



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á **22**
THÁI BÌNH DƯƠNG



BS. CKII. TRỊNH NHỰT THƯ HƯƠNG

Trưởng khoa Chăm sóc trước sinh

Bệnh viện Từ Dũ



**CHUỖI THIẾU MÁU – ĐA HỒNG CẦU TRONG SONG THAI
KHÓ KHĂN TRONG CHẨN ĐOÁN & LỰA CHỌN CAN THIỆP**

BS. TRỊNH NHỰT THƯ HƯƠNG

NỘI DUNG

1. Chẩn đoán: tiêu chuẩn & khó khăn
2. Lựa chọn điều trị
3. Bệnh án minh họa



Phần 1

Chẩn đoán chuỗi thiếu máu – đa hồng cầu

Chẩn đoán TAPS – Khó khăn

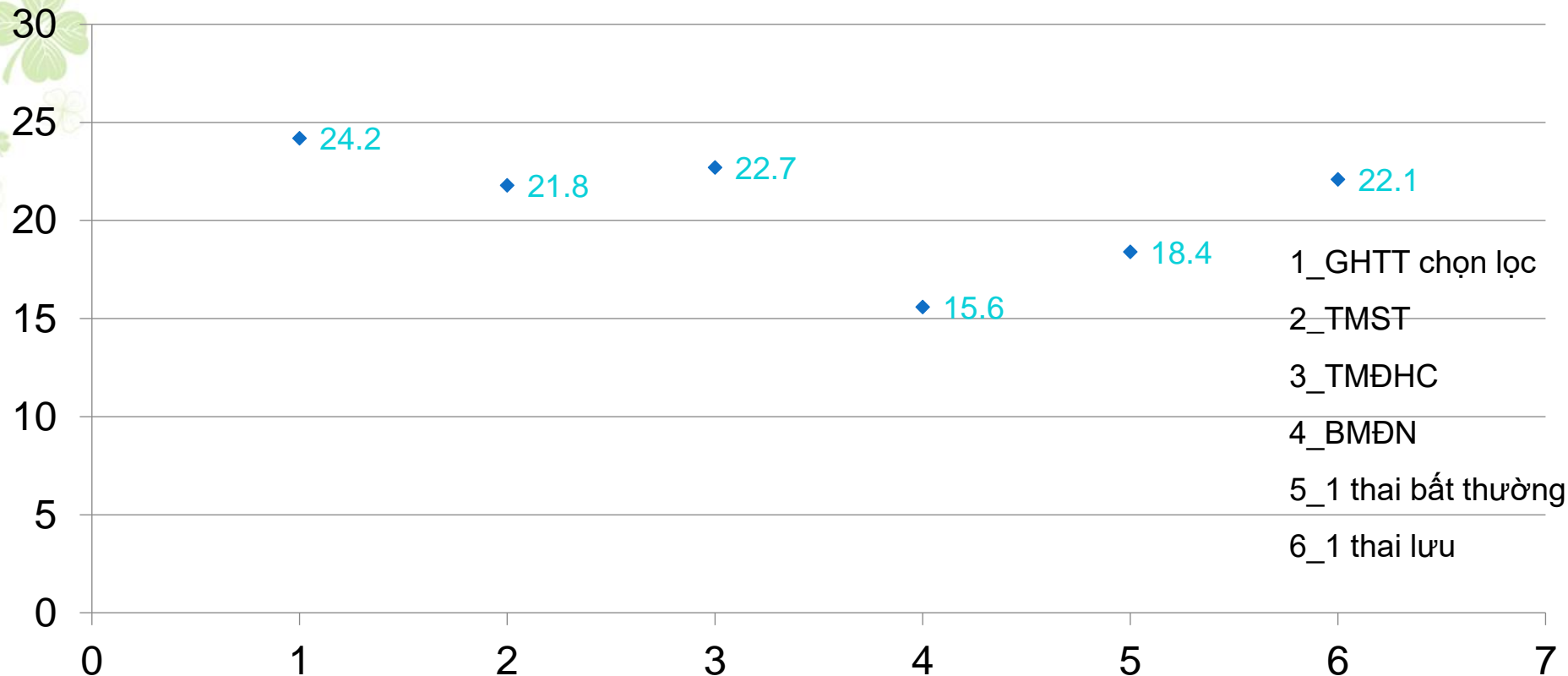
- **Cơ chế bệnh sinh:** sự truyền máu giữa hai thai mất cân bằng, chậm và mãn tính qua những thông nối mạch máu nhỏ trên bánh nhau
- TAPS tự nhiên vs TAPS sau laser
- Bệnh cảnh phối hợp:
 - TAPS và TTTS:
 - Vai trò của cơ chế hormone
 - 8-19% TTTS có dấu hiệu thiếu máu ở thai cho và đa HC ở thai nhận trước laser
 - Thông nối mạch máu

Chẩn đoán TAPS – Khó khăn

- TAPS và FGR
 - 50% thai cho có FGR (EFW <3rd), so với 11% ở đứa nhận
 - Thai cho nhỏ hơn – chiếm phần bánh nhau lớn hơn (không gặp trong SIUGR đơn độc hoặc TTTS)
- Một số bối cảnh hiếm gặp: TAPS trong MCMA và DCDA

Chẩn đoán TAPS – Khó khăn

➤ Thời điểm xuất hiện khá rộng, từ 15 – 35 tuần (khác với TTTS)



Tollenaar (2020)
249 TAPs tự nhiên

- Chung: 22.3 tuần
- Δ thời gian: 9.7 tuần

TMST:

- Bebbington (2010): 21 tuần
- Chalouhi (2010): 20-21 tuần

GHTT:

- Gratacos: 22.2 tuần

Chẩn đoán TAPS – Khó khăn

- TAPS sau laser, thường xuất hiện trong vòng 1 tháng sau laser, nhưng có thể 17 tuần sau mổ.
- TAPS registry: 164 TH TAPS sau laser điều trị TTTS có sự đổi vai cho – nhận

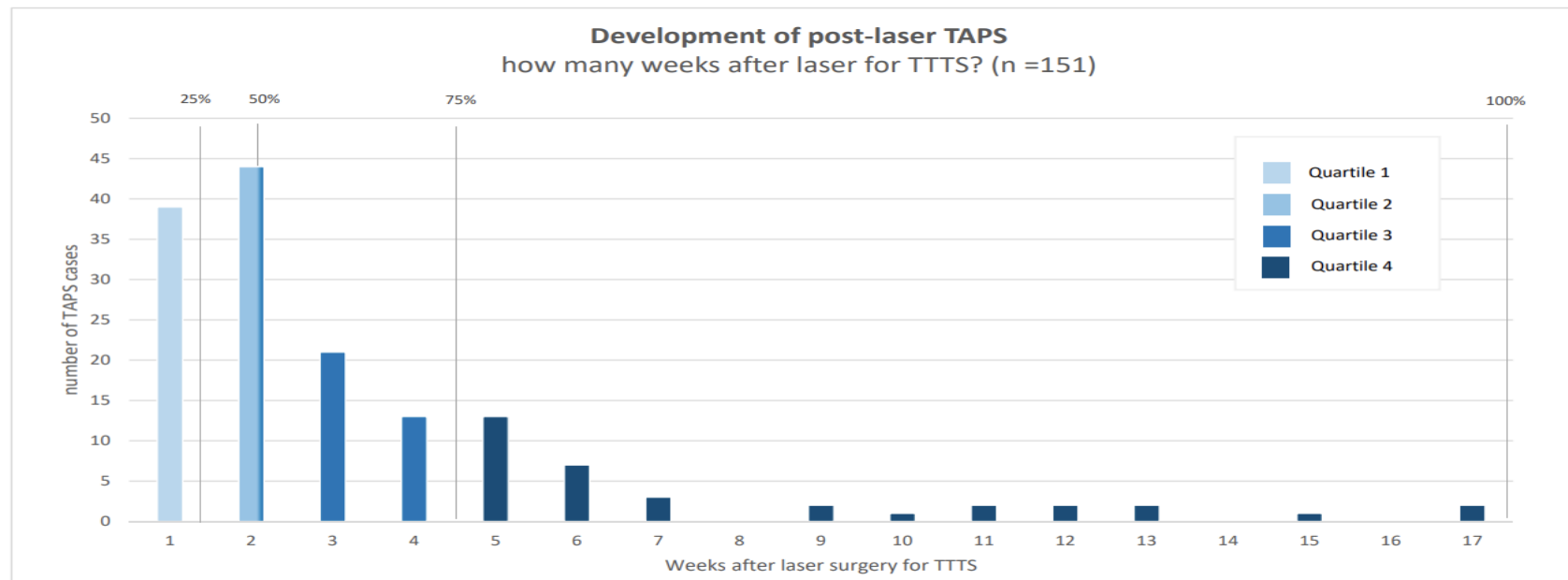


Figure 1. Weeks between fetoscopic laser surgery for twin-twin transfusion syndrome and diagnosis of post-laser twin anemia polycythemia sequence.

Chẩn đoán TAPS – Khó khăn

- *Tiêu chuẩn chẩn đoán vẫn còn tranh cãi*
- Bất tương xứng PSV-MCA (vận tốc đỉnh tâm thu của ĐMNG): >1.5 MoM ở thai cho và < 0.8 MoM ở thai nhận
- Chẩn đoán sau sinh: chênh lệch Hb > 0.8 g/dl và một trong số các dấu hiệu sau: tỉ lệ hồng cầu lưới > 1.7 ; bánh nhau với các mạch máu thông nối nhỏ (đường kính < 1 mm)

¹Tollenaar et al. Improved prediction of twin anemia-polycythemia by delta middle cerebral artery peak systolic velocity: a new antenatal classification system, UOG, 2019

	Tollenaar (cũ) (>1.5 MoM - < 1 MoM)	Tollenaar (mới) (> 0.5 MoM, > 8 g/dl Hb diff.)	Tavares de Sousa (> 0.373 MoM, > 7.25 g/dl Hb diff.)
Sensibility(%)	46	83	93
Specificity(%)	100	100	96
PPV(%)	100	100	70
NPV(%)	70	88	99

Tiêu chuẩn – Phân độ

- PSV_MCA ≥ 1.5 MoM và ≤ 0.8 MoM hoặc Delta PSV_MCA > 1 MoM
- Bảng phân giai đoạn TAPS

Giai đoạn	Doppler
1	Delta MCA_PSV > 0.5 MoM, Ko kèm theo dấu hiệu tổn thương nào khác
2	Delta MCA_PSV > 0.7 MoM Ko kèm theo dấu hiệu tổn thương nào khác
3	GD 1 hoặc 2, với ảnh hưởng xấu lên tim của thai cho, bất thường dòng chảy nghiêm trọng
4	Thai cho phù
5	Thai lưu ở 1/ 2 thai do TAPs

Chẩn đoán TAPS

➤ Một số dấu hiệu siêu âm hỗ trợ

- Bánh nhau khác mật độ với phần nhau dày, tăng âm của thai cho và giảm âm, dẹt của thai nhận (44%)
- Tim to ở thai cho (70%)
- Dấu “starry – sky” ở thai nhận (66%)
- Không rõ mối liên quan giữa các dấu hiệu này với tiên lượng xấu

Phần 2

Lựa chọn điều trị

TỔNG QUAN Y VẤN

Phân chia bánh nhau bằng laser
(Placental laser dichorionization)

- TMST độ I- IV
- GHTT chọn lọc loại II – III
- Thiếu máu đa hồng cầu

Kẹp tắc rốn bằng đốt lưỡng cực
(Bipolar cord occlusion)

- TMST độ IV
- GHTT chọn lọc loại II – III
- Thiếu máu đa hồng cầu

Truyền máu bào thai
(Intra Uterine Transfusion)

- Thiếu máu đa hồng cầu đơn độc/ hoặc phối hợp/
biến chứng sau laser

Sanh non

Theo dõi (điều trị bảo tồn)

➤ Điều trị bảo tồn:

- Tránh được rủi ro do can thiệp
- Có thể có thoái lui tự nhiên
- TAPS registry: 16% thoái lui tự nhiên (n=370/ 17 trung tâm can thiệp bào thai)

➤ Sinh non

- Dành cho những TH TAPS giai đoạn nhẹ và ở thể xuất hiện muộn, khi có thể can thiệp sơ sinh để điều trị tổ thốn

➤ *Truyền máu trong tử cung*

- Can thiệp tạm thời
- Tác dụng phụ: tăng độ nhớt máu – đa HC ở thai nhận, gây hoại tử ca hoặc thiếu máu đầu chi
- Có thể can thiệp lặp lại # 2 tuần (khác biệt rộng từ 1 – 3 tuần tùy diễn tiến)

➤ *Hủy thai chọn lọc*

- Phù hợp cho những trường hợp nặng, khởi phát sớm
- 87% là thai cho
- Không bảo đảm tỉ lệ sống không biến chứng cho thai còn lại
- Bệnh suất sơ sinh nặng 7 – 25%

➤ Laser

- Điều trị gốc duy nhất
- Kỹ thuật khó hơn (thiếu đa ối – thiếu ối, kích thước nhỏ của các thông nối)
- Tỷ lệ tái phát sau điều trị: 15% (TTTS là 1%)
- Ới vỡ non sau điều trị laser cho TAPS: 37%

Điều trị tối ưu

- Vẫn chưa có đồng thuận, khác biệt đáng kể ở các trung tâm y học bào thai
 - Tử vong chu sinh không khác biệt ở các nhóm điều trị
 - Bệnh suất chu sinh cao hơn đáng kể ở nhóm truyền máu và sanh non
 - Thai kỳ kéo dài lâu nhất ở nhóm chỉ theo dõi, điều trị với laser hoặc huỷ thai chọn lọc.

Chọn lựa điều trị

Treatment and outcome in 370 cases with spontaneous or post-laser twin anemia polycythemia sequence managed in 17 different fetal therapy centers

AUTHORS:

L.S.A. Tollenaar¹, F. Slaghekke¹, L. Lewi³, Y. Ville⁴, M. Lanna⁵, A. Weingertner⁶, G. Ryan⁷, S. Arévalo⁸, A. Khalil⁹, C.O. Brock¹⁰, P. Klaritsch¹¹, K. Hecher¹², G. Gardener¹³, E. Bevilacqua¹⁴, K.V. Kostyukov¹⁵, M.O. Bahtiyar¹⁶, M. D. Kilby¹⁷, E. Tiblad¹⁸, D. Oepkes¹, E. Lopriore² and collaborators

- 2014 – 2019: 370 ca TAPs tại 17 trung tâm can thiệp bào thai trên thế giới
- Chọn lựa điều trị:
 - Theo dõi (31%), laser (30%), IUT (19%), sanh (12%), huỷ thai chọn lọc (8%), chấm dứt thai kỳ (1%: 4/370)

Table 2b Outcome of expectant management, laser surgery, IUT (± PET), delivery and selective feticide for spontaneous TAPS twins

SPONTANEOUS TAPS	Expectant management (n = 51 pregnancies; 102 fetuses)	Laser surgery (n = 86 pregnancies; 172 fetuses)	IUT (± PET) (n = 26 pregnancies; 52 fetuses)	Delivery (n = 34 pregnancies; 68 fetuses)	Selective feticide (n= 19 pregnancies; 19 co-twins)	p-value
GA at birth (weeks)	33.6 (31.3-35.4)	31.9 (29.1-34.4)	31.3 (30.1-33.1)	32.2 (31.1-34.3)	30.6 (27.2-35.5)*	0.024
Diagnosis-to-birth interval (weeks)	7.7 (2.5-15.4)	10.3 (6.7-14.0)	2.4 (1.3-5.3)	0.3 (0.0-0.8)*	11.1 (3.6-16.3)	<0.001
Perinatal mortality	12/101 (12)†	26/168 (15)¶	2/52 (4)*	5/68 (7)	2/19 (11)	0.118
Fetal demise ^ψ	5/102 (5)	20/168 (12)¶	2/52 (4)	0/68 (0)	2/19 (11)*	0.104
Neonatal mortality ^ψ	7/96 (7)†	6/148 (4)¶	0/50 (0)*	5/68 (7)	0/17 (0)	0.165
Survivors						
None ^ψ	1/50 (2) †	5/84 (6) ¶	0/26 (0)	0/34 (0)	2/19 (11)	0.178
One	8/50 (16) †	16/84 (19) ¶	2/26 (8)	5/34 (15)	17/19 (89)*	<0.001
Two ^ψ	41/50 (82) †	63/84 (75) ¶	24/26 (92)	29/34 (85)	0/19 (0)*	<0.001
At least one	49/50 (98) †	79/84 (94) ¶	26/26 (100)	34/34 (100)	17/19 (89)	0.174
Severe neonatal morbidity	26/93 (28)‡	45/145 (31)¥	22/50 (44)	32/67 (48)*‡	4/17(24)	0.046
Severe cerebral injury ^ψ	2/93 (2)‡	3/145 (2) ¥	4/50 (8)*	5/67 (7) ‡	0/17 (0)	0.099
Postnatal TAPS	31/46 (67)	4/51 (8)	17/24 (71)	28/34 (82)	-	<0.001
BT/PET at birth for TAPS ^ψ	36/89 (40)§	9/135(7)*£	27/50 (54)	40/67 (60)‡	0/13 (0) ◊	<0.001

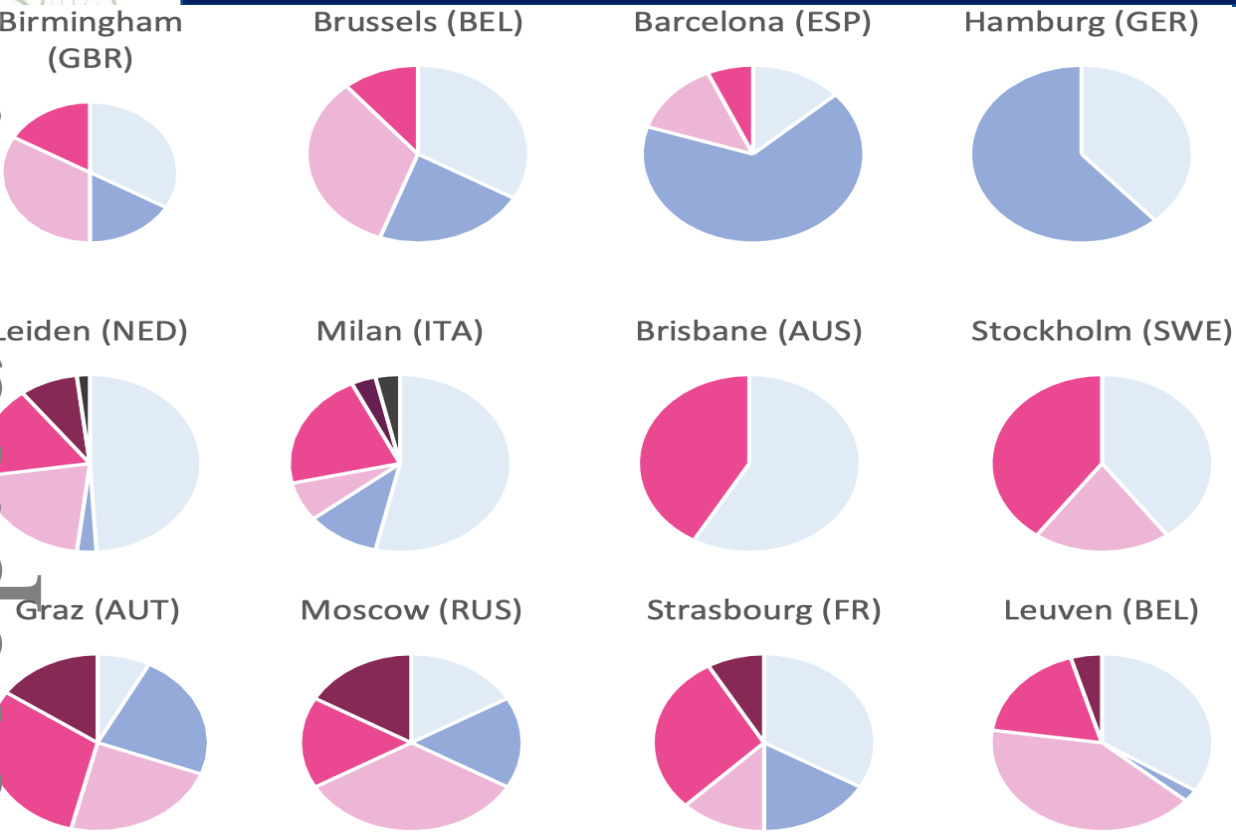
Table 2c Outcome of expectant management, laser surgery, IUT (± PET), delivery and selective feticide for post-laser TAPS twins

POST-LASER TAPS	Expectant management (n = 62 pregnancies; 124 fetuses)	Laser surgery (n = 24 pregnancies; 48 fetuses)	IUT (± PET) (n = 44 pregnancies; 88 fetuses)	Delivery (n = 9 pregnancies; 18 fetuses)	Selective feticide (n= 11 pregnancies; 22 fetuses)	p-value
GA at birth (wks)	32.6 (29.4-34.6)	31.7 (29.1-33.7) §	29.9 (29.0-33.0)*	29.0 (27.7-31.8)	32.6 (31.13-34.0)	0.027
Diagnosis-to-birth interval (wks)	8.0 (4.7-14.3)	8.1 (5.9-11.4)	4.8 (2.5-8.9)	0.3 (0.2-0.4)*	10.4 (9.2-14.4)	<0.001
Perinatal mortality ^ψ	27/124 (22)	12/47 (26) §	23/88 (26)	4/18 (22)	0/11 (0)*	0.217
Fetal demise ^ψ	19/124 (15)	8/47 (17) §	16/88 (18)	0/18 (0)*	0/11 (0)*	0.268
Neonatal mortality ^ψ	8/105 (8)	4/39 (10)	7/72 (10)	4/18 (22)*	0/11 (0)	0.040
Survivors						
None ^ψ	4/62 (6)	3/23 (13)	3/44 (7)	1/9 (11)	0/11 (0)	0.111
One	19/62 (31)	4/23 (17)	16/44 (36)	2/9 (22)	11/11 (100)*	<0.001
Two ^ψ	39/62 (63)	16/23 (70)	25/44 (57)	6/9 (67)	0/11 (0)*	<0.001
At least one	58/62 (94)	20/23 (87)	41/44 (93)	8/9 (89)	11/11 (100)	0.111
Severe neonatal morbidity	34/100 (34)†	12/37 (32)¶	34/72 (47)	9/17 (53)* ‡	3/11 (27)	0.158
Severe cerebral injury ^ψ	8/100 (8)	3/37 (8)¶	9/72 (13)	3/17 (18)* ‡	0/11 (0)	0.141
Postnatal TAPS	35/43 (81)	2/14 (14)*	19/27 (70)	8/9 (89)	-	<0.001

Chọn lựa điều trị

	Theo dõi	Laser	IUT	Sanh	Hủy thai chọn lọc
Tử vong chu sinh	17% 37/225	18% 38/225	18% 25/140	10% 9/86	7% 2/30 thai còn lại mất
Bệnh suất sơ sinh nặng	31% 60/193	31% 57/182	46% 56/122	49% 41/84	25% 7/28
Thời gian Δ -sanh	7.8 tuần	9.7 tuần	4 tuần	0.3 tuần	10.5 tuần

Chọn lựa điều trị



- Chọn lựa điều trị tùy theo trung tâm can thiệp bào thai
- Tỷ lệ chọn lựa khác biệt đáng kể
- Một số nơi không thực hiện truyền máu: Đức, Úc
- Mỹ: số lượng IUT cao nhất

ANTENATAL MANAGEMENT

- Expectant management
- Delivery
- IUT (± PET)
- Laser surgery
- Selective feticide
- Termination of pregnancy

This article is protected by copyright. All rights reserved.

Điều trị tại BV Từ Dũ

- n = 4 (1 đơn độc, 2 kèm theo GHTT chọn lọc, 1 kèm với truyền máu song thai)/
146 ca song thai một nhau có biến chứng 2020
- Thời điểm phát hiện: 22.7 – 32.8 (19.5) – 19 (16.7) – 27.7
- Can thiệp: 2 TH chỉ theo dõi, 2 TH kẹp tắc rốn huỷ chọn lọc thai thiếu máu_thai nhỏ
- Thời điểm CDTK: 35.5; 36; 35 và 33.5 tuần
- Cân nặng: (2300/2200g, 2200/1800g, 1700g, 1500g)

BỆNH ÁN 1

- Sản phụ T.L.H.C, 31 tuổi, para 1011 (1 sanh thường, 3300 g), thai tự nhiên
- Quý I: 1 túi thai với 2 phôi thai / 7 tuần + 12 tuần: MCDA
- Sàng lọc quý I: combined test nguy cơ thấp, không ghi nhận chênh lệch CRL và NT
- Quý II: ghi nhận 2 khối nhau mặt trước và mặt sau
- Đến Tiền sản ở thời điểm 29 tuần:
 - ULCN 2 thai: 814 g/ 1160 g (chênh 30%)
 - MVP: 3/ 5.6 cm
 - Doppler: UmA 2 thai bình thường, MCA_PSV: 67.7 > < 22 cm/s (1.7 > < 0.5 MoM)
 - Bánh nhau trải dài từ mặt trước ra mặt sau, 1 DR bám lệch tâm, 1 trung tâm, màng ngăn giữa 2 thai rất mỏng
 - Thai nhỏ hơn: Tim to (0.62)/ bánh nhau dày (51mm). Thai lớn: ruột dẫn/ bánh nhau mỏng (37mm), gan có dấu hiệu starry sky



BỆNH ÁN 1

➤ Δ : 29 tuần, MCDA – TAPs + sIUGR

Hỗ trợ phổi, MRI tìm tổn thương não do thiếu máu

➤ MRI: chưa ghi nhận tổn thương não 2 bên, ghi nhận 2 khối nhau riêng biệt. Dây rốn thai nhỏ – thiếu máu bám mép bánh nhau, nằm trước, dày. DR thai lớn hơn – đa hồng cầu, dây rốn bám trung tâm, mặt sau, mỏng

➤ Δ : 29 tuần DCDA – TAPs

Quyết định truyền máu

BỆNH ÁN 1



BỆNH ÁN 1

- Truyền tổng cộng 50 ml HC lỏng O Rh(-)

<i>Trước truyền</i>	<i>Giữa truyền</i>	<i>Sau truyền</i>
Hb 3.2 g/dL, Hct 10%	Hb 7.3 g/dL, Hct 21.9%	Hb 9 g/dL, Hct 27%

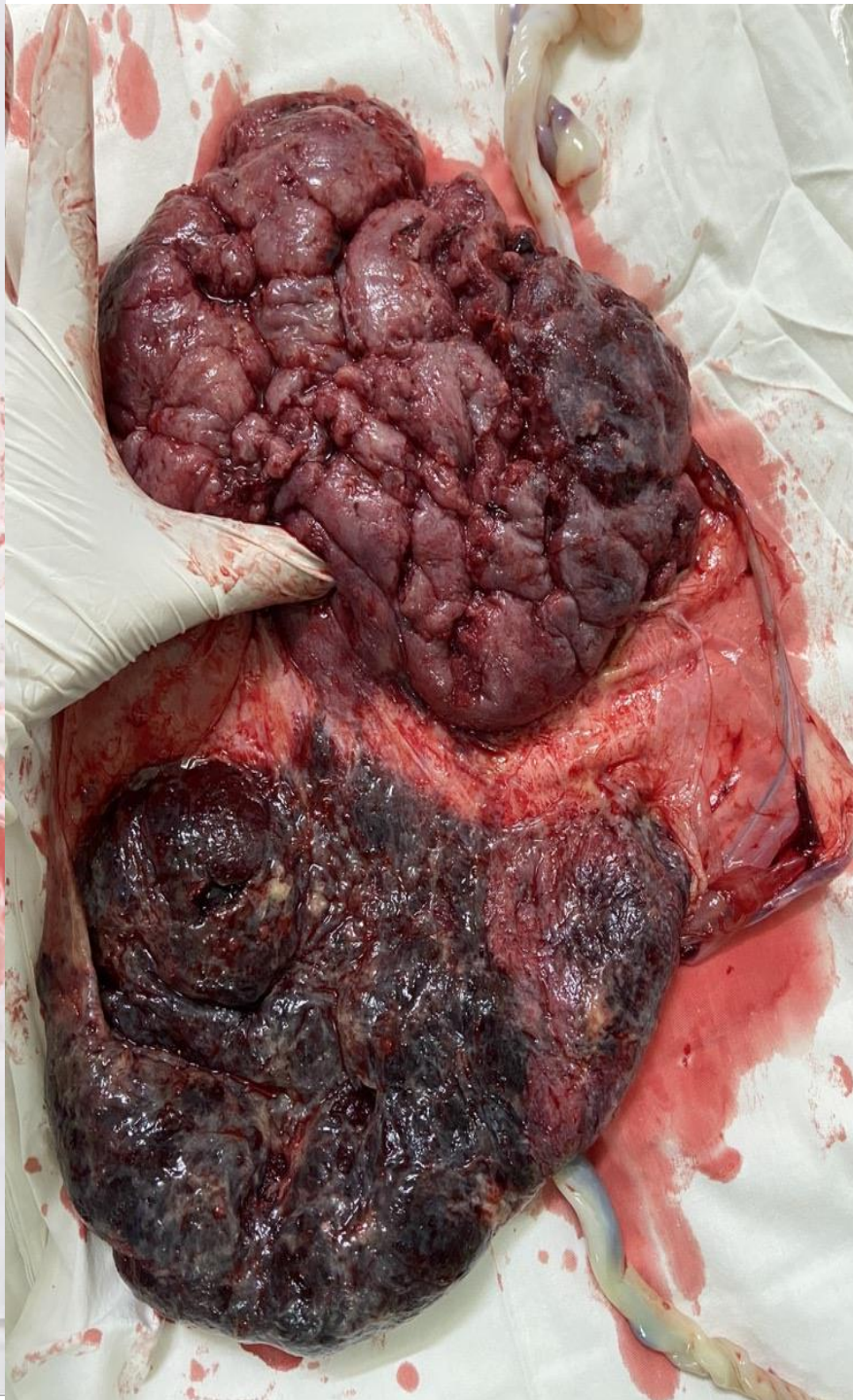
- 31 tuần:

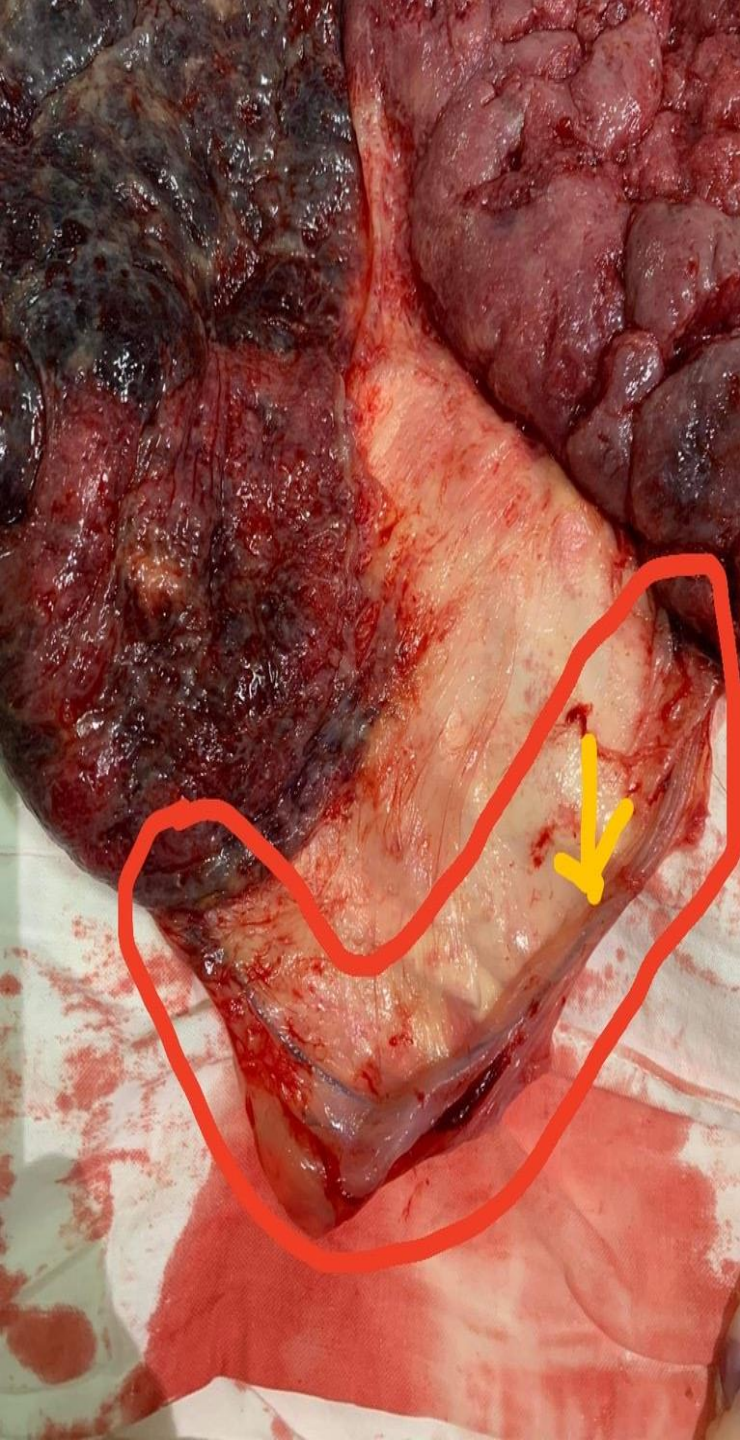
- 1280g / 1500 g, PSV: 1.4 $><$ 0.5 MoM. Thai nhỏ: chỉ số tim ngực: 0.34. Thai to: gan: starry sky, quai ruột dẫn phản âm dày. MVP: 5 / 5.5 cm, Doppler UmA: bình thường

- 32 tuần:

- 1200g / 1560 g, PSV: 1.95 $><$ 0.58 MoM.

C/s: 1300g Apgar 4/5 / 1600g Apgar 6/7







SỞ Y TẾ TP.HCM
Bệnh viện Từ Dũ
Khoa xét nghiệm



Hồ sơ: 1800431409
Số NV: 221121-211122H523
Đơn vị: Tiền sản 227

I
Bé nhỏ

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

BM05-QTQL-KhXN-06(1.0-19)

Họ tên: **TRẦN LÊ HOÀI CHÂU** Năm sinh: 1990 Giới: Nữ Para: 1011
Địa chỉ: 92/7 TRẦN MAI NINH, P. 12, Q. TÂN BÌNH, TP.HỒ CHI MINH Điện thoại: 0908715502 Phòng: Giường:
Lab ID: Loại mẫu: Mẫu máu Chất lượng mẫu: Đạt
Chẩn đoán: CON LÀN 2 (Z35.4.0), SONG THAI 31 TUẦN 04 NGÀY/ TD TAPS (ĐẢ TRUYỀN MÁU BẢO THAI)
BS chỉ định: Nguyễn Thị Hoa T/G nhận mẫu: 22/11/21 17:15
T/G lấy mẫu: 22/11/21 16:20 T/G in kết quả: 22/11/21 17:36

Tên Xét nghiệm	Kết quả	Ghi chú	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	QTXN
Huyết học					
TPTTBMNV					
WBC	4.4		(3.6 - 11.2)	10 ³ /uL	HH-03/XN3000*
Neu	<u>39.3</u>		(43.3 - 76.6)	%	
Lym	42.2		(16 - 43.5)	%	
Mono	12.1		(4.5 - 12.5)	%	
Eos	5.4		(0.6 - 9)	%	
Baso	1		(0.2 - 1.4)	%	
RBC	<u>1.14</u>		(3.73 - 5.5)	10 ⁶ /uL	
Hb	<u>4.2</u> **		(11.4 - 15.9)	g/dl	
Hct	<u>13.7</u>		(33.3 - 45.7)	%	
MCV	<u>119.9</u>		(73.7 - 95.5)	fl	
MCH	<u>36.4</u>		(24.3 - 33.2)	pg	
MCHC	<u>30.3</u>		(32.5 - 35.8)	g/dl	
RDW	<u>31.2</u>		(12.3 - 17)	%	
PLT	168		(159 - 386)	10 ⁹ / l	HH-09/XN3000*
MPV	8.4		(7.5 - 11.2)	fL	
IG%	<u>4.2</u>		(0.16 - 0.61)	%	
NRBC#	<u>4.97</u>		(0.0001 - 0.0140)		
NRBC	84			/100WB	
PLT Clumps ?	+/-			C	
Anemia	+				
Atypical Lympho?	+/-				
Blast/ Abn Lympho ?	+				
Dimorphic Population	+				

- (*) Chỉ tiêu được công nhận ISO 15189:2012
- Kết quả chỉ có giá trị trên mẫu bệnh phẩm
- Kết quả in đậm gạch dưới ngoài khoảng tham chiếu, yêu cầu gặp bác sĩ chỉ định
- (**) Chỉ số báo động



SỞ Y TẾ TP.HCM
Bệnh viện Từ Dũ
Khoa xét nghiệm



Hồ sơ: 1800431409
Số NV: 221121-211122H519
Đơn vị: Tiền sản 227

II
Bé lớn

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

BM05-QTQL-KhXN-06(1.0-19)

Họ tên: **TRẦN LÊ HOÀI CHÂU** Năm sinh: 1990 Giới: Nữ Para: 1011
Địa chỉ: 92/7 TRẦN MAI NINH, P. 12, Q. TÂN BÌNH, TP.HỒ CHI MINH Điện thoại: 0908715502 Phòng: Giường:
Lab ID: Loại mẫu: Mẫu máu Chất lượng mẫu: Đạt
Chẩn đoán: CON LÀN 2 (Z35.4.0), SONG THAI 31 TUẦN 04 NGÀY/ TD TAPS (ĐẢ TRUYỀN MÁU BẢO THAI)
BS chỉ định: Nguyễn Thị Hoa T/G nhận mẫu: 22/11/21 17:15
T/G lấy mẫu: 22/11/21 16:16 T/G in kết quả: 22/11/21 17:14

Tên Xét nghiệm	Kết quả	Ghi chú	Khoảng tham chiếu	Đơn vị	QTXN
Huyết học					
TPTTBMNV					
WBC	5.79		(3.37 - 8.38)	10 ³ /uL	HH-03/XN3000*
Neu	<u>28.7</u>		(39.8 - 70.5)	%	
Lym	<u>54.1</u>		(23.1 - 49.9)	%	
Mono	8.6		(4.3 - 10)	%	
Eos	7.9		(0.6 - 5.4)	%	
Baso	0.7		(0.3 - 1.4)	%	
RBC	<u>6.30</u>		(3.69 - 5.46)	10 ⁶ /uL	HH-05/XN3000*
Hb	<u>23.6</u>		(10.8 - 16.4)	g/dl	HH-07/XN3000*
Hct	<u>68.0</u>		(35.3 - 51.2)	%	
MCV	<u>107.9</u>		(86.7 - 102.3)	fl	
MCH	<u>37.5</u>		(27.1 - 32.4)	pg	
MCHC	<u>34.7</u>		(27.9 - 33.1)	g/dl	
RDW	<u>22.2</u>		(12.2 - 14.8)	%	
PLT	171		(172 - 378)	10 ⁹ / l	HH-09/XN3000*
MPV	11.5		(9.2 - 12.0)	fL	
IG%	<u>1.6</u>		(0.16 - 0.61)	%	
NRBC	4			/100WB	
PLT Clumps ?	+/-				
Anisocytosis	+				
Atypical Lympho?	+/-				
Blast/ Abn Lympho ?	+/-				
Fragments?	+/-				
HGB Defect?	+/-				

- (*) Chỉ tiêu được công nhận ISO 15189:2012
- Kết quả chỉ có giá trị trên mẫu bệnh phẩm
- Kết quả in đậm gạch dưới ngoài khoảng tham chiếu, yêu cầu gặp bác sĩ chỉ định
- (**) Chỉ số báo động

CTM/ máu rốn ngay sau C/s

Hb: 4.2 >< 23.6 g/dL

Hct: 13.7 >< 68%

Xử trí sơ sinh:

- Bé đa HC: trích máu bù dịch
- Bé thiếu máu: truyền máu



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG



Xuất viện sau 17 ngày

- CTM trước xuất viện:
 - Hb: 12.5g/dL; Hct: 38%
 - Hb: 19.4g/dL; Hct: 56.2%



BỆNH ÁN 2

- Sản phụ L.V.T.G, 29 tuổi, para 1001 (1 sanh thường 2700g)
- Quản lý thai kì tại đơn vị tiền sản/ BV TD
- Xuất hiện bất cân xứng vào tuần 22⁺⁵: chênh lệch nước ối (8.9 >< 1.9 cm), không chênh lệch ULCN (41th – 49th), Doppler UmA v MCA: bình thường, 1 thai dây rốn bám màng
- 23⁺⁵: MVP: 9.3 ><1.4 cm. Δ : TTTS độ I
- Mổ laser đốt thông nối mạch máu ở 24⁺² tuần. Sau mổ ổn, xuất viện 24g sau mổ.
- *1 tuần sau laser* (25.5 tuần 771/ 779 gr): xuất hiện chênh lệch PSV_MCA: 1.93 >< 0.8 MoM. MVP: 5.3 / 2.4 cm. Không chênh lệch ULCN (19th – 32th). Δ : TAPs sau laser đốt thông nối mạch máu vì TTTS

BỆNH ÁN 2

➤ *Quyết định truyền máu:*

- Truyền 40 ml HC lỏng O, Rh (-)
- Hct trước truyền: 13.5%, sau truyền: 38.1%

➤ 29⁺²:

- Nước ối: 7 >< 2.6 cm
- PSV_MCA: 0.7 >< 1.4 MoM. Doppler UmA: bình thường
- Chênh lệch ULCN 35% (802 g >< 1245g)

➤ 29⁺⁵:

- Nước ối: 15 cm >< vô ối, ULCN: 1415 g >< 922 g, PSV_MCA: 0.6 >< 1.8 MoM

➤ Quyết định C/s, 1350 g >< 800 g, bé 800 g mất sau sanh.

BỆNH ÁN 3

- Sản phụ L.S.C, 33 tuổi
- Con so, đến quản lý thai kỳ tại tiền sản từ 22 tuần⁺² vì song thai một nhau
- 22⁺² : ULCN (480 – 396gr), xoang ối lớn nhất (5.4 – 3.3cm), PSV_MCA (0.9–0.9 MoM), Doppler UmA và MCA bình thường, thai nhỏ có dây rốn bám màng
- 25⁺²:
 - Chênh lệch ULCN 45% (800 – 436 gr)
 - Chênh lệch xoang ối: 16 cm >< vô ối
 - Chênh lệch PSV_MCA: 0.8 MoM >< 1.66 MoM
 - Thai nhỏ AEDV hằng định
- Δ: TTTS độ III – sIUGR type II – TAPS độ II

BỆNH ÁN 3



BỆNH ÁN 3



made with
flixiar



**Xin chân thành
cám ơn quý đồng nghiệp!**