

này trong chẩn đoán rau cài răng lược là 47% [6], theo Zhang L thì siêu âm tìm dấu hiệu hiệu tăng sinh mạch máu phức tạp, bàng quang để chẩn đoán rau cài răng lược có độ đặc hiệu 62% [5]. Về điều này, nhóm nghiên cứu nhận thấy sự nhận định của từng bác sỹ siêu âm là khác nhau, chưa có một tiêu chuẩn thống nhất áp dụng cho các trường hợp siêu âm để chẩn đoán rau cài răng lược

*** Dấu hiệu xuất hiện mạch bất thường chảy thẳng góc với cơ tử cung.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu này có độ nhạy 76%; độ đặc hiệu 71,4%; giá trị dự đoán dương tính 90,5%; giá trị dự đoán âm tính 45,45% .

Theo Panaiotova J, dấu hiệu này cho chẩn đoán dương tính 100% với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 81,1% [6] theo Zhang L thì siêu âm tìm dấu hiệu xuất hiện mạch bất thường chảy thẳng góc với cơ tử cung để chẩn đoán rau cài răng lược cho kết quả chẩn đoán dương tính 100% với độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 87% [5]. Kết quả của các tác giả là cao hơn của nghiên cứu này, có thể do thói quen dùng siêu âm Doppler màu để khảo sát những trường hợp rau cài răng lược.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng 7 dấu hiệu nêu trên có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán rau cài

răng lược. Do đó, siêu âm vẫn là phương tiện đầu tay, có nhiều giá trị trong chẩn đoán, quản lý và theo dõi rau cài răng lược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J.** Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 221(3): 208-218. doi:10.1016/j.ajog.2019. 01.233
2. **Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM.** Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(1):210-214. doi:10.1016/s0002-9378(97)70463-0
3. **Công NT, Cường TD.** Kết quả chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược trên thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ bằng siêu âm. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2017;15(2):91-94. doi:10.46755/vjog.2017.2.334
4. **Millischer A-E, Salomon LJ, Porcher R, et al.** Magnetic resonance imaging for abnormally invasive placenta: the added value of intravenous gadolinium injection. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2017; 124(1): 88-95. doi: 10.1111/1471-0528.14164
5. **Zhang L, Li P, He G-L, et al.** [Value of prenatal diagnosis of placenta previa with placenta increta by transabdominal color Doppler ultrasound]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2006;41(12):799-802.
6. **Guy GP, Peisner DB, Timor-Tritsch IE.** Ultrasonographic evaluation of uteroplacental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163(3): 723-727. doi:10.1016/0002-9378(90) 91056-i

HỘI CHỨNG BƠM MÁU ĐỘNG MẠCH ĐẢO NGƯỢC TRONG SONG THAI: BÁO CÁO MỘT CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Thị Anh Phương*, Nguyễn Thị Ngọc Trúc**, Nguyễn Long Phước*

TÓM TẮT

Hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược trong song thai (Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence: TRAPS) là một trong những biến chứng rất hiếm gặp và nặng, xảy ra khoảng 1% các trường hợp song thai 1 bánh nhau và khoảng 1/35000 ca sinh [3]. Trong TRAPS, thai bơm máu (pump twin) tăng nguy cơ tử vong do tăng gánh nặng tuần hoàn hỗ trợ thai không tim (acardiac twin) và nguy cơ sinh non dẫn tới tỷ lệ tử vong của thai bơm máu lên tới 55% [3]. **Báo cáo ca bệnh:** Chúng tôi báo cáo về một trường hợp thai phụ nhập viện với tình trạng thai 35 tuần 6 ngày với TRAPS độ IIb, được mổ sanh vì tình trạng suy tuần hoàn nhau của thai bơm máu. Sau mổ tình trạng thai

phụ ổn và em bé được chăm sóc tại khoa chăm sóc nhi tích cực. **Kết luận:** TRAPS là một hội chứng hiếm gặp nhưng cần lưu ý trong trường hợp song thai một nhau và ghi nhận một thai đã lưu. Trong trường hợp này, việc điều trị dự phòng bằng cách ngưng cung cấp máu cho thai không tim nên được cân nhắc để giảm biến chứng lên thai bơm máu.

Từ khóa: Hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược (Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence: TRAPS), biến chứng truyền máu song thai.

SUMMARY

TWIN REVERSED ARTERIAL PERFUSION SEQUENCE: A CASE REPORT

Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence (TRAPS) is one of the extremely rare and severe complications, occurring in about 1% of monochorionic twins and about 1/35,000 births [3]. In TRAPS, the pump twin increases the risk of death due to the rised circulatory burden supporting the acardiac twin and the risk of premature birth leading to a mortality rate of the pump twin of up to 55% [3]. **Case report:** We report a case of a pregnant woman

*Bệnh viện Hùng Vương

**Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Anh Phương

Email: bsphuong2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

admitted to our hospital at 35 weeks and 6 days gestation with TRAPS grade IIb, who was delivered by cesarean section because of placental circulation insufficiency of pump twin. After surgery, she was stable and her baby was cared for in the pediatric intensive care unit. **Conclusion:** TRAPS is a rare syndrome but should be noted in cases of monochorionic twins and recognition of a retained fetus. In this case, prophylactic treatment by stopping the blood supply to the fetus without a heart should be considered to reduce complications on the pumping fetus. **Key words:** Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence, Twin-to-twin Transfusion Syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hội chứng bơm máu đảo mạch đảo ngược song thai, “thai không tim” là thai không có tim hoặc không có hoạt động của tim, được bơm máu bởi thai còn lại gọi là “thai bơm máu” thông qua các thông nối mạch máu trên bề mặt bánh nhau. Thai không tim phụ thuộc hỗ trợ tuần hoàn vào thai bơm máu và lượng máu cung cấp cho thai không tim là máu nghèo oxy do đó phần đầu và thân kém phát triển, thậm chí có khi không có. Tử vong của thai không tim là 100%, vấn đề của TRAPS là tăng khả năng sống của thai bơm máu. Nếu không được điều trị, thai bơm máu thường có nguy cơ suy tim và có biến chứng của sinh non do gánh nặng tuần hoàn trong việc hỗ trợ thai không tim. Trong tuần hoàn thai bơm máu, máu tương đối giàu oxy từ nhau thai chảy qua tĩnh mạch rốn đến thai không tim. Từ đó, 80% lượng máu sẽ qua ống tĩnh mạch vào tĩnh mạch chủ dưới trộn lẫn với máu từ phần thấp của cơ thể và hai thận đổ về tâm nhĩ phải.

Trong TRAPS, thai bơm máu vẫn có hệ thống tuần hoàn, tuy nhiên một phần lượng máu qua động mạch rốn lại đi vào những cầu nối động mạch – động mạch bất thường tại bánh nhau để đi vào động mạch rốn, rồi vào vòng tuần hoàn lớn của thai không tim tạo ra một vòng tuần hoàn đảo ngược. Sự hiện diện của các luồng thông nối động mạch- động mạch từ thai cho sang thai nhận, cho phép máu được bơm qua nhưng bỏ qua tuần hoàn mao mạch. Ngoài ra còn có các kiểu nối thông khác như: tĩnh mạch – tĩnh mạch và động mạch - tĩnh mạch. Kiểu tuần hoàn đảo ngược này đưa đến hệ quả là máu nuôi thai nhận là máu nghèo oxy, đi đến phần thấp của cơ thể thai nhận thông qua các động mạch chậu. Tuy nhiên, đầu và phần trên cơ thể được bơm máu kém. Sự nuôi dưỡng máu theo kiểu đảo ngược này góp phần xuất hiện nhiều bất thường ở cấu trúc thai nhận là thai không tim.

Theo mức độ nghiêm trọng của khiếm

khuyết, dị tật giai đoạn sớm của thai không tim được chia thành bốn loại [4]:

(1) Acardiac acephalic (51%): đã phát triển các chi dưới và xương chậu, không có đầu, ngực và cánh tay.

(2) Acardial anceps (chiếm 40%): cơ thể và các chi phát triển. Đầu và mặt được hình thành một phần.

(3) Acardiac acormus (chiếm 0%): chỉ có đầu thai nhi đã phát triển.

(4) Acardiac amorphous (chiếm 9%): không có các cơ quan hữu hình

TRAPS được chẩn đoán bởi siêu âm. TRAPS có thể chẩn đoán sớm nhất lúc thai 11 tuần. Ba dấu hiệu chính trên siêu âm là:

- Đa thai 1 bánh nhau
- Thai không tim hoặc không có hoạt động của tim

- Siêu âm doppler: có dòng chảy đảo ngược ở động mạch rốn thai không tim

Siêu âm Doppler động mạch rốn thai không tim cho thấy dòng chảy động mạch đi vào thai không tim. Siêu âm doppler còn được sử dụng để đánh dấu các mạch máu của thai và cho thấy sự nối thông động mạch – động mạch. Siêu âm Doppler: được sử dụng để theo dõi và phát hiện suy tim ở thai bơm máu: doppler động mạch rốn mất sóng tâm trương hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều, đảo ngược dòng chảy trong doppler ống tĩnh mạch.

Các dấu hiệu tiên lượng xấu cho thai bơm máu:

- Tỷ lệ cân nặng của thai không tim/thai bơm máu lớn hơn 0,7. Cân nặng của thai không tim được ước tính theo công thức: cân nặng (gram) = (-1,66 x chiều dài nhất [cm]) + 1,21 x chiều dài nhất [cm]²). Nhóm có tỷ lệ cân nặng của thai không tim/thai bơm máu >70% có tỷ lệ sanh non 90%, đa ối 40% và suy tim ở thai bơm máu 30% trong khi nhóm còn lại có các biến chứng lần lượt là 75%, 30% và 10% (p<0.05) [3].

- Đa ối (p<0.001) [3]
- Có sự chênh lệch đường kính tĩnh mạch rốn ở thai bơm và thai không tim

- Thai không tim phát triển và có chi trên
- 1 khoang ối

- Dấu hiệu suy tim ở thai bơm: siêu âm doppler động mạch rốn mất sóng tâm trương hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều, đảo ngược dòng chảy trong doppler ống tĩnh mạch.

- Tăng kích thước của thai không tim. Chiều dài nhất của thai không tim có thể đại diện cho sự phát triển thai không tim. Tuy nhiên có thể lấy tỷ lệ của chu vi bụng của thai không tim (bao gồm cả da đo ngang mức dạ dày) và thai bơm

máu, tỷ lệ này ≥ 0.5 thì có ý nghĩa[1].

- Tăng trở kháng động mạch não giữa
- Tỷ lệ PI động mạch rốn của thai không tim/thai bơm máu < 1
- Phù thai bơm máu.

Sau khi được chẩn đoán TRAPS, sản phụ nên được chuyển đến trung tâm chẩn đoán và điều trị thai nhi có kinh nghiệm để được đánh giá thêm và thảo luận về các chiến lược xử trí. Sản phụ có thể cân nhắc đến quyết định chấm dứt thai kỳ sau khi được tư vấn các nguy cơ của thai kỳ TRAPS. Đối với trường hợp muốn tiếp tục mang thai, cần có kế hoạch theo dõi và xử trí thích hợp. Các nguy cơ có thể xảy ra nếu tiếp tục thai kỳ: thai bơm máu có nguy cơ suy tim và có thể chết lưu trước tuổi thai có thể nuôi sống được; nguy cơ đẻ non và các biến chứng của nó. Theo một nghiên cứu của MOOR và cộng sự, tỷ lệ chết chu sinh cho thai bơm máu là 55% nếu không điều trị can thiệp trong tử cung [3].

• **Đánh giá bất thường di truyền:** chọc ối hoặc sinh thiết gai nhau được khuyến cáo đối với các trường hợp chẩn đoán TRAPS. Nhiễm sắc thể đồ và bất thường về gen cần được thực hiện ở cả thai bơm máu và thai không tim. Cần loại trừ bất thường về di truyền trước khi duy trì thai kỳ, những bất thường di truyền chiếm 1-9% những trường hợp TRAPS [2].

• **Siêu âm theo dõi:** tần suất 1-2 tuần/lần tùy vào mức độ nghiêm trọng của biểu hiện lâm sàng và tuổi thai. Có thể tăng tần suất theo dõi nếu có biểu hiện tim lớn hoặc thai có nguy cơ tiền lượng xấu.

• **Liệu pháp Corticosteroid trước sinh:** Thời điểm dùng sẽ được cá thể hóa theo từng bệnh cảnh lâm sàng như dấu hiệu chuyển dạ sinh non, ối vỡ non, hoặc đánh giá tiên lượng xấu cho thai bơm máu trong 7 ngày sắp tới (dùng từ 24 tuần trở đi)

• **Liệu pháp tắc rốn:** Mục tiêu chính trong can thiệp song thai có TRAPS là làm gián đoạn sự nối thông động tĩnh mạch giữa 2 thai nhằm giảm gánh nặng tuần hoàn tim ở thai bơm máu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả ca bệnh hiếm và nhìn lại y văn về các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị TRAPS.

III. BÁO CÁO CA BỆNH

Sản phụ 35 tuổi, PARA 1001 (1 lần sanh mổ cách 6 năm bé nặng 3000g) tới viện với tình trạng thai 35 tuần 6 ngày song thai 1 nhau 2 ối có hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược độ IIb. Sản phụ khám thai ngoại viện. Tại thời

điểm 12 tuần 2 ngày, sản phụ được siêu âm và phát hiện song thai 1 nhau 2 ối, thai phát triển với NT 1,6mm và 1 thai không có hoạt động tim. Sản phụ có làm xét nghiệm sàng lọc tiền sinh không xâm lấn (NIPTS) với kết quả nguy cơ thấp với lệch bội của 23 cặp nhiễm sắc thể và nguy cơ thấp mang gen đột biến của 30 đột biến gây bệnh mới xuất hiện (de novo).



Hình 1: hình ảnh siêu âm lúc 12 tuần 2 ngày, ghi nhận có 2 thai trong buồng tử cung, thai bơm máu (pump twin) có CRL 56 mm, có hoạt động tim thai, NT=1,6mm và CRL= 56 mm. 1 thai không có hoạt động tim (acardiac twin) với CRL=33mm. Nhau bám mặt trước, có màng ngăn giữa 2 thai với dấu Tsign cho thấy đây là trường hợp song thai 1 nhau 2 ối.

Sản phụ được tiếp tục theo dõi thai kỳ và siêu âm chi tiết tại thời điểm thai 17 tuần 6 ngày với cân nặng ước tính của thai ở bách phân vị thứ 43 và không ghi nhận bất thường về cấu trúc và bất thường của tim thai bơm máu. Kích thước thai không có hoạt động tim chưa được ghi nhận ở lần siêu âm này.

Tại thời điểm 25 tuần 6 ngày, sản phụ được thực hiện 1 siêu âm ghi nhận 1 thai sống ở bách phân vị thứ 17 và thai không có hoạt động tim có kích thước 169x116 mm. Thai sống có BPD = 69mm, HC= 246 mm, AC = 211 mm, EFW =781g, ối bình thường.



Hình 2: Hình ảnh thai không có hoạt động tim lúc 25 tuần 6 ngày với kích thước lớn $d=169 \times 116$ mm, không ghi nhận rõ các cấu trúc của khối thai.

Sản phụ được theo dõi thai kỳ và siêu âm trong những lần khám thai và phần thai không có hoạt động tim không được ghi nhận trong các lần siêu âm. Diễn tiến thai kỳ không ghi nhận bất thường.

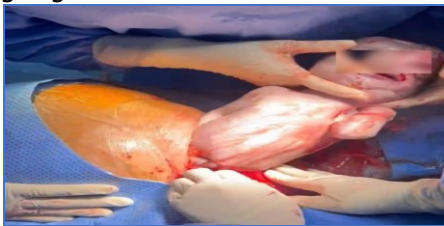
Tại thời điểm 35 tuần 6 ngày, sản phụ được siêu âm và phát hiện thai sống có dấu hiệu phù toàn thân, tràn dịch màng ngoài tim và dịch ổ bụng. Trọng lượng ước tính của thai ở bách phân vị thứ 11 và đa ối. Khối thai không có hoạt động tim có kích thước lớn



Hình 3: Hình khối thai không có hoạt động tim tại thời điểm 35 tuần 6 ngày, với kích thước khối thai không tim lớn d=203x157mm.

Sản phụ được tư vấn và chuyển tới bệnh viện Hùng Vương. Thai phụ được thực hiện một siêu âm chi tiết tại viện. Kết quả siêu âm tại viện ghi nhận 1 thai sống có BPD 85 mm, AC=302mm, FL=57 mm, SDP=160mm (AFI=43). Góc dưới bên trái có khối phản âm hỗn hợp gồm mô và xương d= 242x196x174 mm, có mạch máu nuôi bên trong. Bất thường thai sống ghi nhận được: tràn dịch màng phổi phải d=46x14mm, tỷ lệ diện tích tim/lồng ngực =0,46, phù da toàn thân, dịch ổ bụng 5mm, gan có dấu hiệu Starry Sky.

Thai phụ được thực hiện đo tim thai cơ gò bằng monitor sản khoa ghi nhận tình trạng mất dao động nội tại và được phẫu thuật mổ sanh vì suy tuần hoàn nhau thai/ song thai 1 nhau 2 ối với hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược. Trong cuộc mổ, thai đầu tiên là bé gái nặng 2360g, apgar 4/5, ối xanh loãng. Thai thứ 2 là 1 khối không rõ giới tính nặng 3670g, có phần giống đầu có tóc nhưng không rõ mặt mũi và 1 phần giống bàn chân.



Hình 4: Thai đầu tiên bé GÁI cân nặng 2360 gram



Hình 5: Hình của thai thứ 2 với cân nặng 3670g,

có phần giống đầu có tóc nhưng không rõ mặt mũi và 1 phần giống bàn chân.

IV. BÀN LUẬN

• TRAPS là một trong những bất thường nặng của hội chứng truyền máu song thai, chiếm một tỷ lệ cực kỳ thấp. Việc nhận ra và chẩn đoán được TRAPS là quan trọng để giảm thiểu kết cục xấu tới thai bơm máu còn sống. Khả năng sống của thai bơm máu dưới 50% nếu không được can thiệp [3].

• Chẩn đoán TRAPS chủ yếu dựa vào siêu âm. TRAPS có thể chẩn đoán sớm nhất từ lúc thai 11 tuần khi có các dấu hiệu sau: đa thai 1 bán nhau, thai không tim hoặc không có hoạt động của tim, siêu âm doppler: có dòng chảy đảo ngược ở động mạch rốn thai không tim. Trong bối cảnh ca lâm sàng này, tại thời điểm 12 tuần 2 ngày, sản phụ được siêu âm và phát hiện có song thai 1 nhau 2 ối với 1 thai sống và 1 thai không có tim thai. Để tránh bỏ sót chẩn đoán TRAPS trong trường hợp này, siêu âm Doppler có thể hỗ trợ. Siêu âm Doppler động mạch rốn thai không tim cho thấy dòng chảy động mạch đi vào thai không tim là chỉ điểm mạch với TRAPS. Siêu âm Doppler còn được sử dụng để theo dõi và phát hiện tình trạng suy tim ở thai bơm máu: Doppler động mạch rốn mất sóng tâm trương hoặc xuất hiện dòng chảy ngược chiều, đảo ngược dòng chảy trong Doppler ống tĩnh mạch.

• Những kết cục chu sinh của thai kỳ TRAP có nhiều rủi ro và bất lợi. Sản phụ có thể cân nhắc chấm dứt thai kỳ khi thai kỳ có biến chứng TRAP. Các kết cục thai kỳ bất lợi trong hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược chủ yếu là đa ối, sanh non và suy tim bẩm sinh ở thai bơm máu [3].

Bảng 1. Các biến chứng trong hội chứng bơm máu động mạch đảo ngược khi không được can thiệp [3].

CÁCH SANH	TỶ LỆ
Sảy thai	18%
Chấm dứt thai thoe yêu cầu	14%
Mổ sanh	58%
Thai bơm máu	
Ngôi bất thường	29%
Bất thường cấu trúc chính	9%
Đa ối	46%
Suy tim bẩm sinh	53%
Sống	59%
Sinh non	35%
Tuổi thai trung bình (tuần)	29±7
Cân nặng (gr)	
Thai bơm máu	1378±1047
Thai không tim	651±571

Trong bảng trên chưa đề cập biến chứng có thể gặp khác của thai bơm máu là phù thai được ghi nhận trong nghiên cứu khác chiếm tỷ lệ 1/6[7]. Nghiên cứu thu nhận 18 ca TRAPS, trong đó có 5 ca muốn chấm dứt thai kỳ, 6 ca mong muốn theo dõi không can thiệp và 7 ca đồng ý can thiệp. Tất cả các trường hợp mong muốn can thiệp đều có kết cục bất lợi với 1 ca bị phù thai và 1 ca thai lưu và 4 ca còn lại sảy thai.

Phân giai đoạn của TRAPS dựa trên tỷ lệ chu vi vòng bụng của thai không tim/thai bơm máu, nếu tỷ lệ này <0,5 được định nghĩa là giai đoạn I. nếu tỷ lệ ≥0,5 là giai đoạn II [1].

Giai đoạn	AC của thai không tim/AC của thai bơm	Suy tim ở thai bơm máu
I	< 0.5	
IIa	≥ 0.5	Không
IIb	≥ 0.5	Có

- Trong tình huống muốn duy trì thai kỳ, cần khảo sát di truyền đối với thai bơm máu và cả thai không tim. Ở Châu Âu, hầu hết các trung tâm có chủ trương can thiệp dự phòng sớm trong giai đoạn đầu của tam cá nguyệt 2. Ngược lại, ở Hoa Kỳ, hầu hết các trung tâm chọn can thiệp khi có dấu hiệu nặng như kích thước AC của thai không tim/thai bơm hơn 0,5 hay có dấu hiệu suy tim ở thai bơm hay phù thai bơm.

- Trong trường hợp theo dõi và không can thiệp trong hội chứng này thường dẫn tới kết cục thai kỳ bất lợi như đa ối, sanh non hay chết thai. Việc can thiệp sớm có kết cục thai kỳ tốt hơn ở thai bơm máu so với nhóm can thiệp trễ hơn. Khi được phát hiện thì thai kỳ có nhiều bất lợi với thai bơm máu có biểu hiện suy tim (tỷ lệ diện tích tim/lồng ngực =0,46), phù da toàn thân, dịch ổ bụng 5mm, gan có dấu hiệu Starry Sky. Khối thai không tim có kích thước lớn, d= 242x196x174 mm nghĩ thai đã lưu, có mạch máu nuôi bên trong. Tại thời điểm thai phụ nhập viện, tuổi thai lúc này là 35 tuần 6 ngày và thai bơm máu có dấu hiệu suy thai nên sản phụ được mổ sanh. Thai bơm máu là một bé gái nặng 2360g, apgar 4/5. Vì là một bệnh cảnh hiếm gặp nên nhận ra TRAPS sớm là một thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Việc lựa chọn can thiệp dự phòng sớm là tắc cuống rốn hay can thiệp khi có dấu hiệu nặng cũng khác nhau ở các trung tâm lớn trên thế giới. Cách thức can thiệp có nhiều phương pháp, mục tiêu chính là ngưng cung cấp máu cho thai không tim. Các phương pháp tắc cuống rốn được ghi nhận trong y văn là:

- Coil occlusion: kẹp cuống rốn bằng kẹp
- Ligation: cột tắc cuống rốn
- Intrafetal (or interstitial) laser coagulation:

laser đốt mạch máu nổi thông trong tử cung

- Bipolar cord coagulation: kẹp tắc rốn bằng đốt lưỡng cực

- Alcohol injection into intrafetal umbilical vessels: tiêm cồn và mạch máu cuống rốn

- Radiofrequency ablation (RFA): tắc rốn bằng sóng cao tần

- Việc lựa chọn phương pháp can thiệp nào tùy thuộc và cơ sở vật chất của trung tâm và kinh nghiệm của bác sĩ thực hiện. RFA và kẹp tắc rốn bằng đốt lưỡng cực có thể chỉ định đối với thai >16 tuần, tốt nhất là ≥ 18 tuần. Phương pháp laser cắt đốt trong tử cung được chỉ định trên thai kỳ ở tuổi thai sớm hơn < 16 tuần [8].

- Kết cục:

Tỷ lệ thai sống: theo 1 dữ liệu thống kê từ nhiều nghiên cứu dùng RFA thì tỷ lệ sống của thai bơm máu 80-100% và tuổi thai 33-37 tuần

Kết cục dài hạn: dữ liệu còn hạn chế, có nhiều nghiên cứu theo dõi cho thấy trẻ chậm phát triển thần kinh sau thủ thuật gây tắc rốn

V. KẾT LUẬN

- Song thai không tim được nghi ngờ khi có một thai có hình thái bất thường không có tim hoặc có tim nhưng không có hoạt động của tim thai.

- Chẩn đoán xác định khi dòng chảy động mạch trong dây rốn đi về phía thai không tim.

- Hình thái của thai không tim có thể thay đổi từ kiểu hình rõ của phần dưới cơ thể cho đến chỉ là một mô không nhận ra phần nào của cơ thể. Thai bơm máu có thể có các dấu hiệu của suy tim. Nguy cơ suy tim cao khi tỷ lệ cân nặng của thai không tim và thai bơm máu vượt quá 0,7.

- Cần nhắc can thiệp trong những trường hợp thai không tim lớn và/hoặc thai bơm máu có dấu hiệu suy thai

- Phương pháp can thiệp chính là ngưng cung cấp máu cho thai không tim. Phương pháp can thiệp được lựa chọn dựa trên phương tiện của cơ sở y tế, kinh nghiệm của bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amy E Wong, Waldo Sepulveda. Acardiac anomaly: current issues in prenatal assessment and treatment. Prenat Diagn. 2005 Sep;25(9):796806.doi:10.1002/pd.1269.
2. Moore CA, Buehler BA, McManus BM, Harmon JP, Mirkin LD, Goldstein DJ, et al. Acephalus-acardia in twins with aneuploidy. Am J Med Genet Suppl. 1987;3 S3:139-43.
3. Moore TR, Gale S, Benirschke K. Perinatal outcome of forty-nine pregnancies complicated by acardiac twinning. Am J Obstet Gynecol. 1990 Sep;163(3):907-12. doi: 10.1016/0002-9378(90)91094-s. PMID: 2206078.
4. Guimaraes, C.V.A., Kline-Fath, B.M., Linam, L.E. et al. MRI findings in multifetal pregnancies

- complicated by twin reversed arterial perfusion sequence (TRAP). *Pediatr Radiol* **41**, 694–701 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00247-010-1921-2>.
5. **Pagani G, D'Antonio F, Khalil A, Papageorghiu A, Bhide A, Thilaganathan B.** Intrafetal laser treatment for twin reversed arterial perfusion sequence: cohort study and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013 Jul;42(1):6-14. doi: 10.1002/uog.12495. PMID: 23640771.
 6. **Porreco RP, Barton SM, Haverkamp AD.** Occlusion of umbilical artery in acardiac, acephalic twin. *Lancet.* 1991 Feb 9;337(8737):326-7. doi: 10.1016/0140-6736(91)90946-m. PMID: 1671233.
 7. **Shettikeri A, Acharya V, V S, Sahana R, Radhakrishnan P.** Outcome of Pregnancies Diagnosed with TRAP Sequence Prenatally: A Single-Centre Experience. *Fetal Diagn Ther.* 2020;47(4):301-306. doi: 10.1159/000503389. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31770756.
 8. **Twin Reversed Arterial Perfusion (TRAP)** | Johns Hopkins Medicine
 9. **Valsky DV, Martinez-Serrano MJ, Sanz M, Eixarch E, Acosta ER, Martinez JM, Puerto B, Gratacós E.** Cord occlusion followed by laser cord transection in monochorionic monoamniotic discordant twins. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Jun;37(6):684-8. doi: 10.1002/uog.8924. PMID: 21500298

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI HÀ NỘI NĂM 2024

Trần Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Mỹ Duyên¹, Vũ Minh Thúy¹,
Lê Thu Hằng^{1,2}, Dương Thu Hương¹, Hoàng Thị Kim Hoa³,
Phạm Thị Vân¹, Hoàng Thị Xuân Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và xác định một số yếu tố liên quan của người bệnh COPD điều trị nội trú tại các bệnh viện Hà Nội năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 196 người bệnh (NB) đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung Ương và Bệnh viện Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, từ tháng 1 – 4/2024. **Kết quả:** điểm SGRQ-C là $63,3 \pm 14,5$; điểm thành phần cho các triệu chứng, hoạt động và ảnh hưởng lần lượt là $72,1 \pm 17,4$, $79,4 \pm 17,6$ và $50,64 \pm 16,7$. Một số yếu tố liên quan làm cho CLCS của NB bị giảm như tuổi, chỉ số BMI, mức độ tắc nghẽn GOLD, số năm mắc bệnh, số đợt cấp cần nhập viện, có sử dụng liệu pháp oxy hay không, các triệu chứng ở mũi. **Kết luận:** CLCS của NB tham gia nghiên cứu ở mức độ trung bình kém. Người Điều dưỡng cần quan tâm hơn nữa đến việc quản lý các triệu chứng cho nhóm đối tượng này. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, SGRQ-C.

SUMMARY

ASSESSING THE QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN HANOI IN 2024

Objectives: This study aims to evaluate the quality of life and identify related factors in patients

with COPD undergoing inpatient treatment at Hanoi hospitals in 2024. **Methods:** A cross-sectional was conducted among 196 COPD patients at the National Lung Hospital and the University of Medicine and Pharmacy Hospital – Vietnam National University, Hanoi, from January to April 2024 using the St. George's Respiratory Questionnaire for COPD patients (SGRQ-C). **Results:** The overall SGRQ-C score was 63.3 ± 14.5 , with component scores for symptoms, activities, and impacts being 72.1 ± 17.4 , 79.4 ± 17.6 , and 50.64 ± 16.7 , respectively. Factors related to the quality of life decreasing included age, BMI, GOLD obstruction level, number of years with the disease, number of exacerbations requiring hospitalization, use of oxygen therapy, and nasal symptoms. **Conclusion:** The study found that the quality of life is moderately poor among the patients. Nurses should pay more attention to help patients manage their symptoms.

Keywords: Quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, COPD, SGRQ-C.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới (WHO), ước tính rằng trên toàn cầu có 251 triệu ca mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) trong năm 2016, chiếm khoảng 12% dân số từ 40 tuổi trở lên [1]. COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba trên toàn thế giới, với 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019. Với tỷ lệ hút thuốc ngày càng tăng ở các nước đang phát triển và dân số già ở các nước có thu nhập cao, tỷ lệ mắc COPD dự kiến sẽ tăng trong 40 năm tới và tính đến năm 2060 có thể có hơn 5,4 triệu ca tử vong hàng năm do COPD và các bệnh liên quan.

Tại Việt Nam, tỷ lệ người lớn tuổi mắc COPD lên đến 12,6%, trong đó tỷ lệ mắc ở nam là

¹Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Phổi Trung Ương

³Bệnh viện Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Xuân Hương

Email: huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024