

**GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG THAI KHI SIÊU ÂM DOPPLER
ĐỘNG MẠCH RỐI MẮT PHỨC HỢP TÂM TRƯỞNG,
XUẤT HIỆN DÒNG CHẢY NGƯỢC CHIỀU Ở BỆNH
NHÂN TIỀN SẢN GIẬT**

**TS. PHẠM THỊ MAI ANH
PGS.TS. TRẦN DANH CƯỜNG
GS.TS. PHAN TRƯỜNG DUYỆT**

ĐẶT VẤN ĐỀ

- TSG là một hội chứng bệnh lý toàn thân do thai nghén gây ra thường xảy ra ở nửa sau thai kỳ với các triệu chứng điển hình: tăng huyết áp, protein niệu và phù.
- Chẩn đoán bệnh không khó nhưng việc điều trị và kiểm soát bệnh là không dễ dàng.
- Với tỉ lệ mắc bệnh cao 2- 8 % tùy từng khu vực
- TSG gây nhiều biến chứng nặng cho mẹ và thai: sản giật, rau bong non, thai CPTTTC, suy thai, thai chết lưu...
- WHO: TSG như một vấn đề toàn cầu quan trọng

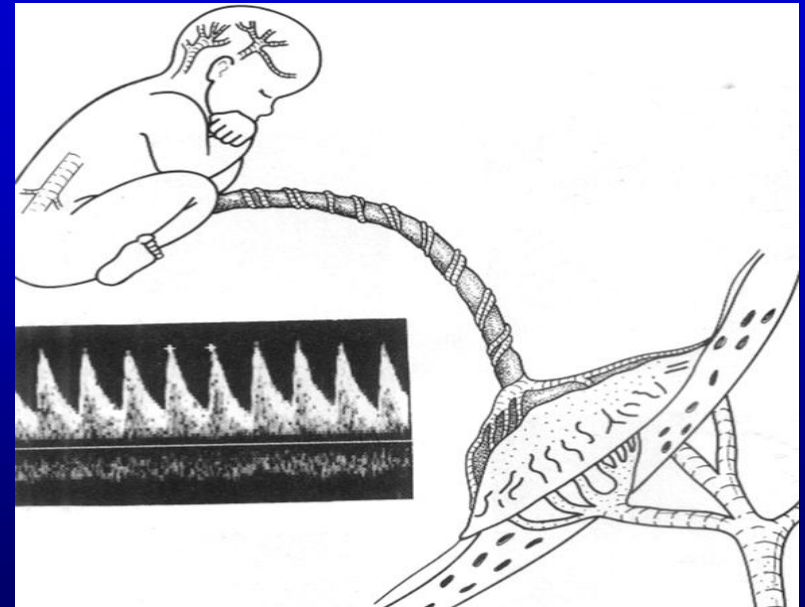
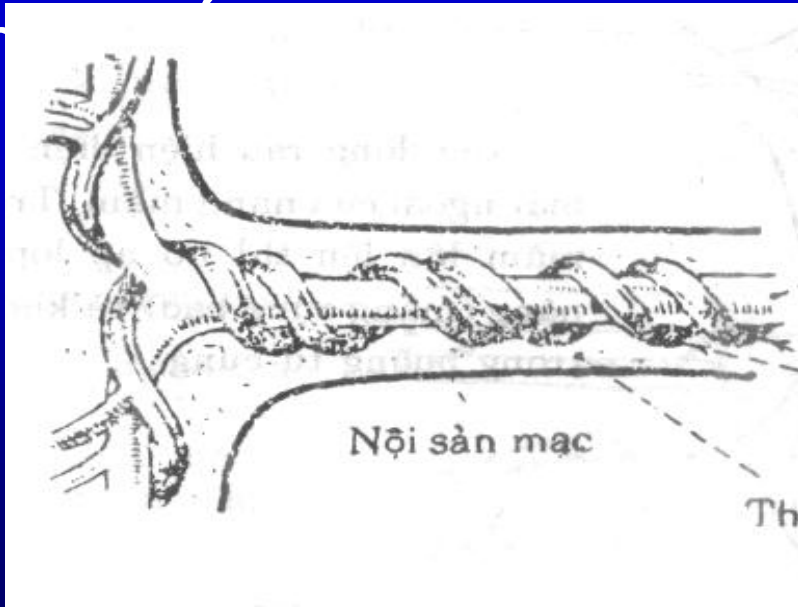
- Để hạn chế được các biến chứng do TSG gây ra cho thai nhi chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này. Với mục tiêu:
“Đánh giá giá trị tiên lượng thai suy và thai chậm phát triển trong tử cung khi Doppler động mạch rốn mất phức hợp tâm trương, xuất hiện dòng chảy ngược chiều ở bệnh nhân tiền sản giật”

TỔNG QUAN

Huyết áp	- HATT \geq 140 mmHg và hoặc HATTr \geq 90 mmHg - Hoặc HATT \geq 160 mmHg và hoặc HATTr \geq 110 mmhg
Và kèm theo	
Protein niệu	- Protein niệu \geq 0,3 g/l ở mẫu nước tiểu 24 giờ - Tỷ lệ protein niệu/creatinin niệu \geq 0,3(mg/dl) - Protein niệu 1+ chỉ sử dụng ở những cơ sở không có định lượng protein trong nước tiểu
<i>Nếu không có protein niệu, TSG được chẩn đoán khi tăng huyết áp xuất hiện sau tuần 20 của thai kỳ kèm với một trong số bất kỳ các triệu chứng sau mới xuất hiện</i>	
- Tiểu cầu giảm $< 100000/\text{mm}^3$	
- Suy thận: nồng độ creatinin huyết tương $> 1,1$ mg/dl hoặc tăng gấp đôi ở những người không có bệnh thận trước đó	
- Suy chức năng gan: Enzym gan tăng ≥ 2 lần so với bình thường	
- Phù phổi cấp	
- Rối loạn thần kinh hoặc thị giác: đau đầu, mờ mắt.	

TỔNG QUAN

- Hệ thống tuần hoàn từ rau đến thai nhi, cơ sở lý luận thăm dò Doppler ĐMR: hai ĐMR bắt nguồn từ 2 động mạch châu phải và trái → dây rốn → bánh rau → Mao mạch trong trực liên kết. Trực liên kết được bao bọc bởi một màng trao đổi chất mỏng dần về cuối thai kỳ → giảm trở kháng ĐMR → nh



Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

448 Thai phụ được chẩn đoán và điều trị TSG tại khoa sản bệnh lý BVPSHP và BVPSTU' từ 9/2013-12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Tuổi thai ≥ 28 tuần. Một thai, thai sống

Có các triệu chứng sau:

- + HATT ≥ 140 mmHg.
- + HA tâm trương ≥ 90 mmHg.
- + Protein niệu $\geq 0,5$ g/l (hoặc $\geq 0,3$ g/l)

Tiêu chuẩn loại trừ: đa thai, thai bất thường

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thời điểm thu thập số liệu:
 - + Thai phụ siêu âm Doppler ĐMR, trong vòng 24 giờ trước khi kết thúc thai nghén.
 - + Một số biến số nghiên cứu khác cũng được lấy cùng thời điểm: đặc điểm đối tượng nghiên cứu, phân loại TSG.
 - + Các biến số thu thập sau đẻ: tuổi thai, trọng lượng trẻ, chỉ số Apgar, màu sắc nước ối.
- Phương pháp thu thập số liệu: Phiếu thu thập số liệu.

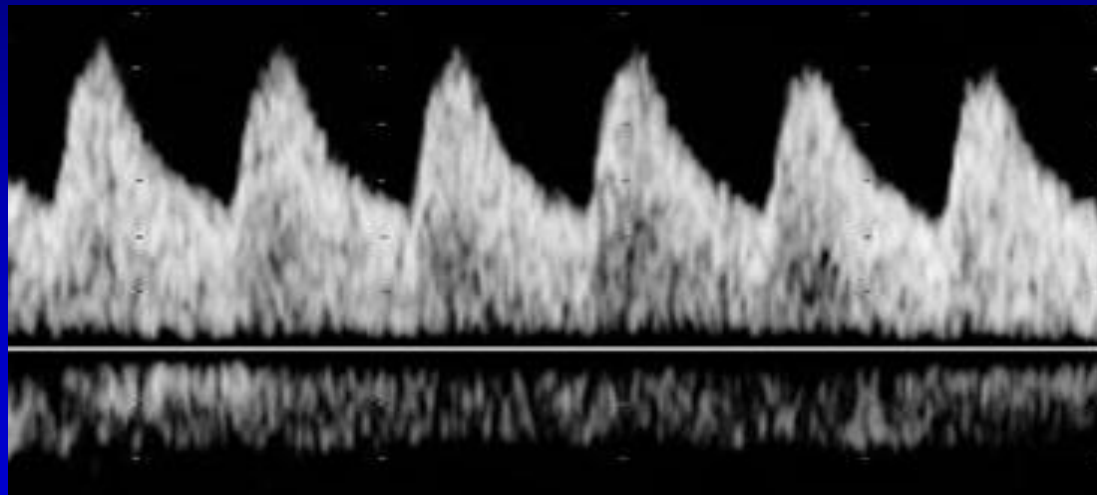
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu:

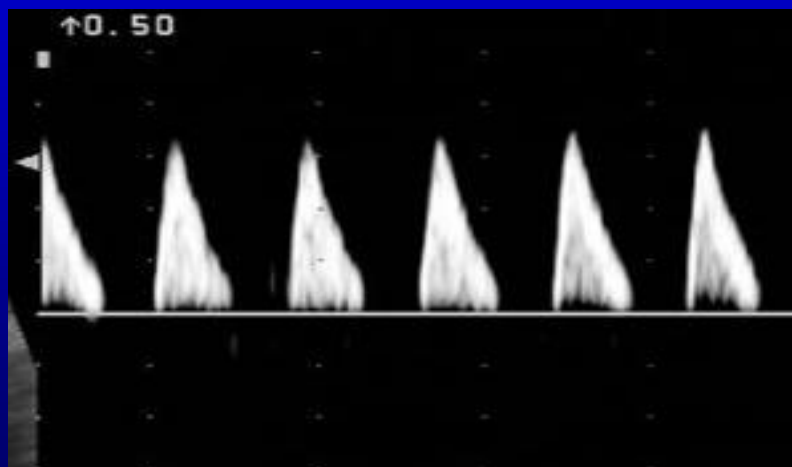
- **Phân loại TSG:** TSG và TSG nặng (theo bảng phân loại của WHO 2013 - slide 4)
- **Đánh giá tình trạng thai:**
 - + **Thai CPTTTC :**
Trẻ sinh ra có cân nặng nằm dưới đường bách phân vị 10 (Phan Trường Duyệt 2005).
 - + **Thai suy:** dựa vào các tiêu chuẩn lâm sàng:
Nước ối lẫn phân xu, Apgar phút thứ 5 < 7 điểm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

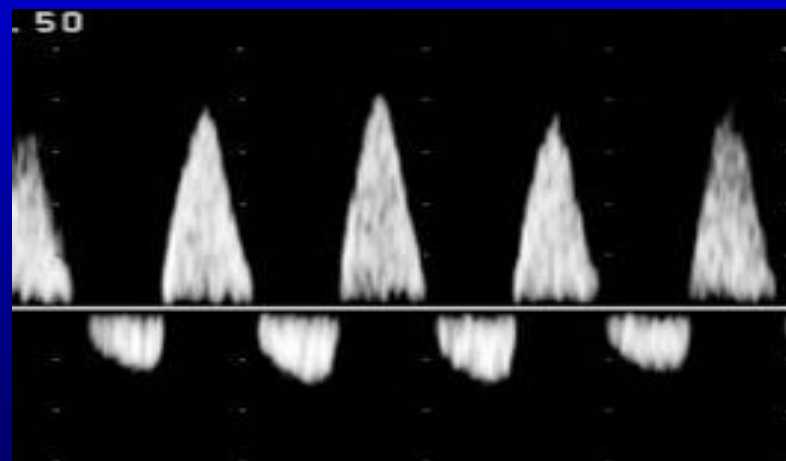
Phổ Doppler ĐMR bình thường



Phổ Doppler ĐMR:
mất phức hợp tâm trương



Phổ Doppler ĐMR:
xuất hiện dòng chảy ngược chiều



ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp xử lý số liệu.
- Xử lý bằng phần mềm SPSS.
- Đánh giá, giá trị Doppler ĐMR trong tiên lượng thai suy và thai chậm phát triển trong tử cung bằng tính tỉ lệ phần trăm và kiểm định chi bình phương để so sánh các tỉ lệ

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Tình trạng bệnh lý TSG

Tình trạng bệnh lý mẹ	TSG nặng		TSG		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Số lần mang thai						
Con sống	176	58,1	87	48,1	263	54,3
Con rạ	127	41,9	94	51,9	221	45,7
Tổng	303	62,6	181	37,4	484	100,0

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 2. Giá trị tiên lượng thai khi Doppler động mạch rốn mất phức hợp tâm trương.

Tình trạng thai Doppler động mạch rốn	Thai suy		Thai không suy		Thai chậm phát triển trong tử cung		Thai không chậm phát triển trong tử cung		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mất phức hợp tâm trương	26	96,3	1	3,7	26	96,3	1	3,7	< 0,0001
Không mất phức hợp tâm trương	207	45,3	250	54,7	250	54,7	207	45,3	
Tổng	233	48,1	251	51,9	276	57,0	208	43,0	

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3. Giá trị tiên lượng thai khi Doppler động mạch rốn xuất hiện dòng chảy ngược chiều.

Tình trạng thai Doppler động mạch rốn	Thai suy		Thai không suy		Thai chậm phát triển trong tử cung		Thai không chậm phát triển trong tử cung		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Có dòng chảy ngược chiều	8	100	0	0	8	100	0	0	< 0,05
Không có dòng chảy ngược chiều	225	47,3	251	52,7	268	56,3	208	43,7	
Tổng	233	48,1	251	51,9	276	57,0	208	43,0	

BÀN LUẬN

- Theo kết quả nghiên cứu bảng 2, khi doppler ĐMR mất phức hợp tâm trương có 27 trường hợp trong đó 26 trường hợp (97,3%) khi đẻ trẻ vừa thai suy vừa thai chậm phát triển trong tử cung, chỉ có 1 trường hợp khi đẻ trẻ không thai suy và không có biểu hiện CPTTTC.
- Theo kết quả ở bảng 3, Khi Doppler ĐMR xuất hiện dòng chảy ngược chiều, trong nghiên cứu này có 8 trường hợp, tất cả trẻ đẻ ra đều có CPTTTC và thai suy (100%).

BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Nicolaides và cộng sự, tác giả đo khí máu cuống rốn ở 59 trường hợp thai CPTTTC có siêu âm Doppler ĐMR trước đẻ là mất phức hợp tâm trương kết quả cho thấy:

88% có kết quả khí máu bất thường,

42% giảm độ bão hòa oxy trong máu,

37% trẻ sơ sinh sau đẻ ngạt,

9% trẻ có biểu hiện nhiễm toan chuyển hóa.

BÀN LUẬN

- Theo nghiên cứu của Karsdrop (1994), nghiên cứu 245 trường hợp mất phức hợp tâm trương hoặc có dòng chảy ngược chiều, tỉ lệ tử vong chu sinh là 28% và 96% đến 98% trẻ sơ sinh cần chăm sóc đặc biệt .
- Trong một nghiên cứu khác của Maulik D và cộng sự (2005), nghiên cứu 1126 trường hợp mất phức hợp tâm trương hoặc có dòng chảy ngược chiều tỉ lệ thai chết trong tử cung là 17%, chết chu sinh là 28%, phần lớn chết do biến chứng như ngạt, CPTTTC, đẻ non và bất thường thai nhi .

BÀN LUẬN

Năm 2015 Khushali Granhi và cộng sự nghiên cứu 100 trường hợp thai CPTTTC, có 8 trường hợp Doppler có mất phức hợp tâm trương hoặc có dòng chảy ngược chiều tỉ lệ thai chết lưu và tử vong chu sinh là 50%.

Theo Đào Thị Hoa (2016), nghiên cứu 32 trường hợp Doppler ĐMR mất phức hợp tâm trương hoặc có dòng chảy ngược chiều tỉ lệ thai suy 62,5% biểu hiện bằng PH ĐMR trễ sau đẻ $\leq 7,15$ [12].

BÀN LUẬN

Như vậy từ kết quả của nghiên cứu này cũng như tham khảo kết quả của các nghiên cứu khác trong và ngoài nước có thể khẳng định rằng Doppler ĐMR là một thăm dò rất có giá trị trong tiên lượng tình trạng thai suy. Hình thái điển hình nhất của Doppler ĐMR bệnh lí là mất phức hợp tâm trương hoặc có dòng chảy ngược chiều là một dấu hiệu tiên lượng rất xấu đối với thai nhi.

BÀN LUẬN

Nhiều tác giả cũng khẳng định rằng khi Doppler ĐMR mất phức hợp tâm trương hoặc có dòng chảy ngược chiều là một dấu hiệu tiên lượng xấu nhất cho thai và khi xuất hiện thường là dấu hiệu muộn . Tuy nhiên có nhiều nghiên cứu muốn xác định thời gian từ khi xuất hiện hình thái bệnh lí điển hình của Doppler ĐMR đến khi có các dấu hiệu chắc chắn thai suy nhưng đều không thành công vì thời gian này rất dao động từ vài giờ cho đến vài tuần và tối đa là 9 tuần

BÀN LUẬN

Điều này được giải thích dòng chảy ngược chiều chỉ gặp trong những trường hợp thai suy nặng, có những rối loạn tuần hoàn nghiêm trọng đó là ngừng một phần dòng tâm trương dọc theo thành mạch, có ảnh hưởng trầm trọng đến huyết động của tim thai và dẫn đến rối loạn hoạt động của tim thai. Tăng dòng chảy qua van ba lá và qua động mạch phổi, giảm dòng chảy qua van hai lá, làm tổn thương chức năng của tâm thất trái và dẫn đến suy tim thai

KẾT LUẬN

Khi thăm dò Doppler ĐMR mắt phức hợp tâm trương đặc biệt là xuất hiện dòng chảy ngược chiều là một dấu hiệu tiên lượng không tốt cho thai nhi. Với tỉ lệ thai suy và thai chậm phát triển trong tử cung có thể lên tới 100%.



Xin trân trọng cảm ơn

Celestial Exploring
art by KAGAYA

©2003 KAGAYA / ©2003 Synforest / CD-ROM SW-008