CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUÁT Y VĂN VỀ TRUYỀN MÁU THAI NHI TRONG TỬ CUNG

Nguyễn Ngọc Tú, Bruno Schaub, Nguyễn Quốc Tuấn
Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec

DOI: 10.46755/vjog.2018.1.725

Từ khóa: thiếu máu thai nhi, truyền máu thai nhi.
Keywords: fetal anemia, intrauterine transfusion.

Tóm tắt

Truyền máu thai nhi là một kỹ thuật mới áp dụng tại Việt Nam để điều trị cho những thai nhi bị thiếu máu. Bệnh viện Vinmec đã triển khai kỹ thuật này từ năm 2016, bước đầu có kết quả khả quan. Chúng tôi xin báo cáo một ca lâm sàng và tóm tắt những nội dung chính của y văn thế giới về truyền máu thai nhi

Từ khóa: *thiếu máu thai nhi, truyền máu thai nhi.*

Abstract

INTRAUTERINE TRANSFUSION: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Intrauterine transfusion, a new technique in Vietnam, is a premilinary treatment for the fetal anemia. Vinmec international hospital has performed this technique since 2016 and received remarkable result. We describe a case of fetal anemia and we also review literature of these cases.

Key words: *fetal anemia, intrauterine transfusion.*

1. Đặt vấn đề

Truyền máu thai nhi lần đầu tiên được thực hiện bởi giáo sư William Liley vào những năm 60 của thế kỷ trước [1]. Cho đến nay, đây là một trong những kỹ thuật can thiệp bào thai thành công nhất. Kỹ thuật này được áp dụng khi phát hiện thấy thai nhi bị thiếu máu qua siêu âm doppler động mạch não giữa với tốc độ đỉnh tâm thu lớn hơn 1,5 trung vị [2], đồng thời có biểu hiện lâm sàng phù thai trên siêu âm

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Ngọc Tú,
email: v.tunn1@vinmec.com
Ngày nhận bài (received): 02/04/2018
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 02/04/2018
Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 27/04/2018

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân L.T.T.P, 22 tuổi, Para 1001, đẻ thường 1 lần, con khỏe. Bệnh nhân không có tiền sử gì đặc biệt. Siêu âm quý 1: độ mờ da gáy bình thường, siêu âm lúc 22 tuần: không có gì đặc biệt. Đến khám tại bệnh viện Vinmec lúc 28 tuần 4 ngày vì siêu âm ở bệnh viện khác: phù thai (tràn dịch ổ bụng, phù tổ chức dưới da), tim to, bánh nhau dày. Trên siêu âm, chúng tôi thấy:

+ Cân nặng thai ước khoảng 1233 gr
+ Tràn dịch ổ bụng nhiều
+ Phù tổ chức dưới da
+ Tim to, chỉ số tim ngực 0.64
+ Bánh nhau dày 49 mm
+ Động mạch não giữa: Tốc độ đỉnh tâm thu 66-70 cm/s (1,7-1,8 trung vị)

Một số xét nghiệm của bệnh nhân:

+ Điện di huyết sắc tố HbA1 98,1%; HbA2 1.9%
+ Huyết sắc tố 129 g/l; Hồng cầu 4,6 T/l; Tiểu cầu 91 G/l
+ Không thấy đột biến trong 20 đột biến alpha globin phổ biến tại vùng Đông Nam Á
+ Nhóm máu B Rh dương
+ Chồng: điện di huyết sắc tố HbA1: 97,8%; HbA2: 2.2%

Bệnh nhân được chỉ định truyền máu thai nhi. Chúng tôi dùng kim 20G, xuyên qua thành bụng mẹ dưới hướng dẫn siêu âm, tiếp cận vào dây rốn thai nhi. Sau khi tính toán, 44ml nhóm máu O, Rh âm, hematocrit 80% được truyền vào thai nhi qua dây rốn. Bệnh nhân được chụp MRI thai nhi lúc 32 tuần để đánh giá não, kết quả bình thường. Siêu âm tim: thành cơ tim dày, co bóp tốt. Bệnh nhân được mổ đẻ lúc 37 tuần, mổ ra 1 trai 2400 gr Apgar 9/10.

Sau đẻ, quan sát thấy da em bé có nhiều điểm xuất huyết dạng chấm, gan lách to. Xét nghiệm: huyết sắc tố 62 g/l. Bệnh nhân đã được truyền 36 ml khối hồng cầu. Chụp CT có hẹp eo động mạch chủ nhẹ. IgG CMV và Toxoplasma dương tính, IgG của Rubella âm tính. Bệnh nhân được điều trị 09 ngày ở bệnh viện ổn định và xuất viện

3. Bàn luận

Thiếu máu thai nhi là tình trạng giảm số lượng hồng cầu trong máu thai, dẫn tới thiếu oxy tổ chức gây tổn thương mô, đồng thời tim co bóp nhiều, cuối cùng gây dãn cơ tim, phù thai và thai chết[3]. Nguyên nhân chính làbệnh lý đồng miễn dịch hồng cầu gây tan máu, trong đó chủ yếu là bất đồng nhóm máu Rh (0,04-0,07% số người ở Việt Nam có Rh âm). Thiếu máu ngoài ra còn do nhiễm trùng bào thai, hội chứng thiếu máu - đa hồng cầu trong song thai 1 nhau, thai nhi bị Thalassemia, do nguyên nhân di truyền như thiếu máu Fanconi hay Diamond Blackfan và bệnh rối loạn chuyển hóa đặc biệt bệnh lý lysosomal …[4]

Truyền máu thai nhi được thực hiện từ 18-35 tuần. Trước 18 tuần, kích thước tĩnh mạch nhỏ, khó tiếp cận [5]. Sau 35 tuần, kỹ thuật này có nhiều nguy cơ hơn là việc lấy thai ra rồi điều trị sau sinh. [6]

Trên lâm sàng, thiếu máu cần được nghĩ đến khi siêu âm thấy hình ảnh phù thai. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán thiếu máu thai nhi là lấy máu thai nhi qua tĩnh mạch rốn. Tuy nhiên, kỹ thuật này có nguy cơ (mặc dù tỷ lệ ít). Mari và cộng sự đã nghiên cứu việc sử dụng doppler động mạch não giữa để đánh giá tình trạng thiếu máu. Thiếu máu thai nhi được đặt ra nếu tốc độ đỉnh tâm thu của động mạch não giữa > 1,5 trung vị, với độ nhạy 95% và dương tính giả 12% [2].

Sau khi chẩn đoán thiếu máu thai nhi, chỉ định truyền máu có thể được đặt ra. Máu được truyền cho thai nhi được chuẩn bị theo nhiều yêu cầutrong đó nhóm máu truyền cần có là nhóm máu O, Rh âm [4].

Dùng kim 20G hoặc 22G, qua thành bụng dưới hướng dẫn của siêu âm, chọc vào dây rốn. Sau khi an thần cho thai bằng Atracurium và Fetanyl. Sau đó, lấy 1mlmáu thai ra làm xét nghiệm công thức máu. Số lượng máu truyền được tính toán theo công thức của Mandelbrot [7]. Mục tiêu sau khi truyền máu, hematocrit khoảng 40-50%, tuy nhiên nếu thai nhỏ hơn 24 tuần, lần truyền máu đầu tiên không quá 25% hoặc gấp 4 lần hematocrit trước truyền [8].

Trường hợp lâm sàng của chúng tôi, nguyên nhân nghĩ nhiều tới thiếu máu do parvovirus B19. Tuy nhiên, vì tại bệnh viện chúng tôi, thời điểm đó không có xét nghiệm này. Những tổn thương xuất huyết dạng chấm trên da khiến chúng tôi nghĩ nhiều đến nguyên nhân này. Parvovirus B19 chiếm khoảng 27% các truờng hợp phù thai không miễn dịch và hay xảy ra vào quý 2 và quý 3 thai kỳ [9].

Sau đẻ, huyết sắc tố của em bé 62g/l, chứng minh rằng tình trạng thiếu máu của vẫn còn. Theo Saade và cộng sự, truyền máu cho trẻ sơ sinh chiếm khoảng 50% do sau khi truyền máu thai nhi, quá trình tạo hồng cầu của thai nhi bị ức chế và trong nhiều trường hợp, kháng thể của mẹ vẫn còn tồn tại gây tiếp tục phá hủy hồng cầu thai nhi [10].

Chúng tôi theo dõi doppler sau truyền máu, nếu tốc độ đỉnh tâm thu động mạch não giữa > 1,69 MoM, chúng tôi sẽ truyền tiếp lần 2 [11]. Tuy nhiên, sau truyền máu, tốc độ này thấp hơn 1.5 MoM, đồng thời, dịch ổ bụng mất sau 11 ngày, dày tổ chức dưới da cũng biến mất. Mặc dù cơ tim vẫn phì đại nhưng chức năng co bóp vẫn tốt. Sau sinh, tình trạng hẹp eo động mạch chủ phù hợp với lâm sàng, do tình trạng thiếu oxy của thai, sức cản ngoại vi tăng, máu ưu tiên lên não. Sau 03 tháng, siêu âm tim em bé trở về bình thường.

Nhịp tim thai chậm (4%) và chảy máu dây rốn vùng chọc kim (5%) là 2 vấn đề hay gặp nhất của quá trình truyền máu (12-13), nhưng thường thoáng qua và không cần điều trị gì. Tỷ lệ thai chết trong quá trình truyền máu là 0,6%, nhiễm trùng 0,1%, vỡ ối 0,1%, mổ lấy thai cấp cứu 0,4% [14]. Tỷ lệ sống sót sau khi truyền máu khoảng 90%, nhưng cũng thay đổi phụ thuộc từng trung tâm [12]. Trường hợp bị phù thai tiên lượng xấu hơn không bị phù thai [15].

4. Kết luận

Truyền máu thai nhi là một trong những kỹ thuật can thiệp bào thai thành công. Trước những trường hợp phù thai, sau khi loại trừ những bất thường về hình thái thai nhi, việc đánh giá tình trạng thiếu máu của thai nhi là một trong những yếu tố quan trọng để có thể can thiệp kịp thời cho thai nhi.

Tài liệu tham khảo

1. Liley AW. Intrauterine transfusion of fetus in haemolytic disease. BMJ; 1963. 2: 1107–1109

2. Mari G, Deter RL, Carpenter RL, et al. Non-invasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization. N Engl J Med; 2000. 342: 9–14.

3. Nicolaides KH, Warenski JC, Rodeck CH. The relationship of fetal plasma protein concentration and hemoglobin level to the development of hydrops in rhesus isoimmunization. Am J Obstet Gynecol; 1985. 152: 341–344.

4. Uptodate.com.Intrauterine fetal transfusion of red cells.

5. Canlorbe G, Macé G, Cortey A, Cynober E, Castaigne V, Larsen M, et al. Management of very early fetal anemia resulting from red-cell alloimmunization before 20 weeks of gestation. Obstet Gynecol. 2011 Dec.

6. Klumper FJ et al. Benefits and risks of fetal red-cell transfusion after 32 weeks gestation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000; 92(1):91.

7. Mandelbrot L et al. Assessment of fetal blood volume for computer-assisted management of in utero transfusion. Fetal Ther. 1988; 3(1-2):60

8. Radunovic N, Lockwood CJ, Alvarez M, Plecas D, Chitkara U, Berkowitz RL. The severely anemic and hydropic isoimmune fetus: changes in fetal hematocrit associated with intrauterine death.Obstet Gynecol. 1992; 79(3):390

9. Von Kaisenberg CS, Jonat W. Fetal parvovirus B19 infection. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001; 18:280

10. Saade GR, Moise KJ, Belfort MA, Hesketh DE, Carpenter RJ. Fetal and neonatal hematologic parameters in red cell alloimmunization: predicting the need for late neonatal transfusions. Fetal Diagn Ther. 1993; 8(3):161

11. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Clinical Guideline #8: the fetus at risk for anemia--diagnosis and management.Am J Obstet Gynecol. 2015; 212(6):697

12. Schumacher B, Moise KJ Jr. Fetal transfusion for red blood cell alloimmunization in pregnancy.Obstet Gynecol. 1996;88(1):137

13. Pasman SA, Claes L, Lewi L, Van Schoubroeck D, Debeer A, Emonds M, Geuten E, De Catte L, Devlieger R. Intrauterine transfusion for fetal anemia due to red blood cell alloimmunization: 14 years experience in Leuven.Facts Views Vis Obgyn. 2015;7(2):129

14. Zwiers C, Lindenburg ITM, Klumper FJ, de Haas M, Oepkes D, Van Kamp IL. Complications of intrauterine intravascular blood transfusion: lessons learned after 1678 procedures. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;50(2):180

15. Lindenburg IT, van Kamp IL, van Zwet EW, Middeldorp JM, Oepkes D.Increased perinatal loss after intrauterine transfusion for alloimmune anaemia before 20 weeks of gestation.BJOG. 2013 Jun;120(7):847-52. Epub 2013 Apr 2