



## TÌM HIỂU VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA KHOẾT CHỚP CỔ TỬ CUNG VÀ SINH NON (Phần 2)

**BS. CKI. Bùi Quang Trung**

*Bệnh viện Mỹ Đức*

Tiếp theo phần 1 đã được đăng trong Y học sinh sản số 37 với chủ đề “Sinh non và các vấn đề liên quan”, bài viết này xin được trình bày rõ ràng hơn về mối liên quan giữa CIN, khoét chóp cổ tử cung (CTC) và nguy cơ sinh non.

### **LIỆU NGUY CƠ SINH NON CÓ HOÀN TOÀN LÀ DO THỦ THUẬT KHOẾT CHỚP CỔ TỬ CUNG?**

Gần đây, y văn thế giới có nhiều kết quả mới được công bố cho chúng ta một cái nhìn rõ ràng hơn về mối liên quan giữa CIN, khoét chóp CTC và nguy cơ sinh non.

Đầu tiên, vào năm 2010, nhóm tác giả gồm Werner và

cộng sự công bố một nghiên cứu thực hiện tại Hoa Kỳ, đánh giá hồi cứu kết cục thai kì của 241.701 sản phụ sinh đơn thai trong khoảng thời gian 1992-2008. Trong số này, có 511 trường hợp được sinh ra trước khi thực hiện LEEP và 842 trường hợp sinh ra sau khi thực hiện thủ thuật này. Kết quả, không có sự khác biệt về nguy cơ sinh non giữa hai nhóm cũng như khi so sánh với kết cục thai kì trong dân số chung. Phân tích theo nhóm nhỏ gồm sinh non dưới 34 tuần và sinh non 35-36 tuần cũng không thấy có sự khác biệt. Đây là một kết quả trái ngược với rất nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trước đó. Tuy nhiên, những khó khăn gặp phải của một phân tích hồi cứu như: không có đủ thông tin về các yếu tố nguy cơ khác thuộc về người mẹ (hút thuốc lá, uống rượu, các thuốc sử dụng, tình trạng kinh tế xã hội, tiền căn sinh non...), cũng như các yếu tố liên quan đến thủ

thuật (độ sâu, rộng của phần mô cắt bỏ, mức độ tổn thương CTC...) nên khó có thể đưa ra được kết luận gì từ kết quả của nghiên cứu này (Werner và cs., 2010).

Sau đó, một nghiên cứu bệnh chứng lớn, đa trung tâm, thực hiện hồi cứu tại 5 bệnh viện ở Tây Ban Nha (1998-2007) để đánh giá xem liệu thực sự khoét chóp CTC có phải là nguyên nhân gây sinh non. Nghiên cứu chia thành 3 nhóm đánh giá: nhóm 1 gồm những trẻ sinh ra sau khoét chóp CTC, nhóm 2 gồm những trẻ sinh ra trước khi khoét chóp CTC và nhóm 3 gồm những trẻ được sinh ra bởi người mẹ không thực hiện khoét chóp CTC. Kết quả cho thấy khi so sánh hai nhóm 1 và nhóm 3, tỉ lệ sinh non dưới 35 tuần ở nhóm 1 cao hơn hẳn (5,3% so với 1,6%) với cân nặng thai nhi thấp hơn. Khi so sánh giữa nhóm 1 và nhóm 2 thì không thấy có những sự khác biệt này. Qua hai sự so sánh trên, chúng ta thấy rằng thai kì sau khi khoét chóp CTC có sự gia tăng nguy cơ sinh non. Tuy nhiên, sự không khác biệt về kết cục thai kì trước và sau khi khoét chóp CTC cho chúng ta một gợi ý rằng thủ thuật này có thể không phải là yếu tố then chốt gây tăng nguy cơ sinh non. Chính những yếu tố thuộc về nhóm phụ nữ có tổn thương bất thường ở CTC này cũng góp phần vào việc làm tăng nguy cơ sinh non (Andia và cs., 2011).

Với mong muốn rà soát lại những nguồn dữ liệu hiện có để giải đáp những thắc mắc này, nhóm tác giả do Conner đứng đầu đã tổng hợp lại trong y văn những nghiên cứu có so sánh tỉ lệ sinh non ở phụ nữ có tiền

căn được thực hiện LEEP trước đó và những phụ nữ không có tiền căn khoét chóp CTC. Kết quả có 19 nghiên cứu phù hợp (gồm nhiều nghiên cứu mới xuất hiện trong y văn) với 6.589 trường hợp có tiền căn LEEP và 1.415.015 trường hợp không có tiền căn này. Nhóm không có tiền căn LEEP được chia làm hai nhóm nhỏ: không biết hay không có tiền căn bị loạn sản CTC và nhóm có loạn sản nhưng không thực hiện khoét chóp CTC. Sau khi phân tích, các tác giả cho thấy LEEP liên quan đến việc làm tăng nguy cơ sinh non so với các trường hợp không có tiền căn LEEP (RR = 1,61, 95% CI 1,35-1,92, P = 0,001); nhưng không thấy sự khác biệt về nguy cơ sinh non khi so với riêng nhóm có loạn sản CTC nhưng không thực hiện LEEP (1,08, 95% CI 0,88-1,33). Với kết quả này, các tác giả cho rằng giữa loạn sản CTC và sinh non có chung các yếu tố nguy cơ giống nhau và LEEP tự nó không phải là một yếu tố nguy cơ độc lập cho sinh non (Conner và cs., 2014).

Một nghiên cứu thuần tập được Miller và cộng sự thực hiện tại Hoa Kỳ vừa được công bố vào năm 2014, phân tích chiều dài CTC (đo trong khoảng 18-24 tuần) và kết cục thai kì của 6.669 phụ nữ mang đơn thai, trong đó, có 460 (6,9%) trường hợp có tiền căn khoét chóp CTC (bằng LEEP hay dao mổ) trước đó. Kết quả, chiều dài CTC trung bình ở nhóm có tiền căn khoét chóp CTC ngắn hơn có ý nghĩa thống kê, nhưng mức độ ngắn này không có ý nghĩa về mặt lâm sàng ( $4,2 \pm 0,9\text{cm}$  so với  $4,5 \pm 0,9\text{cm}$ , P < 0,001). Tuy nhiên, tỉ lệ các trường hợp có chiều dài CTC ngắn thì lại cao hơn hẳn (6,5% so với 1,5%, P < 0,001). Đồng thời, tỉ lệ sinh non cũng cao hơn hẳn các trường hợp không có tiền căn khoét chóp CTC (11,1% so với 7,1%, P = 0,001). Thực hiện phân tích hồi qui đa biến cho thấy cả tiền căn khoét chóp CTC (aOR = 1,53, 95% CI 1,04-2,25) và chiều dài CTC ngắn (aOR = 6,19; 95% CI 3,85-9,95) sau khi hiệu chỉnh đều có liên quan độc lập đến nguy cơ sinh non. Như vậy, nghiên cứu này cho thấy khoét chóp CTC làm tăng nguy cơ chiều dài CTC ngắn trong tam cá nguyệt thứ hai của thai kì. Tuy nhiên, chiều dài



CTC ngắn không hoàn toàn giải thích được mối liên quan giữa khoét chóp CTC và sinh non. Đó đó, ngay cả trường hợp chiều dài CTC trong tam cá nguyệt thứ hai không ngắn thì phụ nữ có tiền căn khoét chóp CTC vẫn tăng nguy cơ sinh non. Tuy nhiên, việc thiếu dữ kiện về mức độ tổn thương CTC và các dữ kiện liên quan đến khoét chóp CTC là những hạn chế lớn của nghiên cứu này (Miller và Grobman, 2014).

Tiếp tục đi sâu nghiên cứu về vấn đề này, Miller và cộng sự thiết kế một nghiên cứu lớn khác để xác định liệu loạn sản CTC có hay không liên quan độc lập với nguy cơ sinh non và nếu có thì nó có độc lập với chiều dài CTC ngắn hay không. Từ tháng 12/2010 đến tháng 01/2014, có 18.528 phụ nữ đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, có 14.149 (76,4%) phụ nữ không có tiền căn loạn sản CTC, 3.023 (16,3%) phụ nữ có tiền căn loạn sản CTC nhưng không thực hiện khoét chóp CTC, 1.356 (7,3%) phụ nữ có tiền căn khoét chóp CTC. Tất cả các trường hợp đều được siêu âm đo chiều dài CTC vào thời điểm thai 18-23<sup>6/7</sup> tuần. Kết quả, chiều dài CTC trung bình của phụ nữ không có tiền căn loạn sản CTC, phụ nữ có tiền căn loạn sản CTC nhưng không thực hiện khoét chóp CTC và phụ nữ có tiền căn khoét chóp CTC lần lượt là  $4,53 \pm 0,84$ ,  $4,49 \pm 0,83$ ,  $4,23 \pm 0,87$  ( $P < 0,001$ ). Tỷ lệ có chiều dài CTC ngắn ( $< 25\text{mm}$ ) lần lượt là 0,8%, 1,0%, và 2,2% ( $P < 0,001$ ); tỷ lệ sinh non tương ứng là 6,4%, 6,5% và 8,4% ( $P = 0,017$ ). Như vậy, phụ nữ có tiền căn khoét chóp CTC có chiều dài CTC trung bình ngắn nhất, có tỷ lệ CTC ngắn và tỷ lệ sinh non cao nhất. Sau khi thực hiện phân tích, hiệu chỉnh các yếu tố nguy cơ liên quan, chỉ có tiền căn khoét chóp CTC làm tăng nguy cơ sinh non (aOR = 1,38, 95% CI 1,11-1,73), còn phụ nữ có tiền căn loạn sản CTC nhưng không thực hiện khoét chóp CTC (aOR = 1,02; 95% CI 0,86-1,22) không làm tăng nguy cơ này. Kết quả cũng không thay đổi sau khi hiệu chỉnh theo yếu tố CTC ngắn (aOR = 1,31, 95% CI 1,04-1,64 và aOR = 1,02, 95% CI 0,85-1,21). Tóm lại, trong một quần thể lớn, những phụ nữ

có tiền căn bị loạn sản CTC mà không thực hiện khoét chóp CTC thì không làm tăng nguy cơ CTC ngắn và sinh non. Ngoài ra, mối liên quan giữa khoét chóp CTC và sinh non cũng không thể giải thích đơn thuần bằng bệnh lí loạn sản CTC. Các nghiên cứu trong tương lai về cấu trúc cơ học và hóa sinh học của CTC sau khi được khoét chóp có thể sẽ cung cấp thêm những thông tin sâu hơn (Miller và cs., 2015).

## KẾT LUẬN

Những nghiên cứu gần đây cho thấy không phải chỉ một mình thủ thuật khoét chóp CTC chịu trách nhiệm cho việc tăng nguy cơ sinh non mà còn là sự kết hợp của nhiều yếu tố liên quan khác, đồng thời, những yếu tố liên quan đến các thủ thuật này không phải hoàn toàn liên quan đến nguy cơ sinh non.

Tuy nhiên, khi thực hiện thủ thuật này ở nhóm phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh sản, chúng ta trước hết phải tư vấn kĩ càng, đồng thời cũng nên cố gắng làm sao có được sự cân bằng tốt nhất giữa hiệu quả điều trị và giảm thiểu tối đa sự tác động của thủ thuật lên cấu trúc CTC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andia D, Mozo de Rosales F, Villasante A, Rivero B, Diez J, Perez C (2011). Pregnancy outcome in patients treated with cervical conization for cervical intraepithelial neoplasia. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*; 112:225-228.
2. Conner SN, Frey HA, Cahill AG, Macones GA, Colditz GA, Tuuli MG (2014). Loop electrosurgical excision procedure and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*; 123: 752-761.
3. Miller ES, Grobman WA (2014). The association between cervical excisional procedures, midtrimester cervical length and preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*; 211:242.e241-e244.
4. Miller ES, Sakowicz A, Grobman WA (2015). The association between cervical dysplasia, a short cervix and preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*; 213:543.e541-544.
5. Werner CL, Lo JY, Heffernan T, Griffith WF, McIntire DD, Leveno KJ (2010). Loop electrosurgical excision procedure and risk of preterm birth. *Obstetrics and gynecology*; 115:605-608.



# Saforelle® Bébé

*Không xà phòng, không paraben  
An toàn cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ*



**Saforelle® Bébé Gel Lavant Doux**  
**Saforelle® Bebe Gentle Cleansing Gel**  
**Saforelle® Gel tắm gội nhẹ dịu**

- ✔ Vệ sinh tắm gội hàng ngày
- ✔ Giúp phòng ngừa hăm tã, rôm sảy.
- ✔ Giàu độ ẩm, giúp chăm sóc và bảo vệ cho da bé.



**Saforelle® Bébé Lait-Crème Apaisant**  
**Saforelle® Bebe Soothing Creamy Lotion**  
**Saforelle® Kem sữa làm mềm da**

- ✔ Dưỡng ẩm, làm mềm da bé
- ✔ Làm dịu da khi bị hăm tã, rôm sảy.
- ✔ Hiệu quả hơn khi dùng kết hợp với Saforelle gel tắm gội nhẹ dịu.

Laboratoires  
**IPRAD**

Công ty chịu trách nhiệm đưa sản phẩm mỹ phẩm ra thị trường:  
**CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM TEDIS - VIỆT HÀ**  
Lô F.2B, Đường số 2, Khu Công Nghiệp Long Hậu, Xã Long Hậu,  
Huyện Cần Giuộc, Tỉnh Long An  
Thông tin sản phẩm xin liên hệ: **(08) 5413 5188 / 3873 4205**