

ĐÁNH GIÁ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ TRƯỚC SINH ĐỐI VỚI CÁC BẤT THƯỜNG TIM THAI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH BẰNG SIÊU ÂM

TRẦN DANH CƯỜNG

TÓM TẮT

Bất thường tim thai là một trong những dị dạng khá thường gặp và hoàn toàn có thể chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm, nó cũng có thể được điều trị sau đẻ cho kết quả tốt. Mục tiêu: *Ôn định thái độ xử trí thai nhi sau khi chẩn đoán có bất thường tim tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu trên 276 hồ sơ chẩn đoán trước sinh có bất thường tim tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh của Bệnh viện Phụ sản Trung ương, phân loại các bất thường tim thai, xem xét thái độ xử trí đối với từng loại bất thường tim thai. Kết quả nghiên cứu: tuổi thai trung bình phát hiện 25,9 tuần, tỷ lệ bất thường tim chung 10,8% trong số các bất thường thai nhi được chẩn đoán trước sinh, trong đó thông liên thất chiếm 32,2%, thiếu hụt Fallot 11,9%, thiếu hụt tâm thất 21,4%. Tỷ lệ đình chỉ thai nghén chung là 67%, tỷ lệ đình chỉ thai nghén ở tuổi thai trước 28 tuần là 91% do tâm lý lo ngại tình trạng nặng nề của bất thường tim, về khả năng điều trị sau khi sinh và chi phí điều trị tốn kém. Kết luận: các bất thường tim có khả năng chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm, có khả năng điều trị sau đẻ nhưng tỷ lệ đình chỉ thai nghén còn rất cao theo kết quả nghiên cứu này*

Từ khóa: bất thường tim, thông liên thất, tử chứng Fallot, đình chỉ thai nghén

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các dị dạng tim thai là một trong những dị dạng hình thái khá thường gặp với tần suất khoảng 8-10/1000 trường hợp đẻ sống [2]. Theo Lưu Thị Hồng (2008), tỷ lệ dị dạng tim ước chiếm 7,04% trong tổng số có bất thường hình thái [5] và theo Nguyễn Việt Hùng (2006) tỷ lệ này là 12,89% [6]. Chúng hoàn toàn có thể chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm (CĐTS), đa số các bất thường tim đều có thể điều trị sau khi sinh bằng phẫu thuật nhưng chi phí điều trị rất tốn kém. Siêu âm CĐTS các bất thường tim thai được thực hiện trên thế giới từ khá lâu. Song ở Việt Nam việc siêu âm hình thái cung như tim thai được làm một cách hệ thống từ khi ra đời của Trung tâm chẩn đoán trước sinh (TTCĐTS) Bệnh Viện Phụ Sản Trung ương. Với những thế hệ máy siêu âm (SÂ) mới, cùng với sự hiểu biết tường tận về phôi thai học và các cấu trúc siêu âm của tim thai cho nên siêu âm tim thai có thể được thực hiện từ thai 16 - 17 tuần, một số bất thường lớn của tim thai có thể được chẩn đoán từ tuổi thai này và qua đó đề xuất thái độ xử trí trước sinh và sau sinh cho những bất thường này chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Ôn định thái độ xử trí trước sinh các bất thường tim thai được chẩn đoán tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 2007-2010.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Toàn bộ 276 hồ sơ siêu âm (SÂ) chẩn đoán trước sinh có bất thường tim (BTT) tại TTCĐTS Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 7/2007-6/2010 có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu như chẩn đoán loại bệnh tim, theo dõi thai nghén hay đình chỉ thai nghén sau khi chẩn đoán.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang, hồi cứu, mẫu thuận lợi không xác xuất

3. Tiêu chuẩn siêu âm chẩn đoán bất thường tim (BTT) thai.

Thắt liên thất: mặt cắt tim 4 buồng và dọc tim trái ở vị trí xuất phát của động mạch chủ thấy hình ảnh gián đoạn của vách liên thất. Doppler màu có thể thấy luồng thông giữa hai tâm thất [2],[3].

Bệnh ống nh thất: đường cắt tim 4 buồng ở thì tâm thu và tâm trương. Mặt hình ảnh điển hình của chữ thập của tim, không nhìn thấy hình ảnh của vách nguyên thủy. [2],[3].

Một buồng thất: đường cắt tim 4 buồng: hai tâm nhĩ bơm máu vào một tâm thất rộng qua hai van nhĩ thất. [2],[3].

Ống gốc động mạch: đường cắt dọc cũng như đường cắt ngang tim: động mạch chủ và động mạch phổi đi ra song song với nhau tạo ra một hình ảnh nòng sừng [2],[3].

Bệnh Ebstein: đường cắt tim 4 buồng: nhĩ phải to, lá thành của van ba lá nằm thấp về phía mỏm tim, hở van ba lá xác định bằng Doppler màu [2],[3].

Thiếu hụt Fallot: đường cắt 4 buồng tim từ đỉnh tim hoặc đường cắt bên thấy hình ảnh thông liên thất, động mạch chủ cưỡi lên vách liên thất và hẹp động mạch phổi [2],[3].

Thất phải hai đường ra: đường cắt dọc tâm thất phải: động mạch chủ và động mạch phổi đều xuất phát từ tâm thất phải [2],[3].

Thiếu hụt tâm thất: đường cắt bốn buồng tim: thất trái và động mạch chủ lên nhỏ, đôi khi như một khe nhỏ, cơ tim tăng âm vang. Thất phải và động mạch phổi cũng giãn to. Tỷ số giữa kích thước thất phải trên kích thước thất trái > 1,4 [2],[3].

Bệnh tim phôi học: có ≥ 2 tổn thương ở tim [2],[3].

Các thông tin cần thiết của thai phụ và thai nhi thu thập bằng phiếu nghiên cứu, các số liệu được xử lý bằng SPSS 15.0 và các phương pháp thông thường

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số đối tượng nghiên cứu 276 BTT, tổng số 2549 thai nhi có DTBS, chiếm 10,8%. Tuổi thai trung

binh phát hiện BTT là $25,9 \pm 5,6$, nhỏ nhất là 14 tuần và lớn nhất là 38 tuần.

Bảng 1. Tỷ lệ các loại BTT được chẩn đoán bằng SẢ

Các loại b.nh tim bẩm sinh	n	Tỷ lệ (%)
Thăng liên thất	89	32,2
B.nh ống nhĩ thất	26	9,4
Ống gốc động mạch	9	3,3
Ebstein	8	2,9
T.ị ch.ng Fallot	33	11,9
Thất phải hai đường ra	7	2,5
Thiếu sLH tâm thất	59	21,4
B.nh tim phổi h"p	45	16,3
Tổng số	276	100

Nhận xét: thông liên thất chiếm tỷ lệ cao nhất 32,2%, thất phải hai đường ra là thấp nhất chiếm 2,5%.

Bảng 2. Tỷ lệ đình chỉ thai nghén

Các loại BTBS	Ch. ãnh ÒCTN		Kháng ch. ãnh ÒCTN		Tăng số	
	n	%	n	%	n	%
Thăng liên thất	58	21	31	11,2	89	32,2
B.nh ống nhĩ thất	15	5,4	11	4	26	9,4
Thiếu sLH tâm thất	46	16,6	13	4,7	59	21,3
Ống gốc động mạch	7	2,5	2	0,7	9	3,3
Ebstein	0	0	8	2,9	8	2,9
T.ị ch.ng Fallot	25	9,1	8	2,9	33	11,9
Thất phải hai đường ra	5	1,8	2	0,7	7	2,5
B.nh tim phổi h"p	29	10,5	16	5,8	45	16,3
Tổng số	185	67	91	33	276	100

Nhận xét: ĐCTN 185 trường hợp chiếm tỷ lệ 67%, không ĐCTN 91 trường hợp chiếm 33%.

Bảng 3. Xử trí BTT ở tuổi thai < 28 tuần.

Các loại BTT	ÒCTN		Kháng ÒCTN		Tăng số	
	N	%	n	%	n	%
Thăng liên thất	45	26,9	7	4,1	52	31,0
B.nh ống nhĩ thất	13	7,9	0	0	13	7,9
Thiếu sLH tâm thất	41	24,6	0	0	41	24,6
Ống gốc động mạch	6	3,6	0	0	6	3,6
Ebstein	0	0	1	0,6	1	0,6
T.ị ch.ng Fallot	20	12	4	2,4	24	14,4
Thất phải hai đường ra	4	2,4	1	0,6	5	3,0
B.nh tim phổi h"p	23	13,8	2	1,2	25	15,0
Tổng số	152	91	15	9	167	100

Nhận xét: ĐCTN chiếm 91%, không ĐCTN chiếm tỷ lệ 9%.

Bảng 4. Thái độ xử trí với thai có tuổi thai # 28 tuần

Các loại BTBS	Ch. ãnh ÒCTN		Kháng ch. ãnh ÒCTN		Tăng số	
	N	%	n	%	N	%
Thăng liên thất	13	11,9	24	12	37	33,9
B.nh ống nhĩ thất	2	1,8	11	10,1	13	11,9
Thiếu sLH tâm thất	5	4,5	13	12,1	18	16,6
Ống gốc động mạch	1	0,9	2	1,9	3	2,8
Ebstein	0	0	7	6,4	7	6,4
T.ị ch.ng Fallot	5	4,6	4	3,6	9	8,2
Thất phải 2 đường ra	1	0,9	1	0,9	2	1,8
B.nh tim phổi h"p	6	5,5	14	12,8	20	18,3
Tổng số	33	30,3	76	69,7	109	100

Nhận xét: ĐCTN là 30,3%. Không ĐCTN là 69,7%.

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ bất thường tim.

Tuổi thai trung bình phát hiện BTT trong nghiên cứu này là 25,9 tuần, sớm nhất là 14 tuần và nhất là 38 tuần. Trên 1/3 được phát hiện vào tuổi thai 20-24 tuần vì đây là tuổi thai siêu âm hình thái Theo Isaksen (1999), tuổi thai trung bình phát hiện BTT là 21 tuần.

Tỷ lệ bất thường tim trong tổng số các bất thường hình thái được chẩn đoán trước sinh là 10,8%. Kết quả nghiên cứu này tương tự như của Nguyễn Việt Hùng (2006), tỷ lệ bất thường của hệ tim mạch ở thai nhi là 12,98%. Theo Lưu Thị Hồng (2008) tỷ lệ này là 7,04%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu này, do đối tượng của các nghiên cứu đó chỉ là những thai phụ được khám và quản lý thai nghén tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương mà không nghiên cứu những thai phụ ở tuyến dưới chuyển lên [5][6].

Theo Iraksen (1999) tỷ lệ BTT chiếm 26%. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu này do tác giả là lấy cả các trường hợp BTT qua khám nghiệm tử thi ở thai nhi chết hoặc sảy thai cho nên đã phát hiện ra một số lượng đáng kể những thai nhi bị BTT mà SẢ không phát hiện được.

Trong nghiên cứu này tỷ lệ thông liên thất chiếm 32,2%, thiếu sản tâm thất 21,4%, BTT phối hợp 16,3% và thất phải hai đường ra chiếm 2,5%. Kết quả này tương tự như một số nghiên cứu khác như Nguyễn Việt Hùng (2006) thông liên thất 25%, Lưu Thị Hồng (2008) thông liên thất 23,5% và Tô Văn An (2007) thông liên thất là 25%. Isaksen (1999) bệnh thông liên thất là cao nhất 28,6% và Marides (2001) tỷ lệ này cũng là cao nhất, tất cả các nghiên cứu trong và ngoài nước đều thống nhất là tỷ lệ thông liên thất là cao nhất.

2. Thái độ xử trí trước sinh với thai nhi bị bệnh tim bẩm sinh tại TTCĐTS.

Tỷ lệ ĐCTN trong nghiên cứu này là 67% và không ĐCTN là 33%. Ở tuổi thai < 28 tuần tỷ lệ ĐCTN là 91% và không ĐCTN là 9%. Tuổi thai ≥ 28 tuần tỷ lệ ĐCTN là 30,3%, không ĐCTN là 69,7%. Kết quả nghiên cứu này tương tự như của Isaksen (1999), 66% ĐCTN hoặc sảy thai tự nhiên, 34% tiếp tục theo dõi thai nghén đến khi đủ tháng. ĐCTN ở tuổi thai < 28 tuần chiếm 91%. Kết quả này cũng tương tự của Isaksen (1999), tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén là 26 tuần.

Thông liên thất có kèm theo bất thường khác của thai tỷ lệ ĐCTN ở tuổi thai < 28 tuần 100%, tuổi thai ≥ 28 tuần ĐCTN là 63,2%. Lý do BTT là một trong những DTBS nặng của thai nhi, cho nên khi phát hiện được ở tuổi thai < 28 tuần thì đa số ĐCTN. Ngược lại ở tuổi thai ≥ 28 tuần, lúc này thai nhi có thể sống cho nên tỷ lệ ĐCTN giảm đi nhiều. Kết quả nghiên cứu này tương tự như của Isaksen (1999). Nhóm thai nhi thông liên thất đơn độc ở tuổi thai < 28 tuần có tỷ lệ ĐCTN chiếm tỷ lệ 46,1%. Còn ở tuổi thai ≥ 28 tuần tỷ lệ ĐCTN chiếm tỷ lệ 5,6%. Nghiên cứu của Mavrides, tất cả các trường hợp thông liên thất đều được theo dõi đến sau đẻ và phẫu thuật [04], sở dĩ có sự khác biệt trong thái độ xử trí là do sự hiểu biết về các tiến bộ trong lĩnh vực điều

trị tim mạch của thai phụ và điều kiện kinh tế còn hạn chế nên các thai phụ lựa chọn ĐCTN.

Đối với thiếu sản tâm thất có kết hợp bất thường khác tỷ lệ ĐCTN 100%, do tính chất nặng nề của bệnh và do khả năng không thể sửa chữa được sau khi sinh kết quả này tương tự như ở một số nghiên cứu ngoài nước. Theo nghiên cứu của Mavrides (2001) 3 trường hợp thiếu sản tâm thất và cả 3 trường hợp này đều xảy thai trước 22 tuần.

Đảo gốc động mạch ở tuổi thai < 28 tuần tất cả trường hợp đều ĐCTN, tỷ lệ 100%. Đảo gốc động mạch cũng là một bệnh tim nặng, nếu không có kèm theo thông liên thất, thông liên nhĩ, hoặc còn ống động mạch thì trẻ thường chết ở tháng đầu sau đẻ. Do vậy khi phát hiện sớm thì ĐCTN là một quyết định đúng đắn [0]. Theo nghiên cứu của Mavrides các trường hợp này đều không ĐCTN [0].

Tứ chứng Fallot ở tuổi thai < 28 tuần tỷ lệ ĐCTN chiếm 77,8%, ở tuổi thai ≥ 28 tuần ĐCTN tỷ lệ 42,9%. Tứ chứng Fallot có khả năng phẫu thuật sau đẻ và phẫu thuật này thường được thực hiện trong năm đầu sau đẻ. Mặc dù vậy chi phí cho cuộc phẫu thuật là rất lớn do đó tùy thuộc hoàn cảnh gia đình mà có chỉ định ĐCTN hay tiếp tục giữ thai. Theo nghiên cứu của Mavrides có 2 trường hợp tứ chứng Fallot, 1 trường hợp đẻ non lúc 24 tuần và 1 trường hợp theo dõi sau đẻ đã phẫu thuật. BTT kết hợp ở tuổi thai < 28 tuần tỷ lệ ĐCTN là 92%, tuổi thai ≥ 28 tuần tỷ lệ này là 30%. kết quả này tương tự như một số nghiên cứu ngoài nước [2]

KẾT LUẬN

Các bất thường tim thai là một trong những bất thường có khả năng sửa chữa bằng phẫu thuật sau đẻ. Tuy nhiên tỷ lệ ĐCTN trong nghiên cứu này còn khá cao chiếm 67% và không ĐCTN là 33%, trong đó ở tuổi thai < 28 tuần tỷ lệ ĐCTN chiếm 91%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tô Văn An (2007), *Tìm hiểu mối liên quan giữa những rối loạn NST và một số bất thường của thai nhi phát hiện được bằng siêu âm*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 34 □ 42
2. G. Body (2001), "La pratique du diagnostic prénatal", Masson
3. Trần Danh Cường (2010). *Thực hành siêu âm tim thai*, Nhà xuất bản Y học, tr. 11 □ 23, 38 □ 84.
4. Mavrides E, Cobian- Sanchez F, Tekey A, Moscoso G, Campbell S, Thilaganathan B, Carvalho J.S. (2001). □ Limitations of using first- trimester nuchal translucency measurement in screening for major congenital heart defects □, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 17, pp. 106- 110.
5. Lưu Thị Hồng (2008), *Phýt hiện dị dạng thai bằng siêu âm và một số yếu tố liên quan đến dị dạng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 52-53, 63, 99-101.
6. Nguyễn Việt Hùng (2006), *Xýc ạch giỷ trị c-a một số phương pháp phát hiện dị tật bẩm sinh của thai nhi ' tuổi thai 13-26 tu, n*, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 73, 104-111, 128-130.