

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP MẠCH MÁU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Hồ Thái Phong, Phạm Thị Thu Hồng*

*Khoa Sản, Bệnh viện An giang*

## **TÓM TẮT**

*Mạch máu tiền đạo là một tình trạng hiếm gặp trong thai kỳ (tỷ lệ mắc 1,7/10.000 thai kỳ<sup>[10]</sup>). Tỷ lệ tử vong chu sinh là 75% - 100% nếu không được chẩn đoán sớm trước khi chuyển dạ<sup>[1]</sup>. Chẩn đoán sớm mạch máu tiền đạo có vai trò quan trọng nhằm giảm tỷ lệ tử vong chu sinh (3% và 56%)<sup>[5]</sup>. Chúng tôi báo cáo trường hợp mạch máu tiền đạo tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.*

## **ABSTRACT**

Vasa previa is a rare condition of pregnancy (overall incidence of 1.7/10,000 deliveries). The fetal mortality rate is high (75% - 100%) if not diagnosed before the labor. Prenatal diagnosis can reduce fetal mortality rate. We report a case of vasa previa in An Giang center general hospital.

## **I. MỞ ĐẦU**

Mạch máu tiền đạo là tình trạng dây rốn bám vào màng ối, mạch máu rốn đi vào bánh nhau nằm ngay trên cổ tử cung, giữa cổ tử cung và thai. Mạch máu này không được bảo vệ bởi chất thạch Wharton mà chỉ có màng ối bao quanh. Vì vậy rất dễ vỡ nhất là sau khi vào chuyển dạ, ối vỡ tự nhiên hoặc tia ối, gây mất máu và tử vong thai<sup>[4]</sup>. Yếu tố nguy cơ của mạch máu tiền đạo bao gồm: dây rốn bám màng, nhau tiền đạo, bánh nhau phụ hoặc hai thùy, thụ tinh trong ống nghiệm<sup>[4]</sup>. Siêu âm có vai trò quan trọng trong tầm soát và chẩn đoán mạch máu tiền đạo.

## **II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP**

Sản phụ 19 tuổi, PARA: 0000 vào viện lúc 16 giờ 55 phút ngày 07/06/2014 vì đau bụng sinh. Có khám thai và siêu âm định kỳ không phát hiện bất thường. Vào viện với dấu hiệu sinh tồn bình thường, BCTC: 29cm, TT: 140l/p, con gò tử cung thưa, CTC mở 2cm xóa 30%, ối dẹt, đầu cao, nhót hồng. Chẩn đoán lúc vào viện: Con so – 39 tuần – ngôi đầu – chuyển dạ tiềm thời. Đã xử trí xét nghiệm thường quy, kết quả

xét nghiệm trong giới hạn bình thường, siêu âm kết luận: thai sống - ngôi đầu – trưởng thành và được theo dõi chuyên dạ.

Đến 22 giờ 30 phút ngày 07/06/2014 sản phụ kêu ra huyết âm đạo, khám niêm hồng, dấu hiệu sinh tồn ổn định, TT: 64 – 74l/p, cơn gò tử cung thưa, CTC mở 4cm xóa 60%, ối dẹt, đầu cao, âm đạo ra huyết đỏ tươi và huyết cục khoảng 100ml. Chẩn đoán: Con so – 39 tuần – ngôi đầu – chuyển dạ hoạt động – thai suy – theo dõi nhau tiền đạo. Mổ lấy thai cấp cứu, kết quả bé trai, cân nặng 2700gram, Apgar 1phút = 1/10 và tử vong sau 20 phút hồi sức. Nhau bám mặt sau nhóm II, dây rốn bám màng ối, có mạch máu rốn sát vết rách màng ối ở lỗ CTC. Gửi giải phẫu bệnh toàn bộ bánh nhau. Kết quả giải phẫu bệnh: Dây rốn bám màng – vỡ mạch máu tiền đạo.

Bệnh diễn biến hậu phẫu ổn định, xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 5.

### III. BÀN LUẬN

1. Đây là trường hợp mạch máu tiền đạo hiếm gặp, được ghi nhận lần đầu tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang nên chúng tôi chưa có kinh nghiệm về chẩn đoán và xử trí. Theo nghiên cứu của Smorgick và cs<sup>[10]</sup> (2009) tại Israel trong 20 năm thì tỷ lệ mạch máu tiền đạo là 1,7/10.000 trường hợp sinh. Theo nghiên cứu của Baulies và cs<sup>[2]</sup> (2007) tại Tây Ban Nha trên 12.063 trường hợp sinh trong 5 năm thì tỷ lệ mạch máu tiền đạo là 7/10.000.

2. Yếu tố nguy cơ của mạch máu tiền đạo. Theo nghiên cứu của Baulies và cs<sup>[2]</sup> (2007) tại Tây Ban Nha trên 12.063 trường hợp sinh thì yếu tố nguy cơ của mạch máu tiền đạo bao gồm: thụ tinh ống nghiệm (OR = 7,8), bánh nhau phụ (OR = 22,1) và nhau tiền đạo (OR = 22,9). Trường hợp của chúng tôi không có các yếu tố nguy cơ trên.

3. Siêu âm có vai trò quan trọng trong chẩn đoán mạch máu tiền đạo. Khuyến cáo của hiệp hội sản phụ khoa Canada<sup>[5]</sup> (2009) về siêu âm trong tầm soát và chẩn đoán mạch máu tiền đạo:

3.1 Nếu bánh nhau nằm thấp khi siêu âm thường quy ở tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3 thì xác định vị trí dây rốn cắm vào bánh nhau (II – 2B).

3.2 Siêu âm đầu dò âm đạo cho các trường hợp có nguy cơ cao mạch máu tiền đạo: dây rốn bám màng hoặc bám thấp, bánh nhau 2 thùy hoặc bánh nhau phụ (II–2B).

3.3 Nếu nghi ngờ mạch máu tiền đạo thì siêu âm Doppler qua đầu dò âm đạo để chẩn đoán xác định (II – 2B).

Theo nghiên cứu của Sepulveda và cs<sup>[9]</sup> (2003) nhằm đánh giá vai trò của siêu âm Doppler màu trong xác định vị trí cắm của dây rốn vào bánh nhau trên 832 trường hợp siêu âm ở tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3. Kết quả xác định được 825/832 trường hợp (99%), 7 trường hợp không quan sát được có nhau bám mặt sau.

Theo nghiên cứu của Catanzarite và cs<sup>[3]</sup> (2001) trên 33.208 trường hợp nhằm xác định giá trị của siêu âm trong chẩn đoán mạch máu tiền đạo. Kết quả có 11 trường hợp mạch máu tiền đạo được chẩn đoán trên siêu âm so với 10 trường hợp được chẩn đoán sau phẫu thuật, độ đặc hiệu là 91%.

Kikuchi và cs<sup>[8]</sup> (2011) đã báo cáo một trường hợp chụp MRI để chẩn đoán mạch máu tiền đạo. Tác giả kết luận MRI nên áp dụng trong trường hợp mối liên quan giữa vị trí bánh nhau và mạch máu nghi ngờ tiền đạo không thể xác định trên siêu âm.

Trường hợp của chúng tôi đã không được siêu âm tầm soát và chẩn đoán mạch máu tiền đạo.

4. Chẩn đoán tiền sản mạch máu tiền đạo có vai trò rất quan trọng nhằm giảm tỷ lệ bệnh suất và tử suất chu sinh. Theo nghiên cứu của hiệp hội sản phụ khoa Canada (2009)<sup>[5]</sup> thì tỷ lệ trẻ sinh sống khi mạch máu tiền đạo phát hiện sớm so với không phát hiện sớm là 97% và 44% và tỷ lệ phải truyền máu sơ sinh là 3,4% và 58,5%.

5. Theo nghiên cứu của Golic và cs<sup>[6]</sup> (2013) tại Đức trong 11 năm. Tác giả khuyến cáo khi mạch máu tiền đạo được xác định thì đánh giá nguy cơ chuyển dạ sinh mỗi tuần một lần, corticosteroid gây trưởng thành phổi thai nhi ở tuổi thai 28 – 34 tuần, nhập viện khi tuổi thai 32 - 34 tuần và phẫu thuật lấy thai chủ động ở tuổi thai 35 – 37 tuần.

Theo nghiên cứu của Hoover và cs<sup>[7]</sup> (2014) trên 1.000 trường hợp đoàn hệ giả định mạch máu tiền đạo để xác định thời điểm phẫu thuật lấy thai chủ động tối ưu nhất cho kết cục của mẹ và thai nhi. Kết quả phẫu thuật lấy thai chủ động ở tuổi thai 33 tuần là tối ưu nhất cho kết cục của mẹ và thai nhi.

#### **IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

Mạch máu tiền đạo nếu được chẩn đoán sớm sẽ giảm tỷ lệ tử vong chu sinh. Nên tiến hành áp dụng siêu âm để tầm soát và chẩn đoán mạch máu tiền đạo trong tương lai.

Khi chẩn đoán mạch máu tiền đạo thì phẫu thuật lấy thai trước khi vào chuyển dạ là phương pháp tối ưu. Vì vậy cần theo dõi sát dấu hiệu chuyển dạ, thuốc corticosteroid gây trưởng thành phổi thai nhi và phẫu thuật chủ động khi tuổi thai từ 35 – 37 tuần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aissi G., Sananes N., Veujoz M., et al. (2013) " [Vasa previa: Of the diagnosis to neonatal prognosis]". *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 42(6): pp. 591-5.
2. Baulies S., Maiz N., Munoz A., et al. (2007) " Prenatal ultrasound diagnosis of vasa praevia and analysis of risk factors". *Prenat Diagn*. 27(7): pp. 595-9.
3. Catanzarite V., Maida C., Thomas W., et al. (2001) " Prenatal sonographic diagnosis of vasa previa: ultrasound findings and obstetric outcome in ten cases". *Ultrasound Obstet Gynecol*. 18(2): pp. 109-15.
4. F. Gary Cunningham MD, Leveno Kenneth J., *Williams Obstetrics in Abnormalities of the Placenta, Umbilical Cord, and Membranes*. 2007, The McGraw-Hill Companies.
5. Gagnon R., Morin L., Bly S., et al. (2009) " Guidelines for the management of vasa previa". *J Obstet Gynaecol Can*. 31(8): pp. 748-60.
6. Golic M., Hinkson L., Bamberg C., et al. (2013) " Vasa praevia: risk-adapted modification of the conventional management--a retrospective study". *Ultraschall Med*. 34(4): pp. 368-76.
7. Hoover M. A., Allen A., La Rochelle F., et al. (2014) " Timing delivery of vasa previa: a decision analysis". *Obstet Gynecol*. 123 Suppl 1: pp. 148S-9S.
8. Kikuchi A., Uemura R., Serikawa T., et al. (2011) " Clinical significances of magnetic resonance imaging in prenatal diagnosis of vasa previa in a woman with bilobed placentas". *J Obstet Gynaecol Res*. 37(1): pp. 75-8.
9. Sepulveda W., Rojas I., Robert J. A., et al. (2003) " Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study". *Ultrasound Obstet Gynecol*. 21(6): pp. 564-9.
10. Smorgick N., Tovbin Y., Ushakov F., et al. (2009) " Is neonatal risk from vasa previa preventable? The 20-year experience from a single medical center". *J Clin Ultrasound*. 38(3): pp. 118-22.