

# DẪN NẪO THẤT

## MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ

### CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SANH VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

TS. BS. Lê Thị Thu Hà  
Khoa Khám Bệnh – BV Từ Dũ

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ dị tật bẩm sinh (DTBS) theo Bộ Lao động thương binh xã hội chiếm vào khoảng 3%. Dị tật hệ thần kinh trung ương là dị tật gây ảnh hưởng khá nặng nề đến đời sống thai nhi sau này. Theo thống kê tại bệnh viện Từ Dũ 1993 – 1997: tỉ lệ dị tật hệ thần kinh trung ương chiếm 24% trong tổng số dị tật sau sanh, trong đó tử vong là 86%.

Từ 1998 – 2001, trung tâm chẩn đoán tiền sản bệnh viện Từ Dũ đã phát hiện hơn 600 trường hợp thai bị DTBS, với dị tật hệ thần kinh trung ương là 52,8%. *Đặc biệt dẫn não thất chiếm 85% trong số này.*

Với siêu âm B- mode có thể chẩn đoán được dẫn não thất từ tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ. Vấn đề đặt ra là:

- Các bất thường đi kèm thường gặp là gì?
- Đánh giá trường hợp nào có thể nuôi được để tiếp tục dưỡng thai, trường hợp nào phải chấm dứt thai kỳ sớm để tránh những tai biến sản khoa do sanh thai lớn, cũng như ảnh hưởng đến tâm lý cho thai phụ và gia đình.

#### II. TỔNG QUAN Y VẤN

*Dẫn não thất* là tình trạng dẫn não thất bên do sự tích tụ nhiều dịch não tủy.

*Nguyên nhân:* do tăng sản xuất dịch não tủy, tắc nghẽn lưu thông, u nhú đám rối mạch mạc, xuất huyết nội sọ hoặc do nhiễm trùng bẩm sinh.

*Hậu quả:* có thể gây teo não, phá hủy não hoặc suy não.

*Chẩn đoán trước sanh:* rất quan trọng, vì có thể tiên lượng khả năng sống còn của bé sau này mà chấm dứt thai kỳ sớm hay tiếp tục dưỡng thai. Chẩn đoán chủ yếu bằng siêu âm B-mode. Đường kính não thất bên trung bình  $7,6\text{mm} \pm 0,6\text{mm}$ . Nếu đường kính này  $\geq 10\text{mm}$  được xem là dẫn não thất.

*Phân loại dẫn não thất:* thể nhẹ nếu đường kính não thất bên từ 10 – 15mm; thể trung bình từ 16 – 20mm, thể nặng > 20mm.

*Vị trí tắc nghẽn:* Dịch não tủy đi qua lỗ Monro đến não thất ba, do đó khi tắc nghẽn vị trí này thì não thất bên dẫn nhưng não thất ba bình thường. Tương tự, dịch não tủy qua kênh Sylvius đến não thất 4, khi tắc nghẽn vị trí này thì cả não thất bên lẫn não thất ba đều dẫn.

*Điều trị phẫu thuật đặt thông nối:*

Đặt thông nối từ trong bào thai cho đến nay còn rất hạn chế.

#### III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. *Thiết kế nghiên cứu:* case-report.

2. *Đối tượng nghiên cứu*

-Tiêu chuẩn chọn mẫu:

\* Tiêu chuẩn nhận vào nhóm nghiên cứu: Tất cả những thai phụ được chẩn đoán là dẫn não thất qua siêu âm B mode tại Trung tâm chẩn đoán tiền sản và sanh tại BV. Phụ Sản Từ Dũ từ 01/06/2000 đến 31/12/2001.

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- \*Thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- \*Mất dấu trong quá trình theo dõi.

#### IV. KẾT QUẢ và BÀN LUẬN

Từ tháng 01/06/2000 đến 31/12/2001, tại Trung tâm chẩn đoán tiền sản Bệnh viện Từ Dũ đã khám, tham vấn và theo dõi 536 trường hợp DTBS. Riêng dẫn não thất là **112** trường hợp, chiếm 20.9%

##### 1. Tuổi thai phụ:

- Tuổi trung bình là 29 (17 - 40). Tập trung nhiều (73,8%) ở tuổi từ 26 – 33.

##### 2. Địa chỉ:

*Bảng1. Phân bố địa chỉ trong các trường hợp dẫn não thất*

<i>Địa chỉ</i>	<i>Số trường hợp</i>	<i>%</i>
Thành phố HCM	49	43,8
Đồng Nai	12	10,7
Tây Ninh	9	8,0
Bình Dương	9	8,0
Tiền Giang	8	7,1
Long An	7	6,2
Vũng Tàu	6	5,4
Lâm Đồng	5	4,5
Vĩnh Long	5	4,5
Đà Nẵng	2	1,8
<b>Tổng cộng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

##### 3. Tiền căn gia đình

*Bảng2. Phân bố tiền căn gia đình trong các trường hợp dẫn não thất*

<i>Tiền căn gia đình</i>	<i>Số trường hợp</i>	<i>%</i>
- Có người dị tật còn sống	3	2,7
- Mẹ hoặc chị em gái sanh thai lưu, sẩy thai liên tiếp, sanh con dị tật chết	16	14,3
- Bệnh nội khoa: tiểu đường, cao huyết áp,...	9	8,0
- Không có gì đặc biệt	84	75
<b>Tổng cộng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

#### 4. Tiền căn bản thân

Bảng3. Phân bố tiền căn bản thân trong các trường hợp dẫn não thất

Tiền căn bản thân	Số trường hợp	%
- Sảy thai liên tiếp, thai lưu	12	10,7
- Bệnh nhiễm siêu vi, nhiễm trùng trong thai kỳ	28	25
- Dùng thuốc *	21	18,8
- Bệnh nội khoa: tiểu đường, cao huyết áp,...	10	8,9
- Không có gì đặc biệt	41	36,6
<b>Tổng cộng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

\* Có 6 trường hợp dùng thuốc tê, 10 trường hợp thai phụ tự ý mua thuốc dùng vì các bệnh như nhức răng, đau đầu...5 trường hợp điều trị bệnh bướu giáp, lao ...

#### 5. Nghề nghiệp:

Bảng4. Phân bố nghề nghiệp trong các trường hợp dẫn não thất

Nghề nghiệp	Số trường hợp	%
- Có tiếp xúc với hóa chất (uốn tóc, nhuộm, nông dân có dùng thuốc trừ sâu, công nhân nhà máy giấy...)	16	14,3
- Không tiếp xúc với hóa chất	96	85,7
<b>Tổng cộng</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

#### 6. Tuổi thai phát hiện dẫn não thất

Tuổi thai	Số trường hợp		
	Thể nặng	Thể trung bình	Thể nhẹ
14 – 17 tuần	2	1	1
18 – 24 tuần	29	26	39
25 – 30 tuần	2	5	6
> 30 tuần	0	0	1
<b>Tổng cộng</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>47</b>

Hầu hết các trường hợp dẫn não thất được phát hiện vào tuổi thai từ 18 – 24 tuần (94/112).

#### 7. Dẫn não thất thể nặng

a. Dị tật đi kèm: 7 trường hợp/ 33 dẫn não thất thể nặng (21,2%)

Dị tật bẩm sinh đi kèm	Số trường hợp
Tràn dịch màng phổi + màng tim	2
Tay chân khoèo	2
Không quan sát dạ dày (nghi hẹp thực quản)	1
Thoát vị rốn	1
Thận đa nang	1
<b>Tổng cộng</b>	<b>7</b>

b. Alpha foetoprotein

- Thực hiện 4 trường hợp trong số 33 trường hợp. Đây là 4 trường hợp được theo dõi thêm sau 2 tuần. Kết quả 4 trường hợp này đều ở giá trị trong giới hạn bình thường (87ng/l – 326ng/l). Các trường hợp còn lại được nhập viện chấm dứt thai kỳ.

c. *Nhiễm sắc đồ tế bào ối*

Không thực hiện được trường hợp nào vì chi phí khá đắt không được chấp thuận của thai phụ.

d. *Tiến triển – dự hậu*

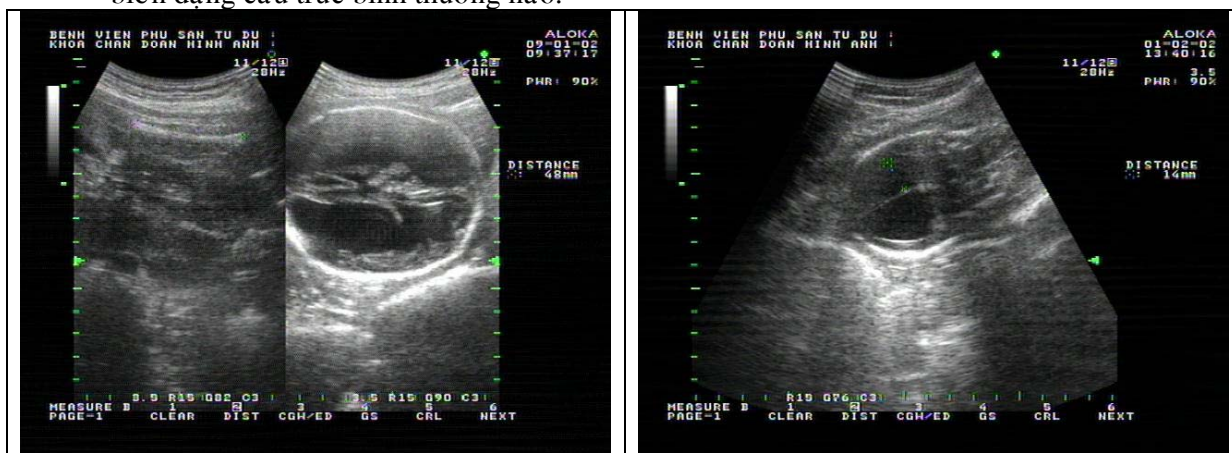
Trong số 33 trường hợp dẫn não thất thể nặng:

- 2 trường hợp *chết lưu* sau khi phát hiện 5 ngày.
- 31 trường hợp còn lại được chấm dứt thai kỳ = Kovac's, sanh ngã âm đạo.

Tất cả các trường hợp đều phù hợp chẩn đoán trước sanh.

*Tiên lượng* dẫn não thất thể nặng rất xấu.

*Xử trí:* nên chấm dứt thai kỳ khi có những biến chứng: teo não, phá hủy nhu mô não, biến dạng cấu trúc bình thường não.



8. *Dẫn não thất thể trung bình*

a. *Dị tật đi kèm: 5 trường hợp/ 32 dẫn não thất thể trung bình(14,3%)*

<i>Dị tật bẩm sinh đi kèm</i>	<i>Số trường hợp</i>
Ngấn chi	2
Tay chân khoèo	1
Không quan sát dạ dày (nghi hẹp thực quản)	1
Tim bẩm sinh	1
<b><i>Tổng cộng</i></b>	<b>5</b>

b. *Alpha foetoprotein*

- Thực hiện 28 trường hợp trong số 33 trường hợp.
  - 26 trường hợp có giá trị trung bình
  - 2 trường hợp cao (> 500ng/l)

c. *Nhiễm sắc đồ tế bào ối*

Thực hiện 3 trường hợp. Kết quả không thấy bất thường.

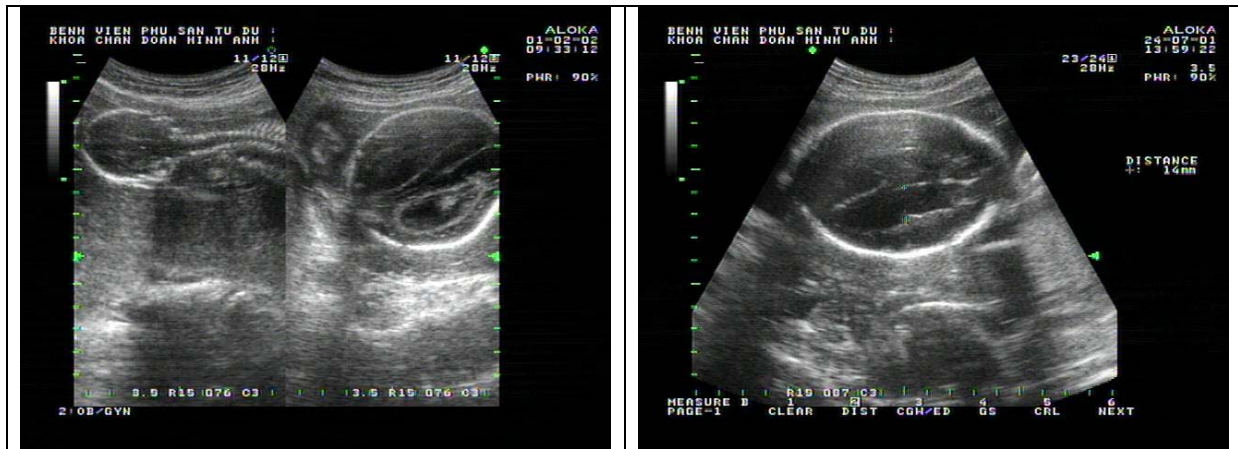
d. *Tiến triển – dự hậu*

Theo dõi mỗi 2 tuần bằng siêu âm đánh giá tiến triển của dẫn não thất. Chúng tôi nhận thấy rằng:

- 18 trường hợp tiến triển xấu dần sang thể nặng sau 3 lần theo dõi. Trong đó có 2 trường hợp kèm dị tật bẩm sinh khác (1 hẹp thực quản, 1 tim 3 buồng). Tất cả đều được chấm dứt thai kỳ.

- 12 trường hợp lượng dịch không thay đổi qua >3 lần theo dõi. Trong đó có 3 trường hợp kèm dị tật chi: chấm dứt thai kỳ sớm. 1 trường hợp thai chết lưu sau khi phát hiện lần đầu 2 tuần. Những trường hợp còn lại theo dõi đến ngày sanh.
- 2 trường hợp tiến triển nhẹ (não thất bên từ 1,6cm giảm xuống còn 1,2cm): sanh con bình thường.

*Tiên lượng* dẫn não thất thể trung bình tương đối xấu. 18/33 (54,5%) tiến triển nặng dần.  
*Xử trí:* Khi tiến triển nặng nên chấm dứt thai kỳ.



## 9. Dẫn não thất thể nhẹ

a. *Dị tật đi kèm:* 6 trường hợp/ 47 dẫn não thất thể nhẹ (12,8%)

<i>Dị tật bẩm sinh đi kèm</i>	<i>Số trường hợp</i>
Hẹp tá tràng, hẹp thực quản	2
Tay chân khoèo	2
Ngấn chi	1
Thoát vị rốn	1
<b>Tổng cộng</b>	<b>6</b>

b. *Alpha foetoprotein*

- Thực hiện 46 trường hợp trong số 47 trường hợp. Có 2 trường hợp AFP có giá trị cao hơn bình thường.

c. *Nhiễm sắc thể bào ối*

Được thực hiện trong 6 trường hợp. Không ghi nhận bất thường.

Theo Chervenak và cs (1985) có 10% dẫn não thất thể nhẹ kèm rối loạn nhiễm sắc thể.

d. *Tiến triển – dự hậu*

Trong số 47 trường hợp dẫn não thất thể nhẹ:

- 4 trường hợp kèm dị tật chi và thoát vị rốn: chấm dứt thai kỳ
- 2 trường hợp kèm hẹp thực quản và tá tràng theo dõi đến trưởng thành và được phẫu thuật bé sau sanh tại bệnh viện Nhi Đồng. Cả 2 trường hợp này bé chết sau mổ trong vòng 3 ngày.
- 41 trường hợp còn lại được theo dõi đo khoang não thất bên mỗi 2 – 3 tuần. Có 3 trường hợp (3/41 = 7,3%) diễn tiến nặng dần: chấm dứt thai kỳ. 38 trường hợp còn lại theo dõi đến ngày sanh. 23 trường hợp

(chiếm 23/41 = 56,1%) ổn định (số đo khoang não thất bên không đổi).  
15 trường hợp (15/41 = 36,6%) tiến triển tốt dần. Cả 38 bé sinh ra khỏe mạnh trong 1 tháng đầu.

Theo Hudgins và cs (1988) 9,1% dẫn não thất nhẹ tiến triển nặng dần, 86,4% ổn định và 4,5% hồi phục hẳn. Số trường hợp diễn tiến nhẹ đi trong nghiên cứu này cao hơn hẳn so với tác giả trên. Tuy nhiên, việc theo dõi các bé để kiểm tra chỉ số IQ chưa thực hiện được. Theo Laurence và cs (1962), khi không làm phẫu thuật thông nối, 20 – 23% trẻ có dẫn não thất sống đến tuổi trưởng thành và 38% đạt chỉ số IQ > 85.

*Tiên lượng* dẫn não thất thể nhẹ tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Nếu có kèm dị tật khác tiên lượng xấu.

*Xử trí:* Có thể theo dõi cho đến khi thai trưởng thành ở những trường hợp dẫn não thất nhẹ đơn thuần không kèm dị tật khác.

## V. KẾT LUẬN

Dẫn não thất là một tình trạng bất thường thai nhi rất thường gặp. Việc chẩn đoán tương đối dễ dàng nhờ vào siêu âm. Tiên lượng những trường hợp dẫn não thất thể nặng rất xấu, việc xử trí tương đối dễ dàng. Những trường hợp dẫn não thất thể nhẹ có tiên lượng khá tốt. Tuy nhiên, việc xử trí như thế nào cho thích hợp còn nhiều vấn đề cần bàn cãi.

## REFERENCES

1. [Davis, GH. Fetal hydrocephalus. Clin Perinatol 2003; 30:531.](#)
2. Menkes, JH, Sarnat, HB. Neuroembryology, Genetic Programming, and Malformations. In: Child Neurology, 6th ed, Menkes JH, Sarnat HB (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2000. p. 354.
3. [Partington, MD. Congenital hydrocephalus. Neurosurg Clin N Am 2001; 12:737.](#)
4. Jorde, LB (Ed). Medical Genetics. Mosby Inc., St. Louis 2000. p. 250.
5. [Valsky, DV, Ben-Sira, L, Porat, S, et al. The role of magnetic resonance imaging in the evaluation of isolated mild ventriculomegaly. J Ultrasound Med 2004; 23:519.](#)
6. [Pilu, G, Reece, EA, Goldstein, I, et al. Sonographic evaluation of the normal developmental anatomy of the fetal cerebral ventricles: II. The atria. Obstet Gynecol 1989; 73:250.](#)
7. [Achiron, R, Yagel, S, Rotstein, Z, et al. Cerebral lateral ventricular asymmetry: is this a normal ultrasonographic finding in the fetal brain?. Obstet Gynecol 1997; 89:233.](#)
8. [Senat, MV, Bernard, JP, Schwarzler, P, et al. Prenatal diagnosis and follow-up of 14 cases of unilateral ventriculomegaly. Ultrasound Obstet Gynecol 1999; 14:327.](#)
9. [Sadan, S, Malinger, G, Schweiger, A, et al. Neuropsychological outcome of children with asymmetric ventricles or unilateral mild ventriculomegaly identified in utero. BJOG 2007; 114:596.](#)
10. [Durfee, SM, Kim, FM, Benson, CB. Postnatal outcome of fetuses with the prenatal diagnosis of asymmetric hydrocephalus. J Ultrasound Med 2001; 20:263.](#)
11. [Kinzler, WL, Smulian, JC, McLean, DA, et al. Outcome of prenatally diagnosed mild unilateral cerebral ventriculomegaly. J Ultrasound Med 2001; 20:257.](#)

12. [Cardoza, JD, Filly, RA, Podrasky, AE. The dangling choroid plexus: a sonographic observation of value in excluding ventriculomegaly. AJR Am J Roentgenol 1988; 151:767.](#)
13. [Pretorius, DH, Drose, JA, Manco-Johnson, ML. Fetal lateral ventricular ratio determination during the second trimester. J Ultrasound Med 1986; 5:121.](#)
14. Pilu, G, Falco, P, Perolo, A, Visentin, A. Ultrasound evaluation of the fetal eural Axis. In: *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 4th ed, Callen, PE (Ed), W.B. Saunders Co., Philadelphia 2000. p. 279.
15. [Gaglioti, P, Danelon, D, Bontempo, S, et al. Fetal cerebral ventriculomegaly: outcome in 176 cases. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25:372.](#)
16. [Jamieson, DJ, Kourtis, AP, Bell, M, Rasmussen, SA. Lymphocytic choriomeningitis virus: an emerging obstetric pathogen? Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1532.](#)
17. [Bonthius, DJ, Wright, R, Tseng, B, et al. Congenital lymphocytic choriomeningitis virus infection: Spectrum of disease. Ann Neurol 2007; ;.](#)
18. [Chow, KC, Lee, CC, Lin, TY, Shen, WC, et al. Congenital enterovirus 71 infection: a case study with virology and immunohistochemistry. Clin infect Dis 2000; 31:509.](#)
19. [Seidman, DS, Nass, D, Mendelson, E, et al. Prenatal ultrasonographic diagnosis of fetal hydrocephalus due to infection with parainfluenza virus type 3. Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 7:52.](#)
20. [Katz, VL, McCoy, MC, Kuller, JA, Hansen, WF. An association between fetal parvovirus B19 infection and fetal anomalies: a report of two cases. Am J Perinatol 1996; 13:43.](#)
21. [Sarnat, HB. Ependymal reactions to injury. A review. J Neuropathol Exp Neurol 1995; 54:1.](#)
22. [Bromley, B, Frigoletto, FD Jr, Benacerraf, BR. Mild fetal lateral cerebral ventriculomegaly: clinical course and outcome. Am J Obstet Gynecol 1991; 164:863.](#)
23. [Tomlinson, MW, Treadwell, MC, Bottoms, SF. Isolated mild ventriculomegaly: associated karyotypic abnormalities and in utero observations. J Matern Fetal Med 1997; 6:241.](#)
24. [Graham, E, Duhl, A, Ural, S, et al. The degree of antenatal ventriculomegaly is related to pediatric neurological morbidity. J Matern Fetal Med 2001; 10:258.](#)
25. [Blaicher, W, Prayer, D, Mittermayer, C, et al. The clinical impact of magnetic resonance imaging in fetuses with central nervous system anomalies on ultrasound scan. Ultraschall Med 2005; 26:29.](#)
26. [Levine, D, Barnes, PD, Robertson, RR, et al. Fast MR imaging of fetal central nervous system abnormalities. Radiology 2003; 229:51.](#)
27. [Simon, EM, Goldstein, RB, Coakley, FV, et al. Fast MR imaging of fetal CNS anomalies in utero. AJNR Am J Neuroradiol 2000; 21:1688.](#)
28. [Whitby, EH, Paley, MN, Sprigg, A, et al. Comparison of ultrasound and magnetic resonance imaging in 100 singleton pregnancies with suspected brain abnormalities. BJOG 2004; 111:784.](#)
29. [Griffiths, PD, Paley, MN, Widjaja, E, et al. In utero magnetic resonance imaging for brain and spinal abnormalities in fetuses. BMJ 2005; 331:562.](#)

30. [Ouahba, J, Luton, D, Vuillard, E, et al. Prenatal isolated mild ventriculomegaly: outcome in 167 cases. BJOG 2006; 113:1072.](#)
31. [Morris, JE, Rickard, S, Paley, MN, et al. The value of in-utero magnetic resonance imaging in ultrasound diagnosed foetal isolated cerebral ventriculomegaly. Clin Radiol 2007; 62:140.](#)
32. [Salomon, LJ, Ouahba, J, Delezoide, AL, et al. Third-trimester fetal MRI in isolated 10- to 12-mm ventriculomegaly: is it worth it?. BJOG 2006; 113:942.](#)
33. [Levine, D, Kazan-Tannus, JF, Metha, TS, et al. OC15: Concordance of prenatal ultrasound and MR diagnoses in fetuses referred for ventriculomegaly. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30:371.](#)
34. [Manning, FA, Harrison, MR, Rodeck, C. Catheter shunts for fetal hydronephrosis and hydrocephalus: Report of the International Fetal Surgery Registry. N Engl J Med 1986; 315:336.](#)
35. [von Koch, CS, Gupta, N, Sutton, LN, Sun, PP. In utero surgery for hydrocephalus. Childs Nerv Syst 2003; 19:574.](#)
36. [Chasen, ST, Chervenak, FA, McCullough, LB. The role of cephalocentesis in modern obstetrics. Am J Obstet Gynecol 2001; 185:734.](#)
37. [Varadi, V, Toth, Z, Torok, O, Papp, Z. Heterogeneity and recurrence risk for congenital hydrocephalus \(ventriculomegaly\): a prospective study. Am J Med Genet 1988; 29:305.](#)
38. [Jouet, M, Kenwrick, S. Gene analysis of L1 neural cell adhesion molecule in prenatal diagnosis of hydrocephalus. Lancet 1995; 345:161.](#)
39. [Signorelli, M, Tiberti, A, Valseriati, D, et al. Width of the fetal lateral ventricular atrium between 10 and 12 mm: a simple variation of the norm?. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23:14.](#)
40. [Laskin, MD, Kingdom, J, Toi, A, et al. Perinatal and neurodevelopmental outcome with isolated fetal ventriculomegaly: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med 2005; 18:289.](#)
41. [Vergani, P, Locatelli, A, Strobelt, N, et al. Clinical outcome of mild fetal ventriculomegaly. Am J Obstet Gynecol 1998; 178:218.](#)
42. [Pilu, G, Falco, P, Gabrielli, S, et al. The clinical significance of fetal isolated cerebral borderline ventriculomegaly: report of 31 cases and review of the literature. Ultrasound Obstet Gynecol 1999; 14:320.](#)
43. [Goldstein, RB, La Pidus, AS, Filly, RA, Cardoza, J. Mild lateral cerebral ventricular dilatation in utero: clinical significance and prognosis. Radiology 1990; 176:237.](#)
44. [Bloom, SL, Bloom, DD, DellaNebbia, C, et al. The developmental outcome of children with antenatal mild isolated ventriculomegaly. Obstet Gynecol 1997; 90:93.](#)
45. [Futagi, Y, Suzuki, Y, Toribe, Y, Morimoto, K. Neurodevelopmental outcome in children with fetal hydrocephalus. Pediatr Neurol 2002; 27:111.](#)
46. [Breeze, AC, Alexander, PM, Murdoch, EM, et al. Obstetric and neonatal outcomes in severe fetal ventriculomegaly. Prenat Diagn 2007; 27:124.](#)