

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP GIẢM TIỂU CẦU THAI NGHÉN CÓ GIẢM TIỂU CẦU Ở SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đào Thị Thanh Hương  
Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

## Tóm tắt

Giảm tiểu cầu thai nghén làm giảm tiểu cầu thai nhi là bệnh hiếm; ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về lâm sàng, điều trị và theo dõi bệnh này cũng như tác động của bệnh lên thai nhi. Theo dõi tất cả các sản phụ giảm tiểu cầu trong 1 năm, tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương tình cờ chúng tôi phát hiện được một trường hợp giảm tiểu cầu đơn độc gây giảm tiểu cầu sơ sinh, chúng tôi thông báo về bệnh sử, chẩn đoán và thái độ xử trí đối với bệnh này với mục đích khuyến cáo: nên xét nghiệm công thức máu sớm từ ba tháng đầu, quản lý thai chặt chẽ nhằm phát hiện sớm các trường hợp giảm tiểu cầu thai nghén; đối với sơ sinh của những thai phụ này cần được làm xét nghiệm công thức máu cũng như theo dõi chặt chẽ các biến chứng xuất huyết, đặc biệt các trường hợp mẹ giảm tiểu cầu nặng.

## Abstract

### A CASE REPORT ON THE THROMBOCYTOPENIA IN PREGNANCY AND NEWBORN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OB/GYN

Thrombocytopenia in pregnancy and newborn is a uncommon pathology. Just now, we'er not found any report clinic and treatment of this pathology in Viet Nam. Follow all the pregnancies who have thrombocytopenia at the National hospital of OB/GYN in 1 year, we find out one case who has primary thrombocytopenia that lead to new born thrombocytopenia. We want to share the information on clinic and evaluate treatments with the main purpose : we should have early blood test in the first-trimester, control the procedure during pregnancy carefully, not only check the blood test of these pregnant's fetus but also discover all the complications of those newborn babies such as hemorrhage, especially the babies of serve thrombocytopenia women.

## 1. Đặt vấn đề

Giảm tiểu cầu đơn độc trong quá trình thai nghén do hai nguyên nhân: thai kỳ hoặc tự miễn (ITP), việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào phương pháp loại trừ [1].

Giảm tiểu cầu tự miễn (ITP) rất ít gặp (1-2 ‰ thai phụ [2], 5% các thai phụ giảm tiểu cầu đơn độc [3]) nhưng khác với giảm tiểu cầu do nguyên nhân khác bệnh không có tiền sử, có thể xuất hiện sớm trong thai kỳ và giảm tiểu cầu ở 15% sơ sinh của các thai phụ này [4]. Vì thế bệnh không được phát hiện sớm cũng như kinh nghiệm theo dõi, tư vấn sơ sinh còn hạn chế.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp giảm tiểu cầu đơn độc ở thai phụ gây giảm tiểu cầu sơ sinh.

## 2. Bệnh án

Họ và tên sản phụ Trương Thị H, 34 tuổi.

Được chuyển từ Viện Huyết học và Truyền máu TƯ đến Bệnh viện Phụ Sản Tư ngày 6/7/2015 với chẩn đoán: Chuyển dạ đẻ lần 3 thai 39 tuần/ BN xuất huyết giảm tiểu cầu.

Tiền sử sản khoa: PARA 2012. Sản phụ có hai lần đẻ thường và một lần thai lưu 08 tuần

Tiền sử nội, ngoại khoa: khỏe mạnh.

Bệnh sử: Bệnh nhân mang thai lần 3, thai 39 tuần. khám và quản lý thai nghén tại phòng khám tư, không làm xét nghiệm chỉ siêu âm thai. Khi mang thai 24 tuần, bệnh nhân chảy máu cam đến Bệnh viện tỉnh Bắc Ninh khám và làm xét nghiệm, được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu, chưa điều trị gì chuyển Viện Huyết học và truyền máu Trung Ương, xét nghiệm công thức máu tiểu cầu là 13G/l. Bệnh nhân được theo dõi và điều trị tại Viện Huyết học và truyền máu Trung Ương từ 26/3/2015, với chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu, điều trị solumedrol 80mg/ngày + truyền khối tiểu cầu.

Bệnh nhân không quản lý thai tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương, không được tư vấn về nguy cơ xuất huyết đối với đứa trẻ mang thai lần này.

Bệnh nhân nhập viện Phụ sản Trung Ương trong tình trạng tỉnh táo, không xuất huyết, cổ tử cung đóng.

Xét nghiệm: Siêu âm: ngôi ngang, rau bám mép. Con ước 3000g

Công thức máu: bạch cầu: 8,57G/l- hồng cầu: 3,73T/l- Hb: 103Gg/l- tiểu cầu 32.G/l.

XN Đông máu bình thường. Nhóm máu A+

Chẩn đoán: Con lần ba thai 39 tuần – Ngôi ngang - Rau tiền đạo/ Xuất huyết giảm tiểu cầu.

Chỉ định mổ lấy thai vì: ngôi ngang, rau tiền đạo.

Bệnh nhân được truyền hai đơn vị tiểu cầu máy trước phẫu thuật và gây mê để phẫu thuật lấy thai.

Phẫu thuật lấy thai: mở bụng đường ngang trên vệ lấy ra một trai 2900g - Apgar 9/10, không có dấu hiệu xuất huyết + triệt sản hai vòi tử cung. Quá trình phẫu thuật không có gì bất thường.

Hậu phẫu diễn ra bình thường, không chảy máu. Bệnh nhân được truyền solumedrol 40mg/chai x 2 chai/ngày.

Xét nghiệm lại công thức máu ngay sau phẫu thuật 10 giờ: hồng cầu: 3,76T/l- Hb: 100g/l- tiểu cầu: 45G/l.

Công thức máu sau phẫu thuật ngày thứ 3: hồng cầu: 3,61T/l- Hb: 97g/l- tiểu cầu: 34G/l.

Công thức máu sau phẫu thuật ngày 4: hồng cầu: 3,23T/l- Hb: 91g/l- tiểu cầu: 43G/l.

Công thức máu sau phẫu thuật ngày 5: hồng cầu: 3,37- Hb: 95g/l- tiểu cầu: 55G/l.

Xét nghiệm sinh hoá và nước tiểu trong giới hạn bình thường.

Sơ sinh bình thường, không xuất huyết. Nhóm máu A+. Đông cầm máu bình thường.

Công thức máu sơ sinh: bạch cầu: 14,63G/l- hồng cầu: 4,46T/l- Hb: 158g/l- tiểu cầu: 84T/l.

Hết giai đoạn hậu phẫu năm ngày, bệnh nhân không có dấu hiệu xuất huyết và được xuất viện chuyển khám chuyên khoa huyết học, công thức máu con: tiểu cầu 15000/ml. Mẹ được kê đơn medrol 16mg x 1 viên/ngày, hẹn ba tháng khám lại.

## 3. Bàn luận

Giảm tiểu cầu đơn độc xảy ra trong thai kỳ bao gồm hai nguyên nhân: nguyên nhân thai nghén và nguyên nhân tự miễn (ITP).

Theo Cines DB (năm 2009) giảm tiểu cầu tự miễn (ITP) chỉ xảy ra ở 1-2‰ phụ nữ mang thai [2] nhưng lại là nguyên nhân phổ biến của giảm tiểu cầu đơn độc xảy ra vào ba tháng đầu hoặc ba tháng giữa của thai kỳ [3]. Bệnh do kháng thể kháng tiểu cầu gây ra (IgG).

Theo Evi Stavrou và cộng sự năm 2009 đa số bệnh được chẩn đoán một cách vô tình khi kiểm tra công thức máu định kỳ khi khám thai phát hiện giảm tiểu cầu một số ít trường hợp phát hiện giảm tiểu cầu nặng khi biểu hiện xuất huyết [5].

Cũng theo các tác giả này, việc chẩn đoán ITP là một chẩn đoán lâm sàng loại trừ dựa vào định nghĩa, bệnh sử. Bệnh được nghĩ đến khi giảm tiểu cầu đơn độc phát hiện trong thai kỳ mà không tìm được nguyên nhân, xảy vào giai đoạn sớm của thai kỳ và gây giảm tiểu cầu nặng (tiểu cầu < 50.000/ml) → phải điều trị. Với tiểu cầu trên 50.000/ml có thể sinh đường âm đạo; đối với sản phụ phải mổ đẻ, chỉ định gây mê được đặt ra khi tiểu cầu dưới 80.000/ml [1].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân có tiền sử hoàn toàn khỏe mạnh, hai lần sinh thường. Bệnh nhân không khám thai một cách nghiêm túc và không làm xét nghiệm trong ba tháng đầu nên bệnh không được phát hiện sớm.

Bệnh chỉ được phát hiện lúc ba tháng giữa của thai kỳ (lúc 5 tháng rưỡi) khi có dấu hiệu xuất huyết (chảy máu cam). Xét nghiệm công thức máu: tiểu cầu dưới 30 G/l. Rất may bệnh nhân này chưa có biến chứng của giảm tiểu cầu nặng (xuất huyết nội tạng, xuất huyết não).

Do bệnh nhân không có biến động gì về sản khoa, được phát hiện trong ba tháng giữa, xét nghiệm công thức máu chỉ có giảm tiểu cầu đơn độc nên đã được khám chuyên khoa huyết học, làm xét nghiệm chuyên khoa loại trừ các bệnh giảm tiểu cầu do nguyên nhân thực thể (nếu trong trường hợp có cấp cứu sản khoa kèm theo thì không thể loại trừ các bệnh huyết học khác). Kèm theo số lượng tiểu cầu giảm nặng (số lượng tiểu cầu lúc chưa điều trị là 13G/l) xuất hiện sớm trong thai kỳ (lúc 24 tuần) nên nghĩ đến chẩn đoán ITP thai kỳ, vì vậy đã được điều trị bằng corticoid (Methylpred, Solumedrol).

ITP có thể xuất hiện sớm từ ba tháng đầu của thai kỳ, tuy nhiên bệnh nhân này không khám và quản lý thai nghén, chỉ siêu âm thai kiểm tra thai, khi có biến chứng xuất huyết (chảy máu cam) mới đi khám nên không phát hiện sớm được bệnh.

Theo hướng dẫn của Hiệp hội huyết học Hoa kỳ (ASH) năm 2013[1] cho thấy: việc chẩn đoán sớm cũng như quản lý ITP thai nghén là một nhiệm vụ phức tạp, đòi hỏi sự hợp tác chặt chẽ giữa các bác sĩ sản khoa và các bác sĩ huyết học.

Bệnh nhân được chuyển từ Viện Huyết học và truyền máu Trung Ương chuyển sang Bệnh viện Phụ sản Trung Ương do thai 39 tuần có dấu hiệu chuyển dạ.

Khi chuyển dạ do tiểu cầu < 50.000/ml và có chỉ định mổ đẻ do yếu tố sản khoa nên được chỉ định mổ và truyền khối tiểu cầu để đảm bảo an toàn cho cuộc phẫu thuật. Bệnh nhân được gây mê vì tiểu cầu < 80.000/ml.

Sau phẫu thuật sơ sinh được làm xét nghiệm máu trong 24 giờ do yêu cầu đề tài phát hiện có giảm tiểu cầu (<150.000/ml) mặc dù không có biểu hiện xuất huyết. Tuy nhiên bệnh nhân không được tư vấn gì về nguy cơ này, chỉ được tư vấn về nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật. Sau năm ngày, bệnh nhân và sơ sinh đã được chuyển khám chuyên khoa huyết học: tiểu cầu sơ sinh trở về bình thường; bệnh nhân được kê đơn dùng corticoid và hẹn tái khám.

Theo Gill KK năm 2000, do kháng thể kháng tiểu cầu có thể qua hàng rào rau thai nên có thể gây giảm tiểu cầu ở thai nhi, tuy nhiên việc có ảnh hưởng hay không cũng như mức độ gây giảm tiểu cầu sơ sinh như thế nào vẫn vẫn để không thể tiên lượng được [7]. Mức độ giảm tiểu cầu của người mẹ không có sự tương quan hay phù hợp với nguy cơ hay mức độ giảm tiểu cầu của con. Vậy nên trong quản lý thai, sản phụ được chẩn đoán ITP cần phải được tư vấn về nguy cơ giảm tiểu cầu sơ sinh đặc biệt là xuất huyết nội sọ mặc dù tỷ lệ này rất thấp (theo Fujimura K và cộng sự năm 2002 là dưới 1%)[6].

Theo Burrows và cộng sự năm 1990, số lượng tiểu cầu sơ sinh thấp nhất vào ngày thứ hai, bắt đầu ổn

định hoặc tăng từ ngày thứ bảy [8]. Vì vậy cần phải làm công thức máu cho trẻ sơ sinh của những bà mẹ này để tiên lượng biến chứng, theo dõi cũng như xử trí kịp thời.

#### 4. Kết luận

Thai phụ khi có thai nên đi khám sớm từ ba tháng đầu của thai kỳ, cần được làm đầy đủ các xét nghiệm trong đó có công thức máu nhằm phát hiện các bệnh lý trước khi có thai cũng như chẩn đoán sớm bệnh lý thai kỳ: giảm tiểu cầu thai kỳ. Trong trường hợp nghi ngờ có thể gửi khám chuyên khoa để loại trừ các bệnh thực thể gây giảm tiểu cầu (suy tủy...) cũng như phối hợp điều trị giữa các bác sĩ sản khoa và các bác sĩ huyết học.

Khi phát hiện giảm tiểu cầu thai kỳ đơn độc đã nghĩ đến nguyên nhân tự miễn phải tư vấn nguy cơ không chỉ chảy máu cho thai phụ khi sinh mà còn phải tư vấn nguy cơ giảm tiểu cầu cũng như xuất huyết ở trẻ sơ sinh. Sau sinh cần phải theo dõi chặt chẽ các biến chứng xuất huyết cũng như làm xét nghiệm công thức máu cho tất cả trẻ sơ sinh của các bà mẹ giảm tiểu cầu để phát hiện sớm, tiên lượng các biến chứng ở trẻ sơ sinh, mặc dù rất hiếm gặp.

#### Tài liệu tham khảo

1. Anita Rajasekhar, Terry Gernsheimer, Roberto Stasi, Andra H. Jame. 2013 Clinical Practice Guide on Thrombocytopenia in Pregnancy. Quick reference. 2013.
2. Cines DB, Brsael JB, Liebman HA, et al. The ITP syndrome: pathogenic and clinical diversity. Blood. 2009. [PMC free article][PubMed]
3. Provan D, Newland A. Idiopathic thrombocytopenic purpura in adults. J Pediatr Hematol Oncol. 2003;25(Suppl 1):S34. [PubMed]
4. Shehata N, Burrows RF and Kelton JG. Gestational thrombocytopenia. Clin Obstet Gynecol Sur. 1999; 42(2):327-34. [PubMed]
5. Evi Stavrou, MD and Keith R. McCrae, MD. Immune

thrombocytopenia in pregnancy. Hematol Oncol Clin North Am. 2009 Dec; 23(6):1299-1316.

6. Fujimaru K, Harada Y, Fujimoto T, et al. Nationwide study of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnant women and the clinical influence on neonates. Int J Hematol. 2002;75(4):426. [PubMed]

7. Gill KK, Kelton JG. Management of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy. Semin Hematol. 2000;37(3):275. [PubMed]

8. Burrows RF, Kelton JG. Low fetal risks in pregnancies associated with idiopathic thrombocytopenic purpura. Am J Obstet Gynecol. 1990;163(4 Pt 1):1147. [PubMed]