

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, THÁI ĐỘ XỬ TRÍ KHÍ ĐỂ CỦA THAI PHỤ GIẢM TIỂU CẦU VÔ CĂN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đào Thị Thanh Hương⁽¹⁾, Trần Danh Cường⁽²⁾

(1) Bệnh viện Phụ sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Từ khóa: Thai kỳ, giảm tiểu cầu, giảm tiểu cầu vô căn.
Keywords: Pregnancy, thrombocytopenia, idiopathic thrombocytopenia.

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng khi đẻ cho thai phụ giảm tiểu cầu vô căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc.

Kết quả: Trong năm 2015 có 36 thai phụ giảm tiểu cầu vô căn. Tỷ lệ mổ lấy thai của các nhóm có số lượng tiểu cầu <50G/l: 100%; 50-100G/l: 83%; >100G/l: 80%. Tỷ lệ truyền tiểu cầu của các nhóm có số lượng tiểu cầu <50G/l: 100%; 50-100G/l: 26%; >100G/l: 0%.

Kết luận: Xét nghiệm công thức máu khi khám thai để phát hiện sớm bệnh giảm tiểu cầu thai kỳ. Chỉ định truyền tiểu cầu cũng như mổ lấy thai đối với thai phụ giảm tiểu cầu còn chưa chặt chẽ. Cần theo dõi chặt chẽ và làm công thức máu ngay sau sinh cho trẻ.

Từ khóa: Thai kỳ, giảm tiểu cầu, giảm tiểu cầu vô căn.

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS, SUBCLINICAL, ACCESS MANAGEMENT FOR THROMBOCYTOPENIA PREGNANCY DURING LABOR IN THE NATIONAL HOPITAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY 2015

Objective: describing clinical, laboratory feature and complication of thrombocytopenia in pregnancy at the National Hospital of OB/GYN.

Methods: Prospective - cross inspect research.

Objective: Describing clinical, laboratory feature and complication of thrombocytopenia in pregnancy at the National Hospital of OB/GYN.

Results: There are 36 pregnant trombocytopenia in 2015. The rate of secarean in the group that the amount of platelet < 50 G/l is 100%, 50-100G/l is 83%; >100G/l is 80%. The rate of platelet transfusion in the group that the amount of platelet < 50G/l is 100%; 50-100G/l is 26%; >100G/l is 0%.

Conclusion: Check the blood-test for each examination to find out the pregnant's thrombocytopenic as soon as possible. Indicate to have

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Đào Thị Thanh Hương, email:
bsdaothanhhuong@yahoo.com
Ngày nhận bài (received): 15/03/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
10/04/2016
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 20/04/2016

platelet transfusion whether indicate secarean for the pregnant not closely. Mornitor carefully and take the blood test after delivery for newborn babies.

Keywords: Pregnancy, thrombocytopenia, idiopathic thrombocytopenia.

1. Đặt vấn đề

Tiểu cầu đóng vai trò quan trọng trong quá trình cầm máu. Khi số lượng tiểu cầu dưới 150.000/ μ l được gọi là giảm tiểu cầu [1].

Giảm tiểu cầu do nhiều nguyên nhân gây ra trong đó có giảm tiểu cầu thai kỳ.

Phát hiện sớm, xác định được nguyên nhân tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình điều trị, quản lý thai cũng như thái độ xử trí khi đủ tháng hay trong chuyển dạ.

Tuy nhiên, việc này không phải lúc nào cũng thực hiện được, do các thai phụ không chăm sóc, quản lý sức khỏe thường xuyên cũng như không quản lý khám thai một cách hệ thống hoặc quan niệm siêu âm thai là quản lý thai.

Tỷ lệ giảm tiểu cầu vô căn thai kỳ ước khoảng 7-8% [2]. Tuy nhiên không phải tất cả các thai phụ đều được phát hiện trước khi đẻ. Điều này làm cho các thầy thuốc sản khoa gặp nhiều khó khăn và sẽ lung túng trong xử trí khi thai phụ chuyển dạ và đẻ vì nguy cơ chảy máu do giảm tiểu cầu.

Gần đây giảm tiểu cầu được quan tâm nhiều hơn cho nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng khi đẻ cho thai phụ giảm tiểu cầu vô căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các phụ nữ sinh con tại Bệnh viện phụ sản trung ương có tiểu cầu dưới 150G/l và không bị mắc bất cứ bệnh gì khác trong năm 2015.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp hồ sơ lưu trữ thiếu các thông tin cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Phương tiện sử dụng: Máy đếm công thức máu XT2000i.

- Khi vào đẻ, thai phụ được hỏi tiền sử phát hiện giảm tiểu cầu trong quá trình khám thai, điều trị nội khoa, ghi chép lại toàn bộ kết quả xét nghiệm công thức máu.

- Theo dõi chuyển dạ bình thường, tiến hành thu thập các thông tin của cuộc đẻ: biến chứng chảy máu, số lượng tiểu cầu, cách đẻ, tình trạng tiểu cầu sơ sinh và bà mẹ sau khi đẻ.

- Trẻ sơ sinh của các bà mẹ này được làm xét nghiệm công thức máu ngay sau sinh trong hai bốn giờ.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Phân bố tuổi thai phụ: Tuổi trung bình là 29,80 \pm 5,44, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 41 tuổi.

Phân bố tuổi thai: Tuổi trung bình là 38,8 \pm 1,8, thấp nhất là 37 tuần, cao nhất là 42 tuần.

Bảng 1. Phân bố theo tuổi thai phát hiện và số lượng tiểu cầu của người mẹ

Số tiểu cầu	<50G/l	50-100G/l	>100G/l	Tổng
Tuần thai				
≤ 14	3 50%	3 50%	0 0%	6 17%
15-27	3 60%	2 40%	0 0%	5 14%
≥ 28	7 28%	12 48%	6 24%	25 69%

Đối với sáu trường hợp ba tháng đầu: có một trường hợp 8 tuần (do chảy máu chân răng), ba trường hợp khám thai làm chẩn đoán trước sinh, hai trường hợp tình cờ làm xét nghiệm công thức máu phát hiện ra.

Trong 36 thai phụ: chỉ có hai trường hợp phát hiện do chảy máu chân răng đi khám (8 tuần và 22 tuần). Có chín trường hợp chỉ được phát hiện giảm tiểu cầu khi chuyển dạ, trong đó có ba trường hợp tiểu cầu dưới 50G/l và một trường hợp tiểu cầu >100G/l.

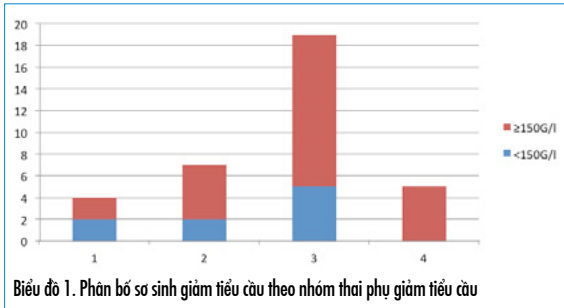
Sự khác biệt về số lượng tiểu cầu giữa các nhóm có thời điểm phát hiện giảm tiểu cầu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($P=0,478$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiểu cầu của người mẹ và con

Tiểu cầu mẹ \ Tiểu cầu con	<30G/l	30-50G/l	50-100G/l	>100G/l	Tổng
<150G/l	2	2	5	0	9 25%
≥150G/l	3	5	14	5	27 75%
Tổng	5 14%	7 19%	19 53%	5 14%	36 100%

Sự khác biệt về tiểu cầu của con giữa các nhóm thai phụ có số lượng tiểu cầu khác nhau là không có ý nghĩa thống kê ($P=0,914$).

3.2. Thái độ xử trí khi sinh



Biểu đồ 1. Phân bố số sinh giảm tiểu cầu theo nhóm thai phụ giảm tiểu cầu

Bảng 3. Chỉ định truyền tiểu cầu và số lượng tiểu cầu

Số lượng tiểu cầu	Truyền tiểu cầu		Không truyền tiểu cầu		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
<50G/l	13	100	0	0	13
50-100G/l	5	26	14	74	19
>100G/l	0	0	4	100	4
Tổng	18	50	18	50	36

Chỉ định truyền tiểu cầu khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thai phụ có số lượng tiểu cầu khác nhau ($P=0.0001$), 100% các thai phụ có tiểu cầu <50G/l được chỉ định truyền tiểu cầu và 100% thai phụ có tiểu cầu >100G/l không có chỉ định truyền tiểu cầu. Việc chỉ định truyền tiểu cầu hầu hết do các nhà sản khoa và hồi

Bảng 4. Mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu và chỉ định mổ lấy thai

Số lượng tiểu cầu \ Chỉ định mổ	Đề thường	Mổ đẻ	Tổng
<50G/l	0 0%	13 (8) 100%	13 36%
50-100G/l	3 (1 case forcep) 17%	15 (11) 83%	18 50%
>100G/l	1 20%	4 (4) 80%	5

sức gây mê chỉ định (chỉ có một trường hợp chỉ định truyền máu do hội chẩn huyết học).

Sự khác biệt về tỷ lệ mổ đẻ giữa các nhóm có số lượng tiểu cầu khác nhau là không có ý nghĩa thống kê ($P=0,242$). Đối với các thai phụ có tiểu cầu <50G/l, tỷ lệ mổ đẻ là 100%.

Không có trường hợp nào bị chảy máu sau đẻ hay sau mổ.

4. Bàn luận

Đồng thuận với nghiên cứu của Kiều Thị Thanh, trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi sinh đẻ ($29,80\pm 5,44$), chủ yếu từ 25 đến 35 tuổi (chỉ có một trường hợp 20 tuổi và một trường hợp 41 tuổi) [3].

Không có trường hợp nào phải đình chỉ thai vì bệnh giảm tiểu cầu, tất cả đều sinh đủ tháng.

4.1. Mối liên quan giữa tuổi thai tại thời điểm phát hiện giảm tiểu cầu và số lượng tiểu cầu

Theo McCrae, giảm tiểu cầu thai kỳ đơn độc do hai nguyên nhân gây ra: giảm tiểu cầu do thai nghén gây ra, thường ở mức độ vừa và nhẹ, xảy ra vào ba tháng cuối của thai kỳ; và giảm tiểu cầu do tự miễn, thường gây giảm tiểu cầu từ vừa đến nặng, xảy ra vào ba tháng đầu và ba tháng giữa của thai kỳ [4].

Trong nghiên cứu này (bảng 1): nhóm giảm tiểu cầu nhẹ (>100G/l) 100% (6/6 trường hợp) phát hiện vào ba tháng giữa của thai kỳ; ngược lại có 100% (6/6 trường hợp) phát hiện ở ba tháng đầu của thai kỳ đều có tiểu cầu dưới 100G/l trong đó có ba trường hợp tiểu cầu dưới 50G/l.

Hai trường hợp được phát hiện giảm tiểu cầu do xuất huyết (chảy máu chân răng) đều ở ba tháng đầu và ba tháng giữa thai kỳ (8 tuần và 22 tuần). Điều này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới như Stavrou [5].

4.2. Mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu của mẹ và con

Trong nghiên cứu này (bảng 2) cho thấy: không có mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu của người mẹ với nguy cơ giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh. Có ba trường hợp mẹ giảm tiểu cầu rất nặng (<30G/l) nhưng tiểu cầu sơ sinh bình thường (>150G/l), nhưng trong 13 trường hợp sơ sinh giảm tiểu cầu lại có 5 trường hợp tiểu cầu của mẹ giảm trung bình (50-100G/l).

Theo Stavrou, trong trường hợp giảm tiểu cầu thai kỳ do nguyên nhân tự miễn, các kháng thể kháng tiểu cầu có thể đi qua hàng rào rau- thai gây giảm tiểu cầu ở thai nhi. Mức độ giảm tiểu cầu ở thai nhi phụ thuộc vào nhiều yếu tố đến nay cơ chế vẫn chưa được hiểu rõ như sự trưởng thành của hệ thống lưới nội mô bào thai, và không thể dự đoán trước mức độ giảm tiểu cầu sơ sinh dựa vào các thông số lâm sàng hoặc kết quả xét nghiệm đã có của thai phụ [5].

Theo Burrows khoảng 15% sơ sinh của những bà mẹ giảm tiểu cầu thai kỳ do nguyên nhân tự miễn có tiểu cầu $<100G/l$ [6]. Trong nghiên cứu này, do không loại trừ được giảm tiểu cầu thai kỳ do thai nghén gây ra nên tỷ lệ này thấp hơn (2,9%-9/31 trường hợp) và không có trường hợp $<50G/l$ (thấp nhất là 53G/l).

Vì những lý do nêu trên chúng ta cần phải theo dõi chặt chẽ, làm xét nghiệm công thức máu cho sơ sinh của những bà mẹ giảm tiểu cầu, phát hiện kịp thời các trường hợp giảm tiểu cầu sơ sinh cũng như nguy cơ xuất huyết- Đây cũng là điều được khuyến cáo trên thế giới từ năm 1993 [7].

4.3. Mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu và chỉ định truyền máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) chỉ định truyền tiểu cầu hoàn toàn phụ thuộc vào mức độ giảm tiểu cầu của thai phụ.

Tuy nhiên một vấn đề nổi lên là 100% trường hợp tiểu cầu $<50G/l$ được chỉ định truyền tiểu cầu và 100% trường hợp tiểu cầu $>100G/l$ không có chỉ định truyền tiểu cầu, điều này hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo [7]. Đồng thuận với các tác giả khác, trong nghiên cứu trước đây của chúng tôi nhận thấy: với tiểu cầu $<30G/l$ chỉ định truyền tiểu cầu là tuyệt đối; tiểu cầu 30-50G/l không có chỉ định bắt buộc truyền tiểu cầu [8]. Tuy nhiên do số lượng đối tượng nghiên cứu có hạn (<50) nên kết quả nghiên cứu này chưa mang tính đại diện. Trong 36 đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân tiểu cầu dưới 80G/l khi theo dõi có một trường hợp đẻ thường và một trường hợp đẻ forcep không truyền tiểu cầu mà không xảy ra bất kỳ có biến chứng xuất huyết nào.

4.4. Mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu và chỉ định sản khoa

Theo kết quả bảng 4 cho thấy: 100% mổ

để khi tiểu cầu $<50G/l$, khi tiểu cầu $>100G/l$ chỉ có một trường hợp đẻ thường. Điều này tuy không phù hợp với các khuyến cáo trên thế giới [7],[9] nhưng hoàn toàn lý giải được bởi chỉ định mổ trong nghiên cứu này của chúng tôi là do nguyên nhân sản khoa (bốn trường hợp còn lại chỉ định mổ do nguyên nhân sản khoa). Chỉ định mổ để chỉ tuyệt đối khi tiểu cầu $<30G/l$.

Cũng như nghiên cứu khác, trong 36 trường hợp đều sinh đủ tháng, không có trường hợp nào sinh non [3].

Tuy nhiên cũng như cách xem xét về chỉ định truyền tiểu cầu, nếu bỏ qua hai nhóm có chỉ định tuyệt đối về can thiệp sản khoa, chỉ so sánh hai nhóm 50-100G/l và $>100G/l$ nhận thấy không có sự khác biệt về chỉ định mổ lấy thai. Có thể lý giải: việc mổ lấy thai bị chi phối bởi nhiều yếu tố sản khoa không chỉ do yếu tố huyết học (sản khoa chiếm tới 58,33% -21/36 trường hợp; tiểu cầu 30-50G/l là sáu trường hợp; tiểu cầu 50-100G/l là mười một trường hợp). Tuy nhiên, không thể phủ nhận vấn đề này có liên quan đến một số nhà sản khoa còn lung túng khi xử trí vấn đề giảm tiểu cầu và thai nghén (bốn trường hợp chỉ định mổ vì tiểu cầu 50-100G/l) mặc dù đã có nhiều tài liệu chỉ ra rằng: với mức độ tiểu cầu $>50G/l$ không có dấu hiệu xuất huyết, không có bằng chứng cho việc mổ lấy thai an toàn hơn để đường âm đạo [9],[10].

Cũng như Kiều Thị Thanh, nghiên cứu này cho thấy: tuy số lượng tiểu cầu ở mức độ khác nhau nhưng cả hai nhóm mổ đẻ và đẻ đường âm đạo đều không có tai biến chảy máu, không có trường hợp nào phải mổ cắt tử cung [3].

5. Kết luận

Tuổi trung bình của người mẹ là 29,80±5,44, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 41 tuổi. Tuổi thai trung bình là 38,8±1,8, thấp nhất là 37 tuần, cao nhất là 42 tuần.

Giảm tiểu cầu thai kỳ là bệnh giảm tiểu cầu với mức độ tự nhẹ đến nặng, hầu như không có triệu chứng có thể phát hiện sớm từ ba tháng đầu của thai kỳ bằng cách xét nghiệm công thức máu. Số lượng tiểu cầu không có sự khác nhau theo thời điểm phát hiện giảm tiểu cầu.

100% các thai phụ có tiểu cầu <50G/l được chỉ định truyền tiểu cầu và 100% thai phụ có tiểu cầu >100G/l không có chỉ định truyền tiểu cầu. Đối với các thai phụ có tiểu cầu <50G/l, tỷ lệ mổ đẻ là 100%. Tỷ lệ mổ lấy thai không có sự khác

biệt theo số lượng tiểu cầu do có sự chi phối các yếu tố sản khoa.

Giảm tiểu cầu thai kỳ là bệnh lý có thể gây giảm tiểu cầu sơ sinh, việc theo dõi chặt chẽ và làm công thức máu ngay sau sinh cho trẻ là cần thiết.

Tài liệu tham khảo

1. Jeffrey A, Levy and Lance D.Murphy. Thrombocytopenia in pregnancy. JABFP. 2002 July- Aug; Vol.15 No.4; 290.
2. Enrique V.Vera et al. Thrombocytopenia in pregnancy. Medscape. 2015, Jan 12.
3. Kiều Thị Thanh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí đối với thai phụ bị xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp cao học chuyên ngành sản phụ khoa. Trường Đại học Y Hà Nội. 2008;tr 34,59.
4. McCrae KR, MD. Thrombocytopenia in pregnancy. Hematology.2010, no.1;397-402. PubMed.
5. Stavrou E, MD and McCrae KR, MD. Immune thrombocytopenia in pregnancy. Hematol Oncol Clin North Am. 2009 Dec; 23(6):1299-1316
6. Burrows RF, Kelton J. Pregnancy in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: assessing the risk for the infant at delivery. Obstet Gynecol Surv. 1993 Dec; 48(12):781-778.
7. Anita R, Terry G, Roberto S, Andra H.J. Quick Reference 2013 Clinical

Practice Guide on thrombocytopenia in pregnancy. American Society of Hematology.2013. ASH website:www.hematology.org/practiceguideline.

8. Đào Thị Thanh Hường. Thái độ xử trí khi sinh đối với thai phụ giảm tiểu cầu vô căn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012. Tạp chí Sản phụ khoa. Tập 13(02),05-2015;tr 86-88.

9. Letsky EA, Greaves M. Guidelines on the investigation and management of thrombocytopenia in pregnancy and neonatal alloimmune thrombocytopenia. Maternal and Neonatal Haemostasis Working Party of the Haemostasis and Thrombosis Task Force of the British Society for Haematology. Br J Haematol.1996 Oct; 95 (1):21-6.

10. You- Woong Won, Won Moon, Yeong- Seop Yun, Ho- Suk Oh, Jung-Hye Choi, Young- Yeul Lee, In- Soon Kim, Il- Young Choi, Myung- Ju Ahn. Clinical aspects of pregnancy and delivery in patients with chronic idiopathic Thrombocytopenia Purpura. The Korean Journal of Internal Medicine. 2005;20:129-134.