có thể lên đến > 1000 IU/L	Tăng nồng độ acid mật huyết tương, bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng trong 25% trường hợp.
Bệnh gan nhiễm mỡ cấp thai kỳ	Buồn nôn, nôn, đau bụng, suy nhược, chán ăn. Có thể diễn tiến vào vàng da, bệnh não gan, hạ đường huyết, rối loạn đông máu.	Có thể có	Thường khởi phát trong TCN 3.	Men gan tăng gấp 5-10 lần giá trị bình thường cao.	Tăng bạch cầu, tăng creatinin, tăng acid uric, tăng ammonia, PT/PTT kéo dài, giảm tiểu cầu, giảm đường huyết, giảm fibrinogen, giảm antithrombin.

Phụ nữ với triệu chứng gợi ý AFLP cần được điều trị và theo dõi tại bệnh viện có đủ điều kiện triển khai sẵn sàng tích cực (ACOG Practice Bulletin No. 211). Bệnh nhân suy gan cấp có thể được chuyển tới trung tâm có thể đánh giá thực hiện ghép gan.

Cho đến khi chấm dứt thai kỳ, các rối loạn chức năng gan sẽ tiếp tục diễn tiến. Các can thiệp và chuẩn bị cần được thực hiện cùng lúc và khẩn trương (Nelson và cs, 2021):

- Hội chẩn với bác sĩ gây mê hồi sức. Nếu cần thực hiện vô cảm, đảm bảo đường thở là tối quan trọng. Cân nhắc đặt nội khí quản trong trường hợp có bệnh não gan.
- Lập hai đường truyền tĩnh mạch kim lớn để dự phòng băng huyết sau sinh.

– Truyền magnesium sulfate dự phòng sản giật nếu có tiền sản giật. Duy trì huyết áp dưới 160/110 mmHg khi có tăng huyết áp nặng, sử dụng các thuốc đường tĩnh mạch (ACOG Practice Bulletin No. 222).

– Chuẩn bị hồi sức sơ sinh vì các nguy cơ cho thai của AFLP.

CHẤM DỨT THAI KỲ

Toan hóa máu mẹ và giảm tuần hoàn tử cung – nhau khiến sức khỏe thai thường nằm trong tình trạng báo động. Nếu tiên lượng trong vòng 24 giờ có thể sinh ngả âm đạo và sức khỏe thai là ổn định, có thể cân nhắc khởi phát chuyển dạ. Trong trường hợp diễn tiến bệnh nhanh chóng và tiên lượng sinh ngả âm đạo là dè dặt, mổ lấy

thai là một lựa chọn hợp lý. Tỷ lệ mổ lấy thai có thể lên đến 67% do những e ngại về tình trạng thai (Nelson và cs, 2020). Điều tối quan trọng trước phẫu thuật là ổn định rối loạn đông máu, các chế phẩm máu có chứa fibrinogen như huyết tương tươi đông lạnh hoặc kết tủa lạnh thường được sử dụng (Joueidi và cs, 2020; Cunningham và cs, 2015).

HẬU SẢN VÀ TIỀN LƯỢNG

Trong vài thập kỷ, tỷ lệ tử vong mẹ đã giảm từ > 75% đến < 5% (Varner và cs, 1980; Nelson và cs, 2013), nhờ có sự chẩn đoán sớm, chấm dứt thai kỳ sớm và các tiến bộ trong sản sóc tích cực (Liu và cs, 2017).

Hầu hết các bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau sinh, với chức năng gan thường sẽ cải thiện dần trong 7 – 10 ngày tiếp theo (Nelson và cs, 2013). Sản phụ có thể vẫn cần được sản sóc tích cực vì giai đoạn hậu sản vẫn ghi nhận các trường hợp băng huyết sau sinh, đông máu nội mạch lan tỏa, và tổn thương thận cấp (Nelson và cs, 2021; ACOG Practice Bulletin No. 211).

Khoảng 15% phụ nữ với AFLP có thể xuất hiện viêm tụy cấp với mức độ nặng (Moldenhauer và cs, 2004), có thể được điều trị bảo tồn. Một biến chứng khác có thể gặp là đái tháo nhạt thoáng qua, được cho là do tăng nồng độ vasopressinase (Kennedy và cs, 1994).

Phụ nữ với tình trạng suy gan tiến triển sau sinh cần được điều trị bằng các liệu pháp hỗ trợ gan: thay huyết tương, lọc huyết tương, thận nhân tạo (Yu và cs, 2014; Tang và cs, 2012; Ding và cs, 2015). Có thể cân nhắc ghép gan cho các bệnh nhân diễn tiến suy gan nghiêm trọng với huyết áp tụt và toan hóa máu (Casey và cs, 2020; Kushner và cs, 2019).

Một số báo cáo ca bệnh đã ghi nhận AFLP tái phát ở thai kỳ sau, tuy nhiên tỷ lệ chính xác là chưa rõ ràng (Sibai và cs, 2007; Usta và cs, 1994; Reyes và cs, 1994). Nguy cơ tái phát tăng ở những phụ nữ có đột biến mã hóa enzym LCHAD; có thể cân nhắc tầm soát rối loạn chuyển hóa acid béo cho những phụ nữ đã có tiền căn bệnh gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ (Nelson và cs, 2021).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Gary Cunningham và cs, Williams Obstetrics, 25th Edition.
2. Nelson, David B. MD; Byrne, John J. MD; Cunningham, F. Gary MD. Acute Fatty Liver of Pregnancy, Obstetrics & Gynecology: February 4, 2021 - Volume Latest Articles - Issue.
3. Knight M, Nelson-Piercy C, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, A prospective national study of acute fatty liver of pregnancy in the UK. UK Obstetric Surveillance System. Gut. 2008;57(7):951.
4. Nelson DB, Yost NP, Cunningham FG. Acute fatty liver of pregnancy: clinical outcomes and expected duration of recovery. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(5):456e1
5. Liu J, Ghaziani TT, Wolf JL. Acute Fatty Liver Disease of Pregnancy: Updates in Pathogenesis, Diagnosis, and Management. Am J Gastroenterol. 2017;112(6):838. Epub 2017 Mar 14.
6. Castro MA, Ouzounian JG, Colletti PM, Shaw KJ, Stein SM, Goodwin TM. Radiologic studies in acute fatty liver of pregnancy. A review of the literature and 19 new cases. J Reprod Med. 1996;41(11):839.
7. Goel A, Ramakrishna B, Zachariah U, Ramachandran J, Eapen CE, Kurian G, et al. How accurate are the Swansea criteria to diagnose acute fatty liver of pregnancy in predicting hepatic microvesicular steatosis. Gut 2011; 60:138-139.



www.hosrem.org.vn

website cập nhật thông tin về sản phụ khoa và hiếm muộn