Mạch máu tiền đạo: Báo cáo trường hợp

Nguyễn Trần Thảo Nguyên[1], Trần Minh Thắng[2], Lê Minh Toàn[2], Lê Thị Loan Trinh[2], Lê Trí Bảo Châu[1]

[1] Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế
[2] Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Huế

doi:10.46755/vjog.2021.2.1228

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Trần Thảo Nguyên, email: nttnguyen@huemed-univ.edu.vn

Nhận bài (received): 26/8/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 5/10/2021

Tóm tắt

Mạch máu tiền đạo là một bệnh lý hiếm gặp có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai, là nguyên nhân dẫn đến chảy máu nhiều và đặc biệt đe dọa đến tính mạng thai nhi. Chẩn đoán sớm và kịp thời góp phần cải thiện kết cục thai kỳ cho thai nhi. Ca bệnh là sản phụ 35 tuổi mang thai lần 3, PARA 2002, tuổi thai 27 tuần 5 ngày nhập viện Phòng Tiền sản - Bệnh viện Trung ương Huế vì ra máu âm đạo lượng ít. Bệnh nhân được chẩn đoán mạch máu tiền đạo và được điều trị nội khoa tích cực. Tại tuần thai thứ 32, bệnh nhân ra máu âm đạo, xử trí mổ cấp cứu lấy thai. Kết cục thai kỳ an toàn đối với sản phụ và thai nhi. Chẩn đoán mạch máu tiền đạo bằng siêu âm thai là tiêu chuẩn vàng xác định bất thường. Mạch máu tiền đạo phần lớn được phát hiện trong những lần khám siêu âm định kỳ 3 vào tháng cuối. Lựa chọn chiến lược thích hợp trong quá trình chăm sóc thai kỳ là cần thiết. Ở tuổi thai 28 - 32, khuyến cáo điều trị trưởng thành phổi thai nhi, giảm go, mổ lấy thai chủ động từ 34/07 tuần đến 36/7 nếu không có biến chứng xảy ra là biện pháp giảm các kết cục bất lợi cho mẹ và thai. Mặc dù mạch máu tiền đạo không thường gặp trên lâm sàng, tuy nhiên những kết cục của mạch máu tiền đạo nếu không được chẩn đoán rất nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. Khuyến cáo nên sàng lọc và chẩn đoán sớm mạch máu tiền đạo để có hướng xử trí thích hợp, nhất là ở những sản phụ có nguy cơ.

Từ khoá: *Mạch máu tiền đạo, nhau tiền đạo.*

Vasa previa: A case report

Nguyen Tran Thao Nguyen[1], Tran Minh Thang[2], Le Minh Toan[2], Le Thi Loan Trinh[2], Le Tri Bao Chau[1]

[1] Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University
[2] Hue Central Hospital

Abstract

Vasa previa is a fairly rare disease that can occur during pregnancy, causing heavy bleeding and especially threatening the life of the fetus. Thus, pregnant women dignosised of vasa previa required the elective hospitalization and Ceaserean-delivery before spontaneous labor. Prenatal screening for this condition not only support multidisciplinary management but aslo improve the perinatal outcome. Case-report was a 35 year-old female, G3P2, presented at the Hue's Central Hospital Obstetric Department at 27weeks and 5 days in gestional age for lightly vaginal bleeding and subsequently dignosised of vasa previa. She was followed up until the 32nd week of pregnancy, then suddenly occurred uterine contractions and steady vaginal bleeding. An arrangement was made for her emergent cesearean section, after all we assessed and collected patient's documents associated to the whole time her hospitalization. The "gold standard" for diagnosing vasa previa is through ultrasonography. Vasa previa is mostly detected during the last 3 months of routine ultrasound examination. The selection of appropriate stragety to apply during pregnancy management is essential. At gestational age 28-32 weeks, it is recommended to support the fetal lung maturity, reduce contractions, and choose elective cesarean section from 34/07 weeks to 36/7 if no complications occur as purposed to reduce the risk of serious complications for maternal and fetal outcomes. Although vasa previa is not clinically common, but this could lead to many catastrophic consequencies for both mother an fetus. Screening for vasa previa through sonography is recommended to assign as early as the second trimester, especially with the pregnant women at risk.

Keywwords: *vasa previa; placenta previa.*

1. MỞ ĐẦU

Mạch máu tiền đạo đặc trưng bởi tình trạng một số mạch máu không được bao bọc trong thạch Wharton chạy qua phần màng ối trình diện phần thấp tử cung hoặc cắt ngang qua cổ tử cung. Mạch máu tiền đạo là một tai biến sản khoa tuy hiếm gặp (1/2500 case) nhưng gây ra hậu quả nặng nề cho cả sản phụ và thai nhi như băng huyết ồ ạt, mất máu thai nhi gây suy thai thậm chí tử vong [1]. Nếu được chẩn đoán sớm và xử trí thích hợp có thể cải thiện kết cục bất lợi của thai nhi.

Trước đây, mạch máu tiền đạo được phân thành 2 nhóm dựa vào đặc điểm vị trí xuất phát – Type 1: mạch máu tiền đạo xuất phát từ dây rốn bám màng; type 2: mạch máu tiền đạo xuất phát từ bánh nhau đôi hoặc bánh nhau phụ [2].

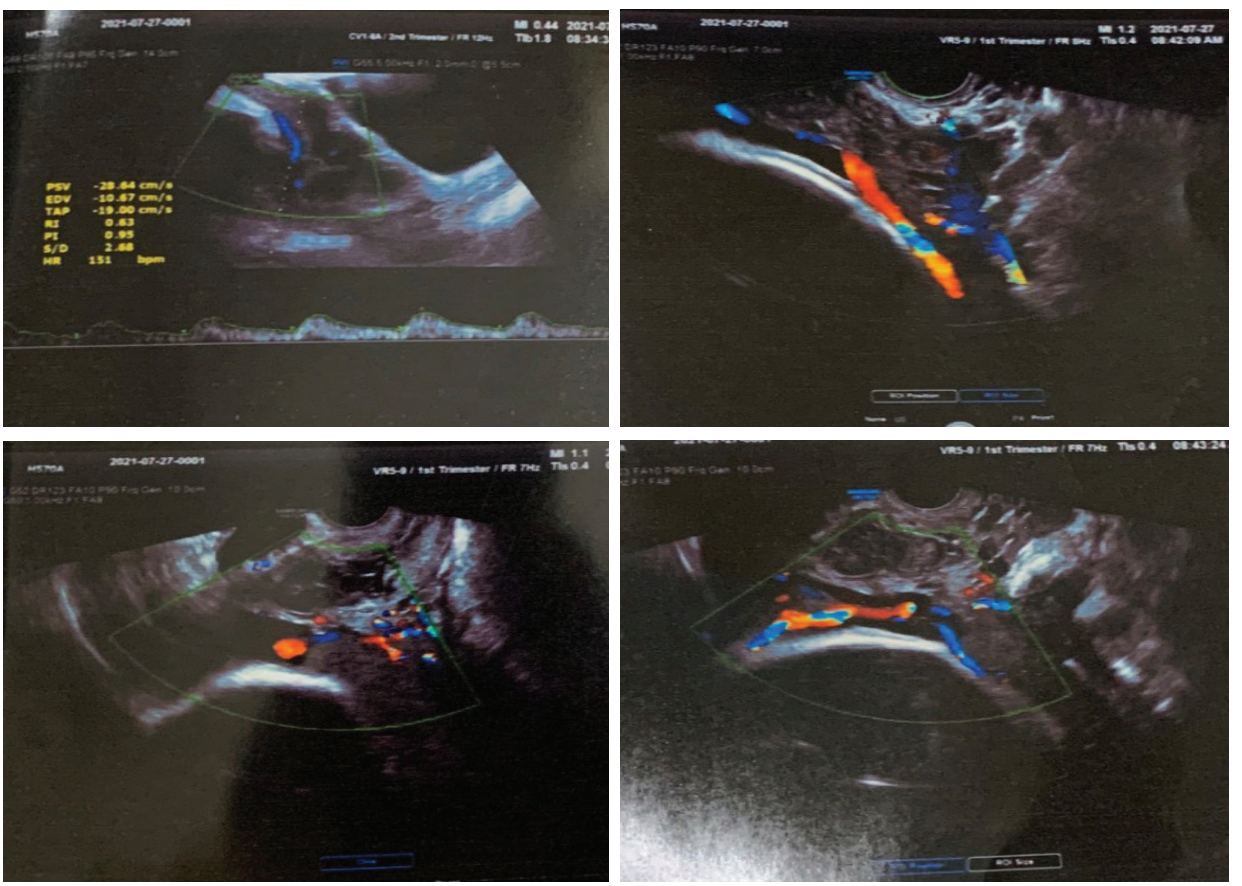
Ngoài ra có một nhóm bệnh lý mạch máu tiền đạo không thuộc hai nhóm trên, thường xuất hiện ở những trường hợp vị trí nhau bám bất thường (nhau bám thấp,

nhau tiền đạo bán trung tâm..), được mô tả dạng mạch máu vòng cung, không có sự hiện diện của dây rốn bám màng hay bánh nhau phụ [3]. Bài viết này sẽ trình bày case bệnh liên quan đến nhóm mạch máu tiền đạo nói trên (type 3) cũng như phương án xử trí và theo dõi.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 35 tuổi, PARA 2002, mang thai 27 tuần 5 ngày nhập viện tại Phòng Tiền sản - Bệnh viện Trung ương Huế vì ra máu âm đạo lượng ít, sẫm cục. Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai 2 lần, được chẩn đoán rau bám thấp lúc 26 tuần. Quá trình mang thai sàng lọc quý 1, quý 2 chưa ghi nhân bất thường, không có tiền sử dị ứng hay nội ngoại khoa khác.Thăm khám vào viện sản phụ huyết động ổn, chiều cao 155cm, cân nặng 69kg. Khám thai bề cao tử cung 24cm, vòng bụng 90cm, ngôi thai dao động, âm đạo ra ít máu sẫm.

Siêu âm thai ban đầu lúc vào viện ghi nhận 01 thai #1279 gr, ối bình thường, nhau bám thân mặt sau bên trái lan xuống che lấp hoàn toàn lỗ trong CTC, chỉ số nhau bám chặt 7 điểm. Sau 2 tuần kết quả siêu âm cho thấy 01 thai #2050gr, ối bình thường, nhau bám thân mặt sau bên trái lan xuống che lấp một phần lỗ trong CTC, chỉ số nhau bám chặt 6 điểm. Siêu âm đầu dò âm đạo có hình ảnh mạch máu tiền đạo chạy ngang lỗ trong CTC, bắt phổ Doppler động mạch rốn (hình 1).



Hình 1. Hình ảnh siêu âm Doppler mạch máu tiền đạo trên sản phụ

Bệnh nhân được điều trị trưởng thành phổi bằng Dexamethasone và giảm go bằng $MgSO_4$ truyền tĩnh mạch trong hơn 2 tuần. Lúc tuổi thai 32 tuần, bệnh nhân ra máu âm đạo lượng nhiều. máu đỏ sẫm kèm máu tươi, go TC 3 cơn/10p, biểu đồ tim thai trên monitoring phân loại nhóm 2 theo ACOG (Dao động nội tại thấp, tim thai cơ bản duy trì 140l/p). Bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai cấp cứu, phương pháp vô cảm gây mê toàn thân. Trong quá trình phẫu thuật, huyết động bệnh nhân duy trì ở mức ổn định 100/60 mmHg, bệnh nhân được truyền hai đơn vị hồng cầu khối đồng nhóm. Công thức máu trước mổ của bệnh nhân : RBC 3.24 T/l; HGB 97 g/dl ; sau mổ RBC 2.57T/l ; HGB 7.4g/l. Trong mổ, ghi nhận bánh nhau bám mặt sau che lấp một phần lỗ cổ tử cung, mạch máu tiền đạo chạy ngang CTC xuất phát từ một bên bánh nhau chạy vòng cung tiệm cận với lỗ trong CTC bị vỡ chảy máu (Hình 2). Sau mổ, sản phụ ổn định, vết mổ khô, tử cung go chắc, sản dịch ít, sẫm màu.

Về phía thai nhi, sinh ra một bé GÁI nặng 1900 gr, IA 4d/1p– 5đ/5p - 7đ/10p , da cực non, khóc yếu,

da môi tím, được tiến hành bóp bóng và đặt nội khí quản chuyển khoa Nhi sơ sinh theo dõi và điều trị.

3. BÀN LUẬN

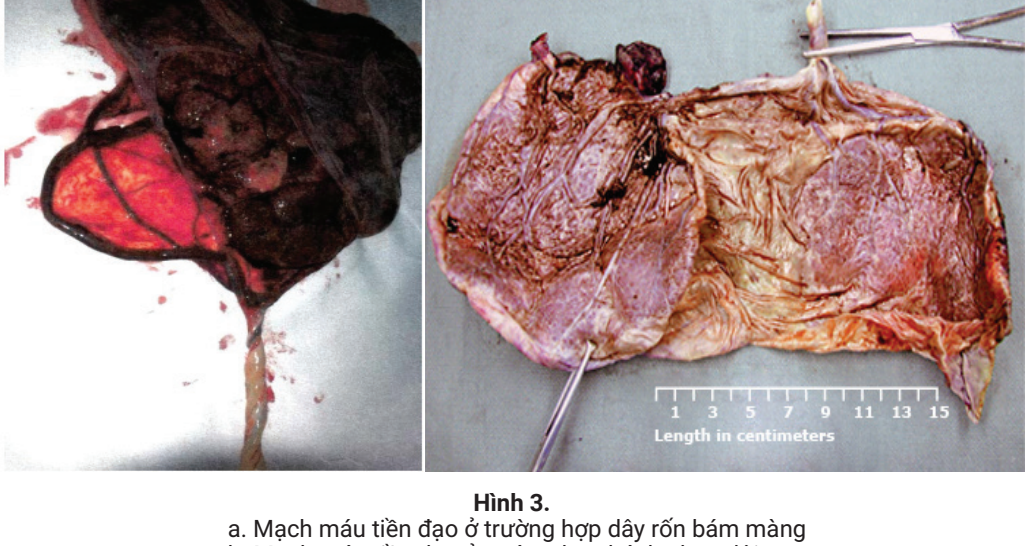
Về mặt giải phẫu bánh nhau và dây rốn thai nhi, vị trí bánh nhau sẽ bám về phía cao của đoạn thân và đáy tử cung, từ trung tâm bánh nhau có dây rốn với 3 mạch máu (2 tĩnh mạch, 1 động mạch rốn) được bao bọc bởi thạch

Wharton sẽ xuất phát và trở thành cầu nối giữa mẹ và thai nhi, thực hiện nhiệm vụ vận chuyển dinh dưỡng nuôi thai [4]. Trong một số trường hợp bất thường, bánh nhau bám ở phần thấp tử cung, hoặc xuất hiện bánh nhau phụ, bánh nhau đôi hay bất thường vị trí bám của cuống rốn, có thể gây ra tình trạng mạch máu tiền đạo [4].

Mạch máu tiền đạo (vasa previa) được hình thành từ hai gốc từ La-tinh: vasa (mạch máu) và previa (pre: phía trước, via: đường ra, cửa ra). Do đó, ý nghĩa của mạch máu tiền đạo là sự hiện diện của đoạn mạch máu chạy cắt ngang qua lỗ trong cổ tử cung ngay trước ngôi thai. Do vị trí đặc biệt này khiến cho việc theo dõi sinh ngả âm đạo, nhất là khi mạch máu này vỡ (vỡ ối hoặc chèn ép) sẽ gây ra mất máu ồ ạt thai nhi dẫn đến suy thai cấp hay tử vong [1], [4].

Như đã giới thiệu, mạch máu tiền đạo được chia làm 2 nhóm : type 1 do sự hiện diện của dây rốn bám màng và type 2 ghi nhận ở trường hợp bánh nhau đôi hoặc bánh nhau phụ (hình 3) [2], [5], [6].

Hình 2. Mũi tên chỉ vị trí mạch máu tiền đạo



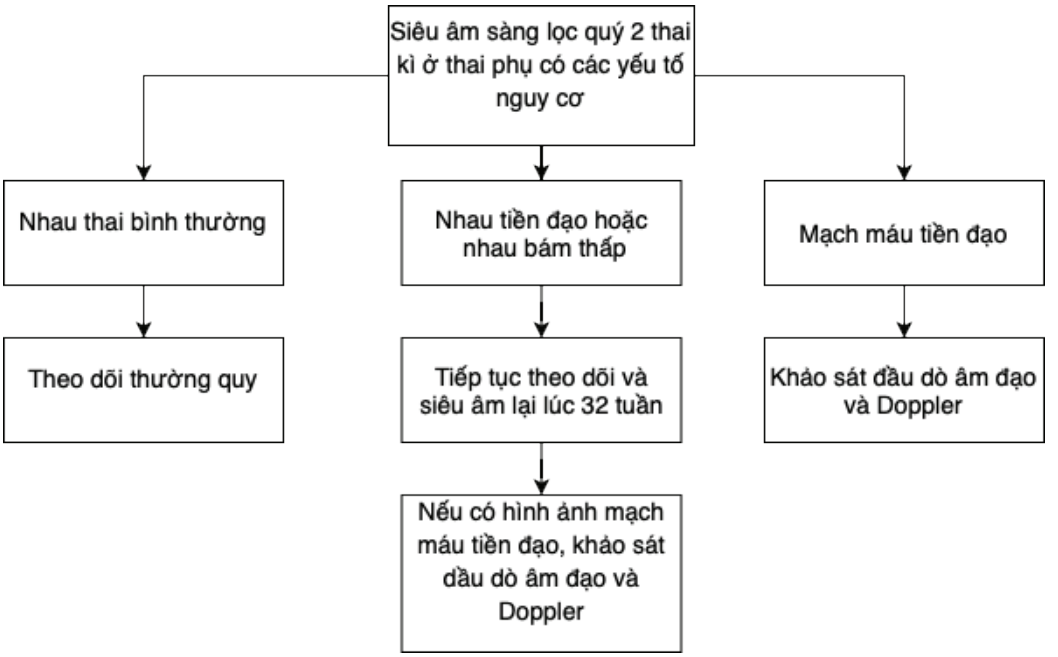
Hình 3.
a. Mạch máu tiền đạo ở trường hợp dây rốn bám màng
b. Mạch máu tiền đạo ở trường hợp bánh nhau đôi

Năm 2020, T.suekane đã mô tả type 3 mạch máu tiền đạo ở những sản phụ có vòng mạch máu bánh nhau bất thường (ở trường hợp nhau bám thấp hoặc nhau tiền đạo bán trung tâm) [3], [7]. Case bệnh được trình bày ở trên được xếp vào nhóm này (vị trí bám của cuống rốn bình thường, không có bánh nhau phụ hoay bánh nhau hai thùy), sau mổ ghi nhận vòng cung mạch máu rìa bánh nhau.

Một số yếu tố nguy cơ của mạch máu tiền đạo như: đa thai; thai kỳ có hỗ trợ thụ tinh trong ống nghiệm (IVF); dây rốn bám màng; các trường hợp bất thường bánh nhau (bánh nhau bám thấp, nhau tiền đạo, .. [8], [9]. Trong đó theo một nghiên cứu có tới hơn 2/3 số trường hợp mạch máu tiền đạo được chẩn đoán nhau bám thấp hoặc nhau tiền đạo vào quý 2 thai kì [10].

Chẩn đoán mạch máu tiền đạo qua siêu âm đã được nhắc đế từ những năm 1987 [8]. Theo SMFM (2015), việc khảo sát thường quy qua siêu âm để sàng lọc mạch máu tiền đạo ở những thai kì nguy cơ cho phép phát hiện được gần 93% số ca bệnh với độ đặc hiệu lên đến 99% [4]. Siêu âm qua ngả âm đạo được xem là phương pháp hiệu quả để đánh giá trước sinh, thường được thực hiện sớm từ tuần 18-26 thai kì (hiệu quả sẽ thấp hơn nếu chỉ thực hiện vào quý 3 thai kì) [11], [12]. Nếu được chẩn đoán sớm vào quý 2 thai kì, nghiên cứu ghi nhận gần 20 % số ca mắc được xử trí trước khi có chuyển dạ [1].

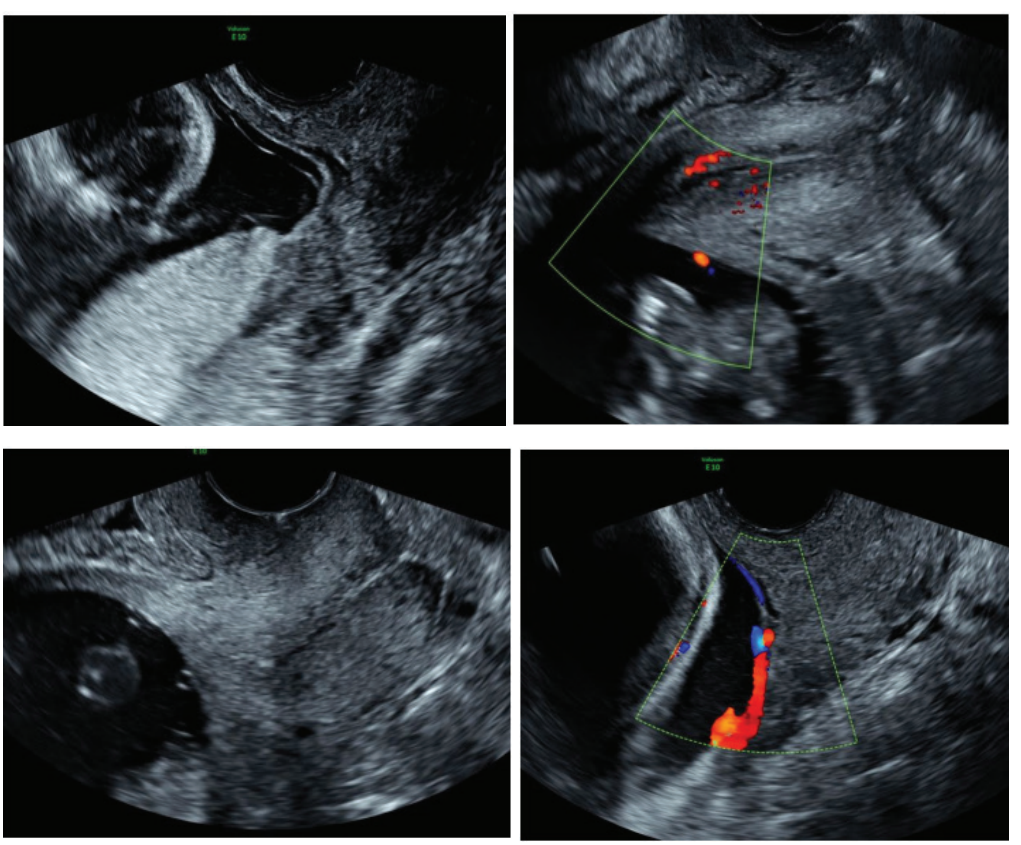
Dường như không có phương pháp đặc hiệu để phát hiện mạch máu tiền đạo trên lâm sàng, do mạch máu tiền đạo không xuất hiện triệu chứng trước thời điểm chuyển dạ hay vỡ ối [3]. Trong một số trường hợp thăm khám có thể ghi nhận cảm giác "mạch đập" ở phần màng ối trình diện ở lỗ trong cổ tử cung, và điều này cũng cảnh báo nguy cơ vỡ mạch máu tiền đạo (do đã bước vào giai đoạn chuyển dạ) [5]. Vì vậy chẩn đoán trên lâm sàng không có nhiều ý nghĩa. SMFM cũng đưa ra lưu đồ tầm soát mạch máu tiền đạo như sau [1]



Lưu đồ 1. B

Các dấu hiệu cần chú ý trên siêu âm hai chiều để phát hiện mạch máu tiền đạo bao gồm hình ảnh "đường kẻ" hoặc hình ảnh "bong bóng"ở phần thấp tử cung và cổ tử cung (Hình 4) [13], [14].

Siêu âm Doppler xác nhận chính xác cấu trúc mach máu cũng như phổ dòng chảy phù hợp với huyết động của thai nhi hay không (qua đầu dò đường bụng hay âm đạo) [13], [15].



Hình 4. Các dấu hiệu mạch máu tiền đạo trên siêu âm 2 chiều

Trong trường hợp phát hiện mạch máu tiền đạo cần xác định vị trí xuất phát của mạch máu (từ đoạn bánh nhau tiền đạo hoặc bám thấp; từ các bánh nhau phụ hoặc bánh nhau đôi; từ phần dây rốn bám màng…) [13].

Về xử trí, đa phần các khuyến cáo đề nghị tiêm trưởng thành phổi, theo dõi tim thai trên monitoring, điều trị nội trú và mổ lấy thai chủ động (14). Thời điểm sử dụng trưởng thành phổi từ tuần 28-32 thai kì để đề phòng trường hợp chấm dứt thai kì cấp cứu. Trường hợp case bệnh chúng tôi đã được điều trị nội khoa tích cực theo phác đồ bao gồm trưởng thành phổi và giảm go và có kế hoạch mổ lấy thai chủ động ở tuần thai thai sau 35 tuần. Tuy nhiên, case bệnh xuất hiện triệu chứng go tử cung, và chảy máu âm đạo ở tuần thứ 32 nên được xử trí mổ cấp cứu. Nguyên nhân chảy máu trong trường hợp này có thể liên quan đến mạch máu tiền đạo và cả nhau tiền đạo. Theo một nghiên cứu, có 97% thai nhi khỏe mạnh ở những sản phụ có mạch máu tiền đạo được chẩn đoán sớm và chấm dứt thai kì sau tuần thai 35. Đây cũng là thời điểm chấm dứt thai kì hợp lý mà ACOG đối với bệnh nhân mạch máu tiền đạo (34/07 tuần đến 36/7 tuần) [16]. Những trường hợp cần xem xét kết thúc thai kì cấp cứu như : nhịp giảm lặp lại, CTG bệnh lý hoặc chảy máu âm đạo hay xuất hiện cơn go tử cung… với mục tiêu đưa thai ra trước khi vỡ ối hay chuyển dạ, giảm thiểu nguy cơ mất máu thai nhi.

4. KẾT LUẬN

Mạch máu tiền đạo tuy là bệnh lý hiếm gặp nhưng gây ra nhiều hậu quả nặng nề cho cả sản phụ và thai nhi. Việc tầm soát mạch máu tiền đạo qua siêu âm cần được thực hiện sớm từ quý 2 thai kì đối với những sản phụ có nguy cơ (đa thai, IVF, nhau bám thấp hay nhau tiền đạo…) nhằm giảm thiểu những tai biến có thể xảy ra trong quá trình chuyển dạ hoặc khi ối vỡ. Kế hoạch chấm dứt thai kì chủ động từ tuần thai thứ 34-37 được xem xét, cần hỗ trợ và chuẩn bị kĩ càng về mặt huyết học truyền máu và nhi sơ sinh. Quản lý sản phụ có mạch máu tiền đạo trong thai kì thông qua kiểm tra siêu âm và theo dõi sức khỏe thai nhi bằng monitoring để có chiến lược điều trị cũng như xử trí kịp thời, đảm bảo thai kì an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee, Sinkey RG, Odibo AO, Dashe JS. #37: Diagnosis and management of vasa previa. Am J Obstet Gynecol. 2015 Nov;213(5):615-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.031. Epub 2015 Aug 18. PMID: 26292048.

2. Suekane T, Tachibana D, Pooh RK, Misugi T, Koyama M. Type-3 vasa previa: normal umbilical cord insertion cannot exclude vasa previa in cases with abnormal placental location. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 Apr;55(4):556-557. doi: 10.1002/uog.20347. PMID: 31115101.

3. Reichenbach J, Minzola D. Vasa Previa: A Case Report. AANA J. 2020 Dec;88(6):436-438. PMID: 33218377.

4. Atkinson, A., & Oyelese, Y. (2013). VASA PREVIA: THE CASE FOR ROUTINE SCREENING. *Fetal and Maternal Medicine Review, 24*(4), 277-288. doi:10.1017/S0965539514000023

5. Bohîlțea RE, Cîrstoiu MM, Ciuvica AI, et al. Velamentous insertion of umbilical cord with vasa praevia: case series and literature review. *J Med Life*. 2016;9(2):126-129.

6. Reproduced with permission from: Lockwood CJ, Russo-Stieglitz K. Velamentous umbilical cord insertion and vasa previa. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on August , 2021.)

7. Liu N, Hu Q, Liao H, Wang X, Yu H. Vasa previa: Perinatal outcomes in singleton and multiple pregnancies. Biosci Trends. 2021 May 11;15(2):118-125. doi: 10.5582/bst.2021.01052. Epub 2021 Mar 21. PMID: 33746156.

8. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol. 2006 Apr;107(4):927-41. doi: 10.1097/01.AOG.0000207559.15715.98. PMID: 16582134.

9. Ruiter L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol B, Pajkrt E. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. BJOG. 2016 Jul;123(8):1278-87. doi: 10.1111/1471-0528.13829. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26694639.

10. Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, Lashley S, Schachter M, Tovbin Y, Goldstein V, Smulian JC. Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. Obstet Gynecol. 2004 May;103(5 Pt 1):937-42. doi: 10.1097/01.AOG.0000123245.48645.98. PMID: 15121568.

11. Klahr R, Fox NS, Zafman K, Hill MB, Connolly CT, Rebarber A. Frequency of spontaneous resolution of vasa previa with advancing gestational age. Am J Obstet Gynecol. 2019 Dec;221(6):646.e1-646.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2019.06.040. Epub 2019 Jun 21. PMID: 31233708.

12. Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. J Ultrasound Med. 2014 Jan;33(1):141-7. doi: 10.7863/ultra.33.1.141. PMID: 24371109.

13. Ranzini AC, Oyelese Y. How to screen for vasa previa. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021 May;57(5):720-725. doi: 10.1002/uog.23520. PMID: 33085148.

14. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Burton GJ, Collins SL, Silver R; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Vasa Praevia: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27b. BJOG. 2019 Jan;126(1):e49-e61. doi: 10.1111/1471-0528.15307. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30260094.

15. Bręborowicz GH, Markwitz W, Szpera-Goździewicz A, Dera-Szymanowska A, Ropacka-Lesiak M, Szymański P, Kubiaczyk-Paluch B. Prenatal diagnosis of vasa previa. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015;28(15):1806-8. doi: 10.3109/14767058.2014.969230. Epub 2014 Nov 7. PMID: 25338011.

16. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. Obstet Gynecol. 2019 Feb;133(2):e151-e155. doi: 10.1097/AOG.0000000000003083. PMID: 30681545.