

"Journal Club" là chuyên mục mới của Y HỌC SINH SẴN, nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần đây.

CẬP NHẬT NHỮNG NGHIÊN CỨU MỚI TRONG LĨNH VỰC CHĂM SÓC TIỀN SẢN

What is new in prenatal care? Best articles from the past

Turrentine

The Department of Obstetrics and Gynecology at Kelsey - Seybold Clinic, Houston. Obstet Gynecol 2014;0:1-2. Doi:10.1097/AOG.0000000000000482

BS. Phạm Thị Phương Anh - Bệnh viện Mỹ Đức

SINH THƯỜNG HOẶC MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG ĐỐI VỚI SONG THAI

Song thai được xem là thai kỳ nguy cơ cao, có thể xảy ra nhiều biến chứng, nhất là vào thời điểm chuyển dạ. Hiện tại, mổ lấy thai chủ động là một giải pháp làm giảm thiểu nguy cơ tai biến khi sinh. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, đa quốc gia, đa trung tâm trên 2.800 trường hợp song thai từ 32 0/7 đến 38 6/7 tuần, ngời đầu, nhằm so sánh kết cục

thai kỳ giữa sinh ngã âm đạo và mổ lấy thai chủ động, đã công bố kết quả năm 2013. Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về bệnh suất và tử suất ở trẻ sơ sinh (2,2% so với 1,9%; OR=1,16; 95% CI 0,77-1,74; P=0,49), đồng thời cũng không có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh và tử vong mẹ (7,3% so với 8,5%; OR=0,86; 95% CI 0,65-1,13; P=0,29) giữa việc mổ lấy thai chủ động và sinh ngã âm đạo. Qua các nghiên cứu trên, có thể thấy đối với các trung tâm lớn, bác sĩ sản khoa có nhiều kinh nghiệm trong đỡ sinh song thai thì không có sự khác biệt về bệnh suất và tử suất của thai phụ và thai

nhì giữa 2 phương pháp sinh. Tỷ lệ kết cục thai kỳ bất lợi cũng thấp ở cả 2 nhóm. Tuy nhiên, 44% thai phụ dự định sinh ngã âm đạo đã phải mổ lấy thai.

TẦM SOÁT LỆCH BỘI DỰA VÀO DNA TẾ BÀO TỰ DO TRONG MÁU MẸ SO VỚI PHƯƠNG PHÁP CHUẨN HIỆN NAY

Xét nghiệm DNA tế bào tự do trong máu mẹ ở các trường hợp nguy cơ cao phát hiện hầu hết các trường hợp lệch bội với độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán âm cao. Tuy nhiên, vai trò của xét nghiệm này trong các thai kỳ nguy cơ thấp còn chưa rõ. Một nghiên cứu tiền cứu đa trung tâm nhằm so sánh tỷ lệ dương tính giả giữa xét nghiệm DNA tế bào tự do trong máu mẹ với phương pháp tầm soát lệch bội truyền thống. Hơn 2.000 thai phụ được khảo sát, độ tuổi trung bình là 29,6, trong đó, 77% trường hợp được tầm soát trong tam cá nguyệt I. Kết quả tỷ lệ dương tính giả trong tầm soát trisomy 21 và trisomy 18 thấp hơn phương pháp truyền thống: 0,3% (6/1.909) so với 3,6% (69/1.909) đối với trisomy 21 và 0,2% (3/1.905) so với 0,6% (11/1.905) đối với trisomy 18. Như vậy, có 9 trường hợp xét nghiệm DNA tế bào tự do trong máu mẹ cho kết quả dương tính nhưng phương pháp tầm soát truyền thống có kết quả âm tính và 9 trẻ đều bình thường sau sinh. Tuy vậy, phương pháp tầm soát dựa vào DNA tế bào tự do trong máu mẹ cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội so với phương pháp truyền thống như tỷ lệ dương tính giả thấp và tỷ lệ tiên đoán dương cao. Nhưng vẫn còn điểm hạn chế là giá thành cao nên chưa thể áp dụng rộng rãi trong dân số.

ẢNH HƯỞNG CỦA VIỆC TIÊU THỤ ALCOHOL LƯỢNG ÍT ĐẾN TRUNG BÌNH TRONG GIAI ĐOẠN SỚM CỦA THAI KỲ TRÊN HÀNH VI TRẺ 5 TUỔI

Tiêu thụ alcohol lượng nhiều khi mang thai ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ thai nhi. Tuy nhiên, ảnh hưởng

của việc tiêu thụ lượng ít đến trung bình vẫn còn chưa rõ. Do đó, một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu trên toàn quốc gia Đan Mạch đã khảo sát 1.628 thai phụ có dùng alcohol trong giai đoạn sớm, trung bình là 17 tuần tuổi. Thông tin về lượng tiêu thụ alcohol được ghi nhận và phân loại. Lượng thấp - trung bình khi dùng 1-4 phần uống/tuần, lượng nhiều khi dùng từ 5 phần uống/tuần trở lên. Câu hỏi đánh giá hành vi trẻ có giá trị do cả cha mẹ và người dạy trẻ trả lời. Phiếu câu hỏi nhằm đánh giá về cảm xúc, việc tăng vận động hay giảm chú ý, các vấn đề liên quan đến mối quan hệ xã hội. Kết quả cho thấy không có ảnh hưởng đặc biệt nào về hành vi của trẻ 5 tuổi trong trường hợp mẹ tiêu thụ alcohol lượng ít - trung bình và lượng nhiều trong giai đoạn sớm của thai kỳ. Cho đến thời điểm hiện nay, ngưỡng alcohol an toàn trong thai kỳ vẫn còn chưa được biết rõ. Tuy nhiên, nếu thai phụ quá lo lắng do sử dụng alcohol trước khi biết có thai thì cần được trấn an vì các ảnh hưởng bất lợi không tồn tại lâu dài trên sự phát triển hành vi của trẻ, kể cả trong trường hợp mẹ dùng alcohol lượng ít - trung bình hay lượng nhiều.

ĐỊNH NGHĨA LẠI THUẬT NGỮ "TERM PREGNANCY"

Theo quan niệm trước đây, "term pregnancy" là khi thai được sinh từ 37 0/7 đến 41 6/7 tuần tuổi. Một đồng thuận mới của nhiều hiệp hội, trong đó có ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) đã định nghĩa lại thuật ngữ "term pregnancy" dựa vào những kết cục bất lợi của trẻ sau sinh ở các tuần tuổi thai khác nhau. Theo đó, những trẻ sinh từ 37 0/7 đến 38 6/7 tuần được xem là "early term", từ 39 0/7 đến 40 6/7 tuần được phân loại là "full term" và những trẻ sinh từ 41 0/7 đến 41 6/7 tuần được xem là "late term". Điều quan trọng là cần biết được chính xác ngày dự sinh để tính tuổi thai. Theo thống nhất của các tổ chức trên, nếu không biết rõ ngày kinh chót thì có thể dựa vào siêu âm, tối đa là 13 6/7 tuần để tính ngày dự sinh, với dao động trong vòng 5 ngày. Siêu âm đúng kỹ thuật trong tam cá nguyệt I là phương pháp tính tuổi thai chính xác nhất. Nếu có sự khác biệt từ 6 ngày trở lên giữa ngày kinh chót và siêu âm thì ngày dự sinh nên được tính dựa vào siêu âm.



VACCINE HPV KHÔNG LÀM TĂNG NGUY CƠ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine and the Risk of Venous Thromboembolism

Scheller Nikolai Madrid, Pasternak Björn, Svanström Henrik,
Hviid Anders

JAMA 2014;312(2):187. Doi:10.1001/jama.2014.2198

BS. Bùi Quang Trung - Bệnh viện Mỹ Đức

Ngày nay, khi vấn đề tầm soát, chẩn đoán và điều trị các bệnh lý do HPV gây ra đã đạt được những bước tiến lớn lao, thì mối quan tâm lớn nhất hiện nay là mảng dự phòng các bệnh lý này cho các thể hệ tương lai. Vaccine HPV4 (ngừa 4 type HPV6, 11, 16 và 18) được coi là biện pháp dự phòng ban đầu hiệu quả trong việc bảo vệ các thể hệ tương lai tránh khỏi các bệnh lý do HPV gây ra. Tỷ lệ sử dụng của vaccine ngày càng được bao phủ rộng khắp trên toàn thế giới. Tuy

nhien, bên cạnh những báo cáo về hiệu quả bảo vệ và mức độ an toàn cao của vaccine HPV4, thì vẫn còn những báo cáo có nhắc tới các biến chứng hay các triệu chứng bất thường ở các trường hợp được tiêm ngừa vaccine này. Liên quan đến huyết khối tĩnh mạch – một vấn đề rất được quan tâm hiện nay, có 2 báo cáo của CDC cho thấy có vẻ như có mối liên quan của việc dùng vaccine HPV4 và các trường hợp hiếm hoi bị huyết khối tĩnh mạch. Những thông tin này đôi khi

gây ra sự lo lắng không chỉ cho phụ huynh và các đối tượng được tiêm ngừa, mà còn gây khó khăn ít nhiều cho nhân viên y tế.

Để đánh giá kiểm chứng lại thông tin trên của CDC, trong nghiên cứu vừa được công bố trên Tạp chí JAMA số tháng 07/2014, các nhà nghiên cứu đến từ Đan Mạch đã tiến hành rà soát lại nguồn dữ liệu sức khỏe quốc gia để cố gắng tìm kiếm bất kỳ mối liên quan tiềm ẩn nào đó giữa việc sử dụng vaccine HPV4 và huyết khối tĩnh mạch. Trong tổng số hơn 1,6 triệu phụ nữ Đan Mạch trong độ tuổi 10-44, có tổng cộng 500.345 phụ nữ được tiêm ít nhất 1 liều vaccine HPV4 trong khoảng thời gian từ tháng 10/2006 đến tháng 07/2013. Các nhà nghiên cứu xác định trong tổng số hơn 1,6 triệu phụ nữ nói trên, có 5.396 trường hợp bị huyết khối tĩnh mạch. Các nhà nghiên cứu loại bỏ các trường hợp xảy ra với những yếu tố nguy cơ cao đã được biết như: mang thai, phẫu thuật lớn hay các phẫu thuật ổ chi dưới trong vòng 4 tuần trước khi được chẩn đoán hoặc được chẩn đoán ung thư trong vòng 1 năm trước đó. Do đó, còn lại 4.375 trường hợp được đưa vào phân tích, bao gồm 889 trường hợp xảy ra ở phụ nữ được tiêm ngừa HPV4 và 3.486 trường hợp còn lại không tiêm ngừa HPV4.



Các nhà nghiên cứu xác định khoảng thời gian nguy cơ chủ yếu là 1-42 ngày sau tiêm vaccine. Ngoài ra, các tác giả còn phân chia ra các khoảng thời gian nhỏ hơn 1-14 ngày, 15-28 ngày và 29-42 ngày để phân tích được kỹ hơn.

Kết quả phân tích cho thấy tỉ lệ bị huyết khối tĩnh mạch trung bình của mỗi người mỗi năm là 0,159 đối với tất cả các nhóm trong suốt thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu không thấy có thời điểm nào có sự gia tăng đáng kể tỉ lệ huyết khối. Sau khi tiêm ngừa, thậm chí tỉ lệ này còn sụt giảm. Cụ thể, tỉ lệ chung trong khoảng 42 ngày sau tiêm vaccine là 0,126. Các tỉ lệ tương ứng trong các khoảng thời gian 1-14 ngày; 15-28 ngày và 29-42 ngày lần lượt là 0,102; 0,103 và 0,174.

Bởi vì thuốc kháng đông và thuốc ngừa thai dạng uống có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch, các tác giả đã phân tích theo riêng từng nhóm có sử dụng các thuốc này và cũng không thấy sự khác biệt giữa nhóm phụ nữ có tiêm và không tiêm vaccine HPV4. Khi phân tích theo từng nhóm tuổi, các tác giả cũng không tìm thấy bất kỳ một sự khác biệt có ý nghĩa nào.

Quay trở lại các trường hợp được CDC báo cáo trước đây, các tác giả nhận thấy đây chủ yếu là các trường hợp báo cáo ca bệnh, với số trường hợp bị huyết khối tĩnh mạch ở phụ nữ có tiêm vaccine HPV4 là không nhiều. Thêm nữa, những ca này dường như cũng tồn tại những yếu tố nguy cơ rõ ràng khác, do đó thật không dễ dàng gì để qui kết vai trò gây huyết khối tĩnh mạch của vaccine HPV4.

Trong khi đó, các kết quả của nghiên cứu này có giá trị mạnh mẽ hơn và được kiểm soát tốt hơn. Kết quả của nghiên cứu bổ sung thêm những dữ liệu cần thiết vào hồ sơ an toàn của vaccine HPV4, đặc biệt, khi đây là thông tin liên quan đến huyết khối tĩnh mạch – một vấn đề đang rất được chú ý hiện nay.



VACCINE HPV CỐ HIỆU QUẢ KÉO DÀI

Long-term Study of a Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine

Ferris Daron, Samakoses Rudiwilai, Block Stan L et al.

Pediatrics 2014;134:3e657-e665. Published ahead of print August 18, 2014. Doi:10.1542/peds.2013-4144

BS. Bùi Quang Trung - Bệnh viện Mỹ Đức

Được cấp phép sử dụng từ năm 2006 đến nay, vaccine HPV tứ giá (HPV4) phòng ngừa 4 type HPV (6, 11, 16, 18) đã cho thấy có đáp ứng miễn dịch tốt với mức độ an toàn cao theo kết quả của nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu đó đều chỉ mới theo dõi được đáp ứng miễn dịch và mức độ an toàn trong một thời gian ngắn. Hiện vẫn còn thiếu những nghiên cứu về hiệu quả, đáp ứng miễn dịch và mức độ an toàn kéo dài của vaccine HPV. Vì vai trò quan trọng của vaccine HPV trong việc bảo vệ cho các thế hệ tương lai, nhiều nghiên cứu vẫn đang được tiến hành.

Một nhóm các tác giả đến từ nhiều trung tâm khác nhau trên thế giới vừa cho đăng tải một nghiên cứu được coi là lâu dài nhất từ trước đến nay về vaccine HPV trên tạp chí *Pediatrics* (thuộc Viện hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ) số tháng 09/2014. Trong nghiên cứu này, để tránh nguy cơ đối tượng nghiên cứu đã bị nhiễm virus HPV trước đó, các tác giả chọn nhóm đối tượng nghiên cứu là các trẻ em và vị thành niên 9-15 tuổi, chưa quan hệ tình dục, gồm cả 2 giới tính. Nghiên cứu được thiết kế ngẫu nhiên, mù đôi, có nhóm chứng và có sử dụng giả dược. Có 1.661 đối tượng nghiên cứu được phân chia

ngẫu nhiên theo tỉ lệ 2:1 vào 2 nhóm: nhóm được tiêm HPV4 (n=1.179) và nhóm placebo (n=482). Thời điểm tiêm vaccine cũng như placebo là vào các tháng 0, 2 và 6 như khuyến cáo. Đối với nhóm placebo, sẽ được bắt đầu cho tiêm 3 mũi vaccine HPV4 vào tháng thứ 30 kể từ thời điểm bắt đầu nghiên cứu. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả, đáp ứng miễn dịch và mức độ an toàn kéo dài đến các thời điểm 72, 96 và 126 tháng.

Về đáp ứng miễn dịch tại thời điểm 96 tháng (là thời điểm công bố tạm thời kết quả của nghiên cứu), nồng độ kháng thể đối với các type HPV6/11/16 và 18 tương ứng ở cả 2 nhóm giới tính lần lượt là 88,4%; 89,1%; 96,8% và 64,1%. Trong khi đó, tỉ lệ IgG dương tính của các type HPV6/11/16 và 18 tương ứng là 94,3%; 89,4%; 99,5% và 88,8%. Những kết quả này cho thấy hiệu lực bảo vệ của vaccine HPV4 vẫn còn kéo dài.

Về mức độ an toàn, trong suốt 8 năm nghiên cứu, không có biến chứng hay các hậu quả nghiêm trọng nào được báo cáo. Ở nhóm tiêm HPV4 (cả 2 giới), có 2 trường hợp nhiễm HPV16 được phát hiện, tuy nhiên đều tự thoái triển trong vòng 12 tháng theo dõi. Ở nhóm placebo, 4 trường hợp nhiễm HPV18 còn tồn tại sau hơn 12 tháng theo dõi và có 1 trường hợp CIN1 được chẩn đoán.

Tuy nhiên, nghiên cứu có hạn chế là kích thước mẫu nhỏ, có thể làm giảm tỉ lệ xuất hiện các biến chứng hay tác dụng không mong muốn, do đó có thể ảnh hưởng đến mức độ an toàn của vaccine.

Tuy đây mới chỉ là công bố tạm thời, nhưng những kết quả đã phân tích cho thấy hiệu quả, đáp ứng miễn dịch bền vững và mức độ an toàn cao của vaccine HPV4 trên đối tượng trẻ em và vị thành niên.

Sứ mệnh

Nâng cao chất lượng các dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị vô sinh nam.



MIG gồm những ai?

MIG (Male Infertility Group) tập trung những chuyên gia đầu ngành, có tâm huyết về nghiên cứu và thực hành, lâm sàng và cận lâm sàng, các lãnh vực liên quan vô sinh nam.

Hoạt động

Cập nhật và cung cấp thông tin chuyên ngành
Huấn luyện kiến thức và kỹ năng chuyên môn
Thúc đẩy và thực hiện nghiên cứu khoa học

HOSREM
Knowledge for Better Healthcare





TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HỖ EO TỬ CUNG THEO Y HỌC CHỨNG CỨ

Cervical insufficiency

Vincenzo Berghella

Uptodate. Literature review current through: Sep 2014. This topic last updated: Sep 19, 2014. http://www.uptodate.com/contents/cervicalinsufficiency?source=search_result&search=cervical+insufficiency&selectedTitle=1~37

BS. Hê Thanh Nhã Yến - Bệnh viện Mỹ Đức

GIỚI THIỆU

Cổ điển, thuật ngữ "cervical insufficiency", tạm dịch là cổ tử cung yếu, thường được hiểu là hở eo tử cung, dùng để mô tả cổ tử cung có sự giãn nở, không đau, có thể dẫn đến sảy thai hay sinh non tái phát trong tam cá nguyệt II. Điểm yếu ở cấu trúc của mô cổ tử cung được cho là nguyên nhân gây ra hoặc góp phần vào những kết cục xấu cho thai kỳ. Việc chẩn đoán hở eo tử cung được áp dụng cho phụ nữ có tiền căn hoặc có nguy cơ bị sảy thai / sinh non.

Theo ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists), định nghĩa cổ tử cung yếu là khi không có khả năng giữ thai trong những trường hợp không có dấu hiệu và triệu chứng của cơn gò tử cung hoặc chuyển dạ hoặc cả hai trong 3 tháng giữa thai kỳ. Chỉ riêng chiều dài cổ tử cung ngắn được phát hiện trên siêu âm trong tam cá nguyệt II là không đủ để chẩn đoán hở eo tử cung.

Mặc dù cấu trúc cổ tử cung yếu là nguồn gốc của sinh non / sảy thai, hầu hết trường hợp lại bị khởi phát do các

rối loạn khác, chẳng hạn như: viêm màng rụng, xuất huyết hoặc tử cung căng quá mức. Những nguyên nhân này có thể dẫn đến thay đổi sinh hóa tại cổ tử cung dẫn đến rút ngắn sớm cổ tử cung và thường kéo theo sảy thai hoặc sinh non. Những rối loạn này thường không tái diễn trong lần mang thai kế tiếp.

BẢNG CHỨNG LÂM SÀNG

Tiền sử sản khoa

Yếu tố trong tiền căn gợi ý hở eo tử cung bao gồm sảy thai hoặc sinh non trong 3 tháng giữa, đặc biệt, kèm theo đặc tính thời gian chuyển dạ ngắn hoặc sảy thai liên tiếp.

Yếu tố nguy cơ do cổ tử cung

Có thể bẩm sinh hay mắc phải, trong đó, các yếu tố do mắc phải thường gặp hơn.

Bẩm sinh

Bất thường collagen: thay đổi trong cơ chế điều hòa sự biểu hiện của collagen type I có thể ảnh hưởng lên độ chín muồi cổ tử cung và đột biến gen tác động lên collagen (ví dụ như trong hội chứng Ehlers-Danlos) có liên quan với tăng nguy cơ sinh non. Điều đó giúp giải thích yếu tố di truyền gia đình trong hở eo tử cung. Ví dụ: trong một nghiên cứu, 34/125 (27%) phụ nữ hở eo tử cung có người thân trong một thế hệ có chẩn đoán tương tự, trong khi không một ai trong số 165 phụ nữ không hở eo tử cung có tiền căn gia đình.

Bất thường tử cung: dị tật bẩm sinh ở tử cung có thể liên quan đến hở eo tử cung. Nguy cơ sinh non 3 tháng giữa tăng kèm với các bất thường như: vách ngăn tử cung; tử cung 2 sừng...

Phối nhiễm với diethylstilbestrol (DES): tiếp xúc với DES trong giai đoạn bào thai liên quan đến hở eo tử cung khi trưởng thành và mang thai.

Thay đổi sinh học: chiều dài cổ tử cung trong tam cá nguyệt II của thai kỳ thay đổi theo biểu đồ hình chuông, với độ dao động tương đối rộng, từ 25mm (tương ứng bách phân vị thứ 10) đến 45mm (tương ứng bách phân vị thứ 90). Mặc dù cổ tử cung ngắn là yếu tố giúp dự báo sinh non, nhưng đó không phải tiêu chuẩn chẩn đoán hở eo tử cung vì nhiều phụ nữ có cổ tử cung ngắn vẫn sinh đủ tháng.

Mắc phải

Sang chấn sản khoa: rách cổ tử cung có thể xảy ra trong chuyển dạ hoặc trong lúc sinh; bao gồm cả sinh thường, sinh giúp hay mổ lấy thai. Điều này có thể góp phần làm yếu cổ tử cung và dẫn đến hở eo tử cung.

Giãn nở cơ học: cổ tử cung yếu cũng có thể do sự giãn nở đột ngột trong các thủ thuật phụ khoa (ví dụ: nong và nạo [D & C], nong và hút [D & E], soi buồng tử cung). Ở phụ nữ có chiều dài cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non trước đó, nong cổ tử cung là một trong những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Trong một phân tích gộp, tỉ lệ nạo phá thai tăng có liên quan với tăng nguy cơ sinh non tự phát. Chấn thương cổ tử cung trong quá trình làm thủ thuật phụ khoa có thể được ngăn chặn nếu cổ tử cung được chín muồi từ tử bằng laminaria hay misoprostol hoặc trong phá thai nội khoa.

Điều trị tân sinh trong biểu mô cổ tử cung (CIN): có liên quan với tăng nguy cơ sảy thai hoặc sinh non sau đó.

Triệu chứng cơ năng

Phụ nữ có cổ tử cung yếu có thể không có triệu chứng hoặc có thể có biểu hiện nhẹ như: căng vùng chậu, chuột rút trước khi hành kinh hoặc đau lưng, tăng tiết dịch âm đạo. Những triệu chứng này thường biểu hiện trong vài ngày hoặc vài tuần, thường bắt đầu từ khoảng 14 tuần đến 20 tuần tuổi thai. Một thay đổi nhỏ về màu sắc (từ trắng trong hay vàng nhạt sang màu hồng, nâu hoặc đốm xuất huyết) và độ dai của dịch tiết âm đạo cũng liên quan tới sự chín muồi cổ tử cung do bất kỳ nguyên nhân.

Tử cung không co thắt hoặc gò nhẹ.

Khám thực thể

Bác sĩ khám lâm sàng có thể cảm thấy cổ tử cung hơi xóa, mềm hoặc tối thiểu là hở. Trường hợp làm nghiệm pháp Valsava, tăng áp lực ổ bụng, quan sát thấy màng ối trong kênh cổ tử cung hoặc thò vào âm đạo thì luôn luôn là bất thường. Đo gò tử cung thường cho thấy không có cơn co hoặc cơn co không có tính chu kỳ.

Biểu hiện lâm sàng muộn được đặc trưng bởi sự giãn nở tiến triển và xóa mỏng cổ tử cung (ví dụ: mở $\geq 4\text{cm}$ và xóa $\geq 80\%$, xuất huyết, sa túi ối trong âm đạo hoặc vỡ màng ối hoặc cơn gò tử cung không đủ mạnh để gây xóa mở cổ tử cung).

Sự hiện diện của nhiễm trùng, chảy máu do các nguyên nhân của nhau thai (ví dụ: nhau tiền đạo hay nhau bong non) hoặc đa thai như là yếu tố liên quan tới sinh non, độc lập với hở eo tử cung, gợi ý một chẩn đoán khác.

Chẩn đoán hình ảnh

Trước 28 tuần tuổi thai, chiều dài cổ tử cung trên siêu âm qua ngã âm đạo dưới bách phân vị thứ 10 (25mm) luôn kết hợp với tăng nguy cơ sinh non tự phát. Đặc điểm khác trên

siêu âm gợi ý tăng nguy cơ sinh non bao gồm hình ảnh bóc tách màng ối và nhiều mảnh vụn (như bùn) trong nước ối.

Xét nghiệm

Không có xét nghiệm đặc trưng cho hở eo tử cung.

Trong một số trường hợp, cổ tử cung yếu có thể là hệ quả hoặc nguyên nhân dẫn đến nhiễm trùng trong buồng ối dưới lâm sàng, có thể được chẩn đoán bằng xét nghiệm nước ối từ chọc ối.

Fibronectin của bào thai (fetal fibronectin) trong dịch tiết cổ tử cung-âm đạo có thể dương tính.

CHẨN ĐOÁN

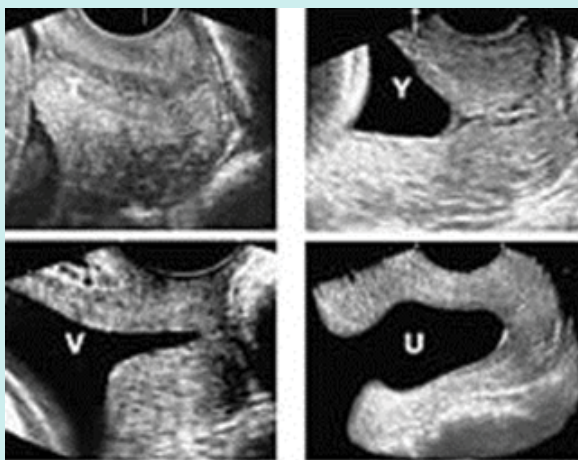
Chẩn đoán cổ tử cung yếu có thể chỉ dựa vào các tiền căn hay tốt hơn là kết hợp giữa tiền căn và siêu âm qua ngã âm đạo đo chiều dài cổ tử cung.

Khi sử dụng đơn thuần các yếu tố trong tiền sử sản phụ khoa, hở eo tử cung được định nghĩa là mở cổ tử cung không gây đau, dẫn đến sẩy thai hoặc sinh non tái phát trong tam cá nguyệt II. Theo đó, chẩn đoán hở eo tử cung chỉ được đặt ra khi có ít nhất hai lần mang thai và sinh trước 28 tuần.

Một định nghĩa được dùng phổ biến hơn cho phép chẩn đoán hở eo tử cung trên phụ nữ mang thai con so hoặc con rạ mà không có tiền căn sinh non trước đó. Cụ thể, hở eo tử cung được xác định khi chiều dài cổ tử cung trên siêu âm ngã âm đạo $< 25\text{mm}$ và/hoặc thay đổi cổ tử cung tiến triển trên khám lâm sàng trước 24 tuần của thai kỳ và có một trong những đặc điểm sau:

- Tối thiểu một lần sẩy thai hoặc sinh non 14-36 tuần.
- Các yếu tố nguy cơ quan trọng khác liên quan cổ tử cung yếu.

Việc chẩn đoán cổ tử cung yếu thường được giới hạn trong thai kỳ đơn thai vì cơ chế chuyển dạ sinh non



Hình 1. Hình ảnh hở eo tử cung dạng chữ T, Y, V, U trên siêu âm ngã âm đạo
(Nguồn: Callen, *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 5th edition)

từ 14 tuần đến 28 tuần tuổi thai trong đa thai thường không liên quan đến hở eo tử cung. Ngoài ra, sinh non, nhiễm trùng, nhau bong non, nhau tiền đạo xuất huyết nên được loại trừ, vì như đã nói ở trên, những rối loạn này có thể dẫn đến chín muộn cổ tử cung, sẩy thai hoặc sinh non ba tháng giữa mà không cần kèm theo bất thường cấu trúc / giải phẫu cổ tử cung.

Liệu hở eo tử cung có thể được chẩn đoán trước khi mang thai?

Chẩn đoán hở eo tử cung không được thiết lập ngoài thai kỳ. Đánh giá chức năng cổ tử cung bằng que nong, bóng chèn hoặc dụng cụ soi buồng tử cung đều không hữu ích. Siêu âm, chụp cộng hưởng từ hoặc chụp buồng tử cung với trứng cản quang (HSG) có thể phát hiện dị tật tử cung – vốn là một yếu tố nguy cơ của hở eo tử cung, nhưng không phải là chẩn đoán.

TIẾP CẬN XỬ TRÍ

Phương pháp tiếp cận xử trí dưới đây được áp dụng cho phụ nữ mang đơn thai. Các tác giả nhận thấy rằng khâu cổ tử cung không được chỉ định trên thai phụ mang song thai hoặc đa thai, do đó thiếu chứng cứ về cải thiện kết cục sinh trên đối tượng này.

Thai phụ có tiền căn sẩy thai hoặc sinh non

Đối tượng có chỉ định khâu cổ tử cung dựa trên tiền căn



Hình 2. Khâu cổ tử cung

Một số ít trường hợp sẩy thai hoặc sinh non tái phát trong tam cá nguyệt II xảy ra do có sự yếu về cấu trúc cổ tử cung và chính vì vậy, sẽ được điều trị hiệu quả bằng cách khâu cổ tử cung. Chứng cứ giải phẫu học, sinh hóa và lâm sàng từ các nghiên cứu quan sát cũng như thử nghiệm lâm sàng đều ủng hộ giả thuyết này.

Chỉ định khâu cổ tử cung từ 12 tuần đến 14 tuần thai kỳ cho những phụ nữ đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn sau đây:

- ≥ 2 lần sẩy thai / sinh non liên tiếp trong tam cá nguyệt II hoặc ≥ 3 lần sinh trước 34 tuần.
- Có yếu tố nguy cơ làm yếu cổ tử cung. Như đã nêu ở trên, các yếu tố này bao gồm tiền căn tổn thương cổ tử cung và/hoặc chuyển dạ sinh nhanh hoặc sinh non liên tiếp.
- Không có các nguyên nhân gây sinh non khác như: nhiễm trùng, xuất huyết nhau thai, đa thai.

Những thai phụ này cũng được điều trị bằng 17 α -hydroxyprogesterone caproate mỗi tuần, 16-36 tuần thai. Mặc dù các thử nghiệm ngẫu nhiên ủng hộ lợi ích của khâu cổ tử cung chỉ định dựa trên tiền căn và lợi ích của điều trị bổ sung progesterone, nhưng thực tế chưa có thử nghiệm nào đánh giá hiệu quả phối hợp 2 biện pháp trên.

Đối tượng có thể theo dõi bằng siêu âm và chỉ định khâu dựa trên siêu âm

Đa số phụ nữ nghi ngờ hở eo tử cung không đáp ứng được các tiêu chuẩn trong chỉ định khâu do yếu tố tiền căn. Đối với những phụ nữ này, chiều dài cổ tử cung được theo dõi trên siêu âm, song song với điều trị 17 α -hydroxyprogesterone caproate dự phòng và tiến hành khâu cổ tử cung nếu chiều dài cổ tử cung giảm xuống <25mm. Lý giải cho phương pháp này là:

Những phụ nữ có cổ tử cung ngắn trên siêu âm qua ngã âm đạo có nguy cơ cao sinh non tự phát.

- Ở những phụ nữ có tiền sử sinh non tự phát, một tổng quan hệ thống các nghiên cứu có nhóm chứng cho thấy đo chiều dài cổ tử cung trong ba tháng giữa, đặc biệt là trước 24 tuần, giúp dự đoán nguy cơ sinh non tái phát. Việc sử dụng tiêu chí chiều dài cổ tử cung trên siêu âm ngã âm đạo <25mm khi thai <24 tuần để dự đoán nguy cơ sinh non <35 tuần có độ nhạy 65,4%, độ đặc hiệu 75,5%, giá trị tiên đoán dương 33% và giá trị tiên đoán âm 92%. Chiều dài cổ tử cung càng ngắn thì khả năng chẩn đoán dương tính với sinh non tự phát <35 tuần càng cao.

Trong các thử nghiệm ngẫu nhiên, progesterone dự phòng bằng 17 α -hydroxyprogesterone caproate bắt đầu từ 16 tuần đến 20 tuần ở những phụ nữ có tiền sử sinh non tự phát và tiếp tục cho đến 36 tuần làm giảm nguy cơ sinh non tái phát.

Khâu cổ tử cung dựa trên chẩn đoán chiều dài kênh tử cung ngắn (còn gọi là chỉ định khâu dựa vào siêu âm) có hiệu quả trong giảm sinh non, cải thiện kết cục thai kỳ so với khâu dự phòng vì yếu tố tiền căn. Theo đó, 60% trường hợp có chỉ định khâu do tiền căn sẽ không phải khâu cổ tử cung do chiều dài cổ tử cung không ngắn. Lợi ích của khâu cổ tử cung chỉ định dựa trên siêu âm xuất phát từ việc tăng độ vững của cổ tử cung, ngăn ngừa màng ối bị sa xuống và duy trì nút nhầy cổ tử cung.

- Trong một phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên của phụ nữ mang đơn thai có tiền căn sinh non tự phát và chiều dài cổ tử cung ngắn <25mm trước 24 tuần, điều trị bằng khâu cổ tử cung dựa trên siêu âm cho thấy giảm đáng kể bệnh suất và tử suất ở trẻ sơ sinh (15,6% ở nhóm khâu so với 24,8% ở nhóm không khâu; RR=0,64; 95% CI 0,45-0,91), có lẽ vì khâu làm giảm đáng kể tỉ lệ sinh non <35 tuần (28,4% ở nhóm khâu so với 41,3% ở nhóm không khâu; RR=0,70; 95% CI 0,55-0,89).

Chúng tôi thường bắt đầu theo dõi chiều dài cổ tử cung từ 14 tuần, nhưng có thể sớm lúc 12 tuần ở những phụ nữ có tiền căn sảy thai hoặc sảy thai liên tiếp trong tam

cá nguyệt II hoặc khoét chóp cổ tử cung. Ở những phụ nữ tiền căn sinh non trước 28-36 tuần, chúng tôi tiến hành kiểm tra lúc 16 tuần. Siêu âm kiểm tra thường được lặp lại mỗi hai tuần cho đến 24 tuần, miễn là chiều dài cổ tử cung $\geq 30\text{mm}$ và tăng lên mỗi tuần nếu chiều dài cổ tử cung là 25-29mm, với hy vọng rằng thay đổi cổ tử cung sớm sẽ diễn ra trước chuyển dạ sinh non hoặc vỡ ối từ 3 đến 6 tuần. Siêu âm qua ngã âm đạo thường được ngưng ở tuần thứ 24 của thai kỳ, vì khâu cổ tử cung thường không được thực hiện sau thời điểm này.

Progesterone tiêm bắp được duy trì cho đến khi 36 tuần, dù có khâu cổ tử cung hay không. Mặc dù chứng cứ về kết hợp 2 liệu pháp không đủ mạnh, theo một phân tích dữ liệu từ một thử nghiệm ngẫu nhiên quan sát thấy rằng tỉ lệ sinh non sớm có xu hướng thấp hơn ở những phụ nữ nhận vừa được khâu vừa được bổ sung progesterone tiêm bắp; cụ thể, tỉ lệ sinh non <28 tuần: trong nhóm phối hợp là 9% so với khâu đơn thuần là 17% và progesterone đơn thuần là 15%; tỉ lệ sinh non <32 tuần: nhóm phối hợp là 17% so với khâu đơn thuần là 25% và progesterone đơn thuần là 21%.

Không có thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh trực tiếp progesterone âm đạo, tiêm bắp 17 α -hydroxyprogesterone caproate và khâu cổ tử cung để phòng ngừa sinh non ở phụ nữ có cổ tử cung ngắn trên siêu âm trong ba tháng giữa, thai đơn và tiền căn sinh non trước đó. Một phân tích gộp so sánh gián tiếp kết luận progesterone âm đạo và khâu hiệu quả tương đương nhau trong việc ngăn ngừa sinh non trong dân số này. Dựa trên bằng chứng từ các so sánh trực tiếp trong các thử nghiệm ngẫu nhiên đã nói ở trên, phụ nữ tiền căn sinh non được tiêm bắp 17 α -hydroxyprogesterone caproate và sau đó tiến hành khâu cổ tử cung nếu chiều dài cổ tử cung <25mm.

Thai phụ mang đơn thai, không tiền căn sinh non trước đây, nhưng có yếu tố nguy cơ hở eo tử cung

Các nghiên cứu về phụ nữ có yếu tố nguy cơ cổ tử cung



Thai phụ được khám lâm sàng, cổ tử cung mở và thấy màng ối trước 24 tuần

Hiếm khi, một phụ nữ mang thai trước 24 tuần, không có triệu chứng, được phát hiện cổ tử cung mở qua thăm khám lâm sàng. Thông thường, những phát hiện này theo sau siêu âm ngã âm đạo đo chiều dài cổ tử cung rất ngắn (ví dụ: $<5\text{mm}$). Xử trí trong các trường hợp này phụ thuộc vào đánh giá các yếu tố kèm theo có khả năng dẫn đến chuyển dạ thật sự, chẳng hạn như nhiễm trùng, vỡ ối hoặc xuất huyết nặng. Trong trường hợp chưa có chỉ định chấm dứt thai kỳ, tuổi thai và mức độ mở cổ tử cung là những yếu tố cần cân nhắc tiếp theo. Nếu thai chưa có khả năng sống, mục tiêu xử trí là kéo dài thai kỳ; một số thai phụ có thể lựa chọn chấm dứt thai kỳ, đặc biệt là khi ối vỡ non trên thai non tháng hoặc cổ tử cung mở $>4\text{cm}$. Sau khi thai có khả năng sống, mục tiêu là để kéo dài thời gian mang thai và cải thiện tình trạng trẻ sơ sinh non tháng.

yếu như dị tật tử cung, thủ thuật trên cổ tử cung hoặc phá thai, nhằm quan sát mối tương quan giữa nguy cơ sinh non và chiều dài cổ tử cung ngắn, nhưng dữ liệu giới hạn. Tỷ lệ sinh non tái phát được báo cáo trong các nghiên cứu khác nhau tùy thuộc vào ngưỡng cut-off của chiều dài cổ tử cung và tuổi thai tại thời điểm đo. Chưa có can thiệp nào được đánh giá bằng các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên đối tượng này.

Siêu âm ngã âm đạo đo chiều dài cổ tử cung một lần tại thời điểm từ 18 tuần đến 24 tuần ở những phụ nữ có yếu tố nguy cơ cổ tử cung yếu và chưa từng sinh và điều trị bằng progesterone đặt âm đạo với những người có cổ tử cung ngắn ($\leq 20\text{mm}$). Một phân tích tổng hợp 5 thử nghiệm lâm sàng với progesterone âm đạo cho phụ nữ có cổ tử cung ngắn cho thấy làm giảm tỷ lệ sinh non tự phát cũng như bệnh suất và tử suất sơ sinh và liệu pháp này tỏ ra có lợi về chi phí - hiệu quả.

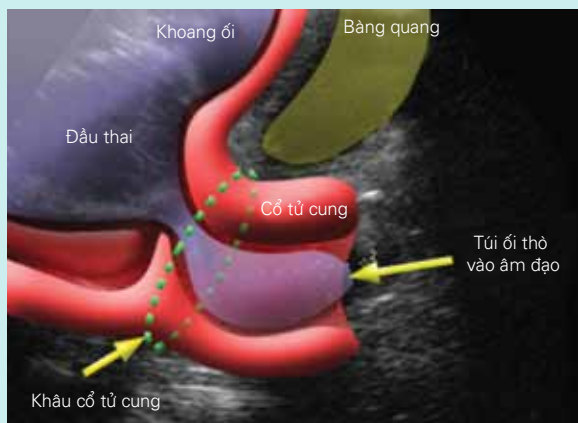
Nếu thai phụ sinh non, thai kỳ sau được theo dõi như ở trên đã đề cập. Nếu thai phụ sinh đủ tháng, lại tiến hành đo chiều dài cổ tử cung duy nhất tại 18-24 tuần và cung cấp cho progesterone âm đạo nếu cổ tử cung ngắn.

Cổ tử cung ngắn trước 24 tuần, không tiền căn sinh non, không yếu tố nguy cơ sinh non

Nhóm thai phụ này không thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán hở eo tử cung vì vậy sẽ không được bàn luận trong bài này.

Dữ liệu từ nhiều nghiên cứu cho rằng cổ tử cung giãn rộng với màng ối nhìn thấy được có thể là một tiêu chí cho chỉ định khâu cổ tử cung cấp cứu. Biện pháp này giúp kéo dài thai kỳ và cải thiện kết cục sơ sinh so với theo dõi không can thiệp, theo báo cáo của một thử nghiệm lâm sàng nhỏ, một nghiên cứu hồi cứu và vài nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Do sự khác biệt giữa các đối tượng nghiên cứu, kết cục thai kỳ trong các báo cáo này cũng khác nhau. Chung qui, khâu cổ tử cung dựa trên thăm khám thấy màng ối thò vào âm đạo chỉ nên được tiến hành khi không có nhiễm trùng, chuyển dạ và xuất huyết âm đạo.

Ở những phụ nữ không có dấu hiệu nhiễm trùng, chọc ối được đề nghị để kiểm tra nhiễm trùng dưới lâm sàng khi cổ tử cung mở $\geq 2\text{cm}$ và trên cơ sở từng trường hợp cụ thể khi có kết quả siêu âm gợi ý viêm như: phù nề màng ối, bóc tách màng ối và màng rụng hoặc các mảnh vụn trong nước ối ("bùn"). Một số nghiên cứu đã báo cáo mối liên quan giữa sự hiện diện của các mảnh vỡ trong khoang ối với viêm trong khoang ối, sinh non và các biến chứng thai kỳ khác.



(Nguồn: <http://sonoworld.com/fetus/page.aspx?id=2518>)

Thai phụ có tiền căn thai kỳ trước khâu cổ tử cung thành công

Việc có tiền căn kéo dài thai kỳ sau khi khâu cổ tử cung trước đây không ủng hộ chẩn đoán hở eo tử cung, vì nhiều thai kỳ với cổ tử cung xóa mờ sớm vẫn có kết quả tốt ngay cả khi không có sự can thiệp của phẫu thuật. Trong các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng, khoảng 60% phụ nữ có tiền sử sinh non sớm hoặc sảy thai muộn tái phát vẫn duy trì chiều dài cổ tử cung >25mm và có tỉ lệ tái phát sinh non thấp / sảy thai thấp mà không khâu cổ tử cung. Do đó, khâu cổ tử cung lặp lại trong thai kỳ tiếp sau thai kỳ có khâu cổ tử cung thành công không phải là bắt buộc.

Ở những phụ nữ được khâu cổ tử cung trong thai kỳ trước mà không có chỉ định phù hợp, đặc biệt là những người sau khi cắt chỉ khâu lúc 36-37 tuần, không có chuyển dạ trong hai tuần sau đó, nên theo dõi bằng siêu âm ngả âm đạo hơn là chỉ định khâu dự phòng.

Thai phụ có tiền căn thai kỳ trước khâu cổ tử cung thất bại

Khâu cổ tử cung ngả bụng có thể thành công ở những phụ nữ từng sinh cực non ngay sau khâu cổ tử cung ngả âm đạo.

CAN THIỆP KHÁC

Pessary – vòng nâng cổ tử cung

Vòng nâng ngả âm đạo được dùng để làm thay đổi trục của ống cổ tử cung và giải phóng cổ tử cung khỏi trọng lượng của tử cung. Bằng cách thay đổi góc cổ tử cung-tử cung, pessary cũng góp phần ngăn chặn nhiễm trùng ngược dòng.

Trước năm 2012, chỉ có một vài nghiên cứu quan sát cho rằng vòng nâng có thể có hiệu quả tương đương với khâu và/hoặc progesterone. Trong năm 2012, một thử nghiệm đa trung tâm phân phối ngẫu nhiên 385 phụ nữ mang thai với chiều dài cổ tử cung $\leq 25\text{mm}$ ở 20-23 tuần vào 2 nhóm sử dụng pessary và theo dõi (không pessary). Phần lớn các bệnh nhân (89%) không có tiền sử sinh non trước đây và không được điều trị bằng progesterone hoặc khâu. Nhóm pessary có tỉ lệ sinh non tự phát <28 tuần giảm đáng kể (4/190 [2%] so với 16/190 [8%]; OR=0,23; 95% CI 0,06-0,74) và <34 tuần (12/190 [6%] so với 51/190 [27%]; OR=0,18; 95% CI 0,08-0,37).

Không có tác dụng không mong muốn nào khác được ghi nhận, ngoài dịch tiết âm đạo và cảm giác khó chịu nhẹ khi đặt. Sử dụng một pessary để kéo dài thời gian mang thai ở phụ nữ có chiều dài cổ tử cung ngắn có thể là một can thiệp hiệu quả, không tốn kém và dễ thực hiện. Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng và cỡ mẫu tương đối nhỏ nên dù kết quả rất ấn tượng, phương pháp này cũng không được khuyến cáo thay thế cho khâu cổ tử cung hoặc liệu pháp progesterone cho đến khi có chứng cứ mạnh hơn.

Một tổng quan các loại pessary khác nhau về kích thước, cách chèn đặt, thay đổi / loại bỏ, theo dõi và giáo dục bệnh nhân trong phòng ngừa sinh non đã được đăng bởi Arabin và Alfievic.



Indomethacin

Xem xét các dữ liệu từ ba thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về khâu cổ tử cung phát hiện ra rằng điều trị indomethacin cho phụ nữ không triệu chứng có cổ tử cung ngắn (<25mm) ở 14-27 tuần không được khâu không làm giảm nguy cơ sinh non tự phát <35 tuần, nhưng làm giảm nguy cơ sinh non <24 tuần. Cần có thêm nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên với cỡ mẫu lớn để xác định hiệu quả của biện pháp này.

Kháng sinh

Không có đủ chứng cứ để khuyến cáo dùng kháng sinh cho phụ nữ bị hở eo tử cung, dựa trên tiền căn sản khoa, chiều dài cổ tử cung ngắn trên siêu âm ngã âm đạo cũng như cổ tử cung hở qua thăm khám lâm sàng.

Thay đổi lối sống

Các bác sĩ nên xem xét hoàn cảnh cá nhân của từng bệnh nhân khi tư vấn thay đổi lối sống. Tuy nhiên, biện pháp này (bao gồm ngừng công việc, tập thể dục, kiêng giao hợp, hạn chế hoạt động và nghỉ ngơi tại giường) chưa được đánh giá đầy đủ bởi các nghiên cứu được thiết kế tốt. Trong thực hành lâm sàng, cần khuyến thai

phụ có cả tiền căn sinh non trước đây và cổ tử cung ngắn nên kiêng giao hợp.

TÓM TẮT VÀ KIẾN NGHỊ

- Hở eo tử cung được mô tả là sự yếu về mặt sinh lý của mô cổ tử cung gây ra hoặc góp phần vào biến cố sinh non, thường là trong tam cá nguyệt II, trên một thai kỳ khỏe mạnh.
- Hở eo tử cung có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Phụ nữ có nguy cơ bao gồm những người có tiền sử chấn thương cổ tử cung (ví dụ: bong và nạo, bong và hút), rối loạn collagen hoặc dị tật bẩm sinh của tử cung / cổ tử cung.
- Việc chẩn đoán cổ tử cung yếu hoặc là dựa vào tiền căn sản phụ khoa đơn thuần hoặc là kết hợp với siêu âm qua ngã âm đạo đo chiều dài cổ tử cung.
- Đối với phụ nữ có ≥ 2 lần sẩy thai tam cá nguyệt II liên tiếp hoặc ≥ 3 lần sinh non có yếu tố nguy cơ hở eo tử cung trong trường hợp các nguyên nhân gây sinh non khác đã được loại trừ, nên khâu cổ tử cung (chứng cứ mức độ 1B).
- Đối với phụ nữ nghi ngờ hở eo tử cung có tiền căn sinh non sớm không đáp ứng tiêu chuẩn khâu, theo dõi chiều dài cổ tử cung dựa trên siêu âm nên được bắt đầu sớm trong thai kỳ (ví dụ: 14 tuần đến 16 tuần) và tiến hành khâu khi cổ tử cung ngắn (<25mm) trước 24 tuần (chứng cứ mức độ 2B). Biện pháp thay thế bao gồm đặt progesterone ngã âm đạo hoặc vòng pessary.
- Đối với thai phụ có cổ tử cung mở rộng và quan sát thấy màng ối khi thăm khám trước 24 tuần mà không có dấu chuyển dạ hay nhiễm trùng, khuyến cáo nên khâu cổ tử cung hơn là theo dõi không can thiệp (chứng cứ mức độ 2C).
- Nên bổ sung progesterone cho phụ nữ có thai đơn thai và tiền sử sinh non tự phát (chứng cứ mức độ 1B).
- Đối với thai phụ song thai hay đa thai, khuyến cáo không nên khâu cổ tử cung (chứng cứ mức độ 2C).



NANG BUỒNG TRỨNG VÀ SỰ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VÔ SINH

Relationship between ovarian cysts and infertility: what surgery and when?

Lehendre Guillaume, Catala Laurent, Moriniere Catherine,
Lacoeuille Celine, Boussion Francoise, Sentilhes Loic, Descamp Phippe

Fertility and Sterility; Vol.101, No.3, March 2014

BS. Lê Tiểu My - Bệnh viện Mỹ Đức

Mối liên quan giữa nang buồng trứng và vô sinh là vấn đề gây nhiều tranh luận, bởi thật sự rất khó xác định mối liên hệ nhân quả giữa nang buồng trứng – phương thức điều trị và vô sinh. Trong một quãng thời gian rất dài, các nhà lâm sàng hy vọng phẫu trị sẽ giúp bảo tồn chức năng buồng trứng và ngăn ngừa những tai biến tiềm ẩn lâu dài, ví dụ như u ác tính hay biến chứng vô nang. Tuy nhiên, một tổng quan hệ thống vừa công bố lại gây bất ngờ. Việc phẫu thuật bóc nang buồng trứng lại gây tác động xấu đến buồng

trứng hơn là bản thân nang tồn tại trên buồng trứng.

Nang buồng trứng rất thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và phổ biến nhất là phát hiện ở những phụ nữ khám vô sinh. Ảnh hưởng của nang buồng trứng tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố: số nang, kích thước nang, dạng nang... Bác sĩ lâm sàng gặp không ít khó khăn khi phải giải thích cho bệnh nhân tác động thật sự của nang lên vô sinh bên cạnh những nguyên nhân khác và điều trị như thế nào để không tác động xấu đến khả năng sinh sản sau này.

TÁC ĐỘNG CỦA NANG BUỒNG TRỨNG ĐẾN VÔ SINH

Nang lạc nội mạc tử cung

Nang lạc nội mạc tử cung (LNMTTC) xuất hiện khoảng 10% ở phụ nữ tuổi sinh sản, trong số đó, có đến 20-40% bệnh nhân có nang ở hai bên buồng trứng (Vercelloni và cs., 2003). Mặc dù còn thiếu chứng cứ xác định nang LNMTTC buồng trứng là nguyên nhân gây vô sinh, tuy nhiên, rất nhiều kết quả nghiên cứu chứng minh ảnh hưởng của nang loại này đến khả năng sinh sản. Nghiên cứu của tác giả Uncu và cộng sự (2013) khảo sát dự trữ buồng trứng (dựa trên AMH) và số nang noãn có hốc (dựa trên AFC) ở những bệnh nhân có nang LNMTTC buồng trứng >2cm và những phụ nữ cùng độ tuổi không có nang buồng trứng kết luận: nồng độ AMH giảm (2,81 so với 4,2; $P=0,02$) và AFC cũng giảm (9,37 so với 14,7; $P<0,01$) ở những bệnh nhân có nang LNMTTC so với nhóm buồng trứng bình thường. Nang LNMTTC buồng trứng còn làm giảm tỉ lệ phóng noãn tự nhiên, kết quả này dựa trên một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu của 70 phụ nữ có nang LNMTTC đường kính >10mm ở một hoặc cả hai bên buồng trứng (Benaglia và cs., 2009). Tuy nhiên, những nang kích thước <4cm lại không làm giảm tỉ lệ có thai khi điều trị với các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Tổng quan hệ thống của Gupta và cộng sự đã cho thấy tỉ lệ thai lâm sàng giữa nhóm có nang LNMTTC và nhóm chúng không khác biệt (OR=1,07; 95% CI 0,63-1,81).

Xét về tác động của nang LNMTTC buồng trứng lên đáp ứng với kích thích buồng trứng với kích thước và số lượng nang ở hai bên buồng trứng cho thấy số noãn chọc hút được không khác biệt ở nhóm có nang LNMTTC buồng trứng >4cm và nhóm không có nang. Nghiên cứu này chưa đủ mạnh nhưng cũng gợi ý về ngưỡng đường kính nang LNMTTC cần phẫu thuật là 4cm như quan niệm trước đây. Một khảo sát khác của Benaglia và cộng sự (2011) đánh giá số lượng trứng chọc hút được, số lượng phôi tốt và tỉ lệ thai lâm sàng ở nhóm bệnh nhân có nang LNMTTC buồng trứng hai bên có và không phẫu thuật cho thấy dù nhóm phẫu thuật có số lượng nang trưởng thành ít hơn, nhưng

tất cả những yếu tố còn lại không thay đổi. Nên chăng, những nang LNMTTC buồng trứng không triệu chứng cần được “để yên” (should be ignored)? Quan niệm bóc nang buồng trứng ở tất cả những phụ nữ trẻ tuổi để ngăn ngừa biến chứng xa cần được xem xét lại.

U bì buồng trứng

U bì buồng trứng xảy ra với tỉ lệ 70% những loại nang buồng trứng ở phụ nữ <30 tuổi, 10-20% xuất hiện ở cả hai bên buồng trứng. U bì buồng trứng có thể tăng kích thước 1,7-1,8mm mỗi năm, nhưng khi nào cần phải phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh luận. Tỉ lệ xoắn buồng trứng do u bì buồng trứng khoảng 3,5-11%. Tỉ lệ hóa ác tính thường gặp khi u >10cm và xảy ra ở phụ nữ >50 tuổi (Gainford, 2010). Một nghiên cứu ở Hàn Quốc vừa công bố so sánh nồng độ AMH trung bình ở nhóm bệnh nhân có u bì buồng trứng và nhóm chúng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do vậy, theo dõi có lẽ là giải pháp thích hợp ở những bệnh nhân có u bì buồng trứng trẻ tuổi, đặc biệt khi kích thước u <6cm.

TÁC ĐỘNG CỦA PHẪU THUẬT BÓC NANG BUỒNG TRỨNG LÊN VÔ SINH

Nang lạc nội mạc tử cung buồng trứng

Theo tổng quan hệ thống của Raffi và cộng sự dựa trên 7 nghiên cứu tiến cứu và ngẫu nhiên có nhóm chúng về nồng độ AMH sau phẫu thuật bóc nang LNMTTC cho thấy nồng độ AMH giảm 30% so với trước phẫu thuật. Hầu hết những nghiên cứu trong tổng quan này đều cho thấy nồng độ AMH giảm có ý nghĩa thống kê sau phẫu thuật, đặc biệt những trường hợp có nang LNMTTC buồng trứng hai bên. Sự suy giảm nồng độ này diễn ra rất sớm từ ngay tuần đầu sau phẫu thuật và kéo dài đến 6-9 tháng sau. Số nang noãn thứ cấp cũng có xu hướng giảm >10% khoảng 6 tháng sau phẫu thuật so với AFC trước bóc nang LNMTTC buồng trứng (Urman, 2013). Ảnh hưởng suy giảm nồng độ AMH và AFC rõ hơn khi kích thước nang LNMTTC buồng trứng >4cm.

Nang không phải nang lạc nội mạc tử cung

Một nghiên cứu khảo sát dự trữ buồng trứng dựa theo thể tích và nang phát triển vượt trội kết luận sau phẫu thuật bóc nang (bao gồm nang thanh dịch và u bì buồng trứng), thể tích buồng trứng giảm 40% so với buồng trứng bình thường (Somigliana và cs., 2006). Khảo sát đoàn hệ tiến cứu của Chang và cộng sự về nồng độ AMH trước và sau phẫu thuật bóc nang không phải nang LNMTTC cũng kết luận nồng độ AHM giảm có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau phẫu thuật. Dữ liệu một báo cáo loạt ca cho thấy sự hiện diện nang ở buồng trứng không tác động đáng kể đến quá trình kích thích buồng trứng - thụ tinh trong ống nghiệm về số lượng trứng thu được và nồng độ E2.

MỘT SỐ LƯU Ý VỀ KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ

Khi phẫu thuật là trị liệu không thể tránh khỏi, mối quan tâm hàng đầu của bệnh nhân là bảo tồn dự trữ buồng trứng, đặc biệt là ở bệnh nhân mong con. Lựa chọn hàng đầu của những nhà lâm sàng là phẫu thuật nội soi bóc nang buồng trứng. Đối với nang LNMTTC buồng trứng, hút dịch nang dưới hướng dẫn siêu âm là điều nên tránh vì tăng nguy cơ nhiễm trùng (Padilla và cs., 1993). Hơn nữa, hút dịch nang có tỉ lệ tái phát cao hơn nội soi bóc nang buồng trứng.

KẾT LUẬN

Sự hiện diện của nang buồng trứng ở bệnh nhân mong con là tình huống có thể không đơn giản. Quyết định phương pháp điều trị cần xem xét đặc điểm của nang, kích thước, số lượng, hiện diện ở một hay hai bên buồng trứng. Những yếu tố bên cạnh quyết định trị liệu nang buồng trứng cũng cần kể đến là: nguyên nhân liên quan hiếm muộn, tuổi bệnh nhân, dự trữ buồng trứng hiện tại. Dù mối lo ngại hàng đầu của bác sĩ lâm sàng là bỏ sót khối u ác tính, tuy nhiên, theo dõi xem xét nguy cơ tùy theo dạng nang cũng là thái độ hợp lý trong nhiều trường hợp.

Ban Biên tập

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

ThS. Hồ Mạnh Tường

Ban Thư ký

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. Nguyễn Khánh Linh

Âu Thụy Kiều Chinh

Vũ Thị Hà

Phạm Thị Thu Hiền

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, Số 90 Trần Đình Xu, P. Cô Giang, Q.1, TPHCM

ĐT: (08) 3507 9308 - (08) 3920 9559

ĐD: 0933 456 650 | Fax: (08) 3920 8788

hosrem@hosrem.vn

www.hosrem.org.vn

“Y học sinh sản” là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của “Y học sinh sản” mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

“Y học sinh sản” xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi, những góp ý của hội viên và độc giả cho tài liệu.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.
HOSREM® 2014