

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



VAI TRÒ CỦA DẤU ẤN HUYẾT THANH TRONG TIÊN LƯỢNG KẾT CỤC Ở PHỤ NỮ DỌA SẢY THAI: MỘT TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP

Role of serum biomarkers in the prediction of outcome in women with threatened miscarriage: a systematic review and diagnostic accuracy meta-analysis

Pillai Rekha N, Konje Justin C, Tincello Douglas G, Potdar Neelam

Hum Reprod Update Mar 9 2016; 22(2):228-239. Epub 2015 Dec 9

ThS. Nguyễn Khánh Linh - Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Dọa sảy thai khá thường gặp trên lâm sàng, có thể xảy ra ở 1 trong số 5 phụ nữ mang thai và có thể đưa đến sảy thai. Biểu hiện trên lâm sàng thường là triệu chứng ra huyết âm đạo, tùy theo mức độ ra huyết có thể gây hoang mang, lo lắng cho các thai phụ. Rất khó tiên lượng kết cục của dọa sảy thai. Mức độ ra huyết âm đạo và tụ máu sau nhau trên siêu âm trong dọa sảy thai dường như cũng chưa đủ để giúp tiên lượng kết cục của tình trạng bất ổn thai này.

Nhiều dấu ấn sinh hóa đã được nghiên cứu nhằm tiên

lượng kết cục của dọa sảy thai. Tuy nhiên cho đến nay, khoa học vẫn chưa tìm được câu trả lời. Các nhà nghiên cứu thuộc Bệnh viện Đại học Leicester NHS Trust và Khoa Phụ Sản, Trung tâm Nghiên cứu Y khoa Sidra, đã thực hiện một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp, nhằm xác định độ chính xác trong chẩn đoán của một số dấu ấn sinh hóa để tiên lượng kết cục thai kỳ ở những thai phụ bị dọa sảy.

Tổng quan của họ được thực hiện trên những nghiên cứu tiền cứu khảo sát các dấu ấn sinh hóa trên những thai phụ

bị dọa sẩy thai từ 5 tuần đến 23 tuần. Dữ liệu được tìm kiếm cho đến tháng 06/2015, chất lượng nghiên cứu được đánh giá bằng công cụ QUADAS-2 (quality assessment for diagnostic accuracy studies-2: a revised tool) để đánh giá các nghiên cứu về độ chính xác trong chẩn đoán. Phân tích tổng kê bằng phần mềm tổng quan hệ thống Cochrane. Hơn 6.800 bài báo và nghiên cứu được tìm thấy, cuối cùng, có 15 nghiên cứu (gồm 1.263 thai phụ) thỏa tiêu chuẩn phân tích gộp. Các dấu ấn sinh hóa nổi bật là: progesterone, hCG, PAPP-A (pregnancy associated plasma protein-A), estradiol và CA-125.

Điều thú vị là CA-125 dường như lại là dấu ấn hứa hẹn nhất (648 thai phụ trong 7 nghiên cứu). Người ta đã chứng minh rằng nơi tiếp giáp giữa màng đệm và màng rụng sản xuất một lượng lớn CA-125; và khi các màng này bị bóc tách trong dọa sẩy thai, CA-125 sẽ được phóng thích vào máu. Đường cong ROC phân tích giá trị của CA-125 cho thấy độ nhạy là 90% (95% CI 83-94%), độ đặc hiệu 88% (95% CI 79-93%), tỉ số khả dĩ dương 7,86 (95% CI 4,23-14,60), tỉ số khả dĩ âm 0,1 (95% CI 0,05-0,20). Đảo ngược của tỉ số khả dĩ âm là 9,31 (95% CI 5-17,1), cho thấy rằng nếu xét nghiệm âm tính thì khả năng diễn tiến của thai kì cao.

Nồng độ estradiol là dấu ấn tốt thứ hai với độ nhạy 45% (95% CI 6-90%), độ đặc hiệu 87% (95% CI 81-92%), tỉ số khả dĩ dương 3,72 (95% CI 1,01-13,71) và tỉ số khả dĩ âm 0,62 (95% CI 0,20-1,84). Trong khi đó, hCG và progesterone thì ít hữu ích hơn để tiên lượng kết cục khi đã có tim thai. Các dấu ấn khác như inhibin A và sự kết hợp nhiều dấu ấn khác nhau cũng cần được nghiên cứu thêm nhằm tìm ra phương pháp dự đoán kết cục tốt nhất trong dọa sẩy thai.

Kết quả của tổng quan cho thấy CA-125 có giá trị tiên lượng cao nhất về khả năng diễn tiến tiếp của thai kì. Đây là một dấu ấn có thể được thực hiện ở nhiều đơn vị sản khoa tại Việt Nam với chi phí chấp nhận được. Hi vọng việc áp dụng xét nghiệm này vào thực hành lâm sàng có thể giúp cho các bác sĩ tiên lượng tốt hơn đối với các thai kì đang bị dọa sẩy.

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN & VÔ SINH TP.HỒ CHÍ MINH

MỔ LẤY THAI

Ban Biên soạn

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

ThS. Hồ Mạnh Tường

Ban Thư kí

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. Nguyễn Khánh Linh

Huỳnh Thị Thanh Hoa

Âu Thụy Kiều Chinh

Vũ Thị Hà

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® 2016



GIÁ TRỊ DỰ BÁO CỦA TỈ LỆ sFlt-1 / PlGF Ở NHÓM PHỤ NỮ CÓ TRIỆU CHỨNG NGHI NGỜ TIỀN SẢN GIẬT

Predictive value of the sFlt-1 / PlGF ratio in women with suspected preeclampsia

Zeisler H et al.

New England Journal of Medicine 2016; 374(1):13-22

BS. CKI. Bùi Quang Trung - Bệnh viện Mỹ Đức

Tiền sản giật (TSG) – một bệnh lý phức tạp với biểu hiện chính là tình trạng tăng huyết áp mới khởi phát, xuất hiện protein trong nước tiểu và tổn thương nhiều cơ quan đích khác ở tuổi thai từ 20 tuần trở lên. Tuy được đầu tư nghiên cứu nhiều nhằm giảm bớt tỉ lệ cũng như các biến chứng của bệnh lý này, song theo nhiều nghiên cứu, hiện nay, TSG vẫn xảy ra ở 2-5% thai kỳ trên toàn thế giới. TSG vẫn còn liên quan nhiều đến tỉ lệ sinh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhau bong non, tử vong chu sinh cùng với nhiều vấn đề sức khỏe và bệnh tật khác ở người mẹ.

Đến nay, việc giải thích cơ chế chính xác của TSG vẫn

còn gặp nhiều khó khăn. Gần đây, nổi trội lên vai trò của sFlt-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1) – một protein kháng tạo mạch trong huyết thanh và yếu tố tăng trưởng nhau thai placental growth factor (PlGF) trong cơ chế liên quan đến bệnh lý TSG.

Trong thai kỳ bình thường, nồng độ của PlGF tăng trong hai tam cá nguyệt đầu và giảm dần đến lúc sinh; ngược lại, sFlt-1 thì ổn định trong hai tam cá nguyệt đầu và tăng đều cho đến lúc sinh. Một số nghiên cứu đã khẳng định sự liên quan của sFlt-1 và tỉ lệ sFlt-1 / PlGF với sự khởi phát các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của TSG. Đặc biệt, trị số cao của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF liên

quan đến việc tăng nguy cơ TSG và được dùng để dự đoán nguy cơ TSG tốt hơn các chỉ số sinh hóa khác. Đến nay, ở nước ta cũng đã có nhiều trung tâm triển khai xét nghiệm sFlt-1, PlGF và áp dụng trong thực tiễn lâm sàng.

Liên quan đến thực hành lâm sàng, có rất nhiều tình huống bác sĩ không có đầy đủ các tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh lí TSG. Tuy nhiên, các câu hỏi đặt ra là: “Với những triệu chứng biểu hiện không đầy đủ đó (gọi là các triệu chứng nghi ngờ TSG) thì phải xử trí như thế nào? Nhập viện theo dõi cho đến lúc biểu hiện đầy đủ bệnh lí hoặc loại trừ bệnh lí TSG? Hay là cho xuất viện theo dõi ngoại trú mà trong lòng thì thấy không an tâm chút nào?”.

Như vậy, thực tế lâm sàng cần một dự báo đáng tin cậy về khả năng xuất hiện hay không xuất hiện của bệnh lí TSG trong khoảng thời gian ngắn ở nhóm đối tượng nghi ngờ TSG. Từ đó, nghiên cứu PROGNOSIS (Prediction of Short-Term Outcome in Pregnant Women with Suspected Preeclampsia Study) ra đời. Nghiên cứu quan sát theo thời gian (tiến cứu) được thực hiện ở 14 quốc gia (30 trung tâm khác nhau), được thiết kế để đánh giá giá trị của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF trong việc dự đoán này. Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ (từ 18 tuổi trở lên) mang thai từ 24 tuần đến 36^{6/7} tuần có triệu chứng nghi ngờ TSG. Nghiên cứu chia làm hai giai đoạn, gồm: giai đoạn phát triển (xây dựng mô hình dự đoán) và giai đoạn xác nhận. Tổng cộng, có 1.273 phụ nữ tham gia vào toàn bộ nghiên cứu. Cuối cùng, sau khi loại trừ những yếu tố không phù hợp cũng như loại bỏ những trường hợp bị mất dấu theo dõi thì còn lại 500 phụ nữ thuộc nhóm nghiên cứu giai đoạn phát triển và 550 phụ nữ thuộc nhóm nghiên cứu giai đoạn xác nhận. Mục tiêu đầu tiên của nghiên cứu là xác định ngưỡng cắt của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF trong việc dự đoán khả năng xuất hiện hay không xuất hiện của TSG (cũng như sản giật và hội chứng HELLP) trong vòng 1 tuần và 4 tuần sau lần

thăm khám đầu tiên. Tổng cộng, có 5 lần thăm khám và đánh giá gồm lần đầu tiên, lần thứ 2 là 7-9 ngày sau lần đầu tiên và các lần 3, 4, 5 là 7 ± 2 ngày sau lần thăm khám trước đó. Kết quả đo đạc các tỉ lệ sFlt-1, PlGF chỉ được thực hiện khi bắt đầu thực hiện nghiên cứu và kết quả được giấu để không ảnh hưởng đến các quyết định xử trí trên lâm sàng.

Tỉ lệ TSG trong quần thể nghiên cứu giai đoạn phát triển là 20,2% (trong đó, có 2 trường hợp hội chứng HELLP) và trong quần thể nghiên cứu giai đoạn xác nhận là 17,8%. Không có trường hợp nào bị sản giật trong cả 2 giai đoạn nghiên cứu. Các yếu tố tuổi mẹ, tuổi thai, BMI trước khi mang thai và tình trạng hút thuốc của mẹ không có sự khác biệt giữa các trường hợp bị TSG và các trường hợp không bị TSG.

Sau giai đoạn đầu tiên của nghiên cứu, các tác giả xác định ngưỡng cắt của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF là 38.

Sang giai đoạn thứ hai của nghiên cứu, ngưỡng ≤ 38 của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF có giá trị tiên đoán âm (tức là không xuất hiện TSG, sản giật và hội chứng HELLP) trong vòng 1 tuần sau lần thăm khám đầu tiên là 99,3% (95% CI 97,9-99,9) với độ nhạy 80,0% (95% CI 51,9-95,7) và độ đặc hiệu 78,3% (95% CI 74,6-81,7). Trong khi đó, giá trị tiên đoán dương của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF > 38 trong vòng 4 tuần là 36,7% (95% CI 28,4-45,7), với độ nhạy 66,2% (95% CI 54,0-77,0) và độ đặc hiệu 83,1% (95% CI 79,4-86,3).

Như vậy, tỉ lệ sFlt-1 / PlGF ≤ 38 có nhiều ý nghĩa trong việc phân nhóm nguy cơ ở phụ nữ mang thai có các triệu chứng nghi ngờ bị TSG. Từ đó, sẽ giúp hạn chế được những trường hợp phải nhập viện điều trị không cần thiết. Tuy nhiên, những dữ liệu này chỉ là từ một nghiên cứu quan sát, lại được tài trợ bởi chính công ty sản xuất công nghệ này, do đó, việc tiến hành thêm nghiên cứu ngẫu nhiên là cần thiết để khẳng định giá trị của tỉ lệ sFlt-1 / PlGF.



TẬP THỂ DỤC TRONG THAI KÌ: GIẢM TỈ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP THAI KÌ VÀ TỈ LỆ TRẺ SƠ SINH QUÁ CÂN

Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial

Barakat Ruben, Pelaez Mireia, Cordero Yaiza, Perales Maria, Lopez Carmina, Coteron Javier, Mottola Michelle F

American Journal of Obstetrics and Gynecology 2015; pii: S0002-9378(15)02479-5.
doi: 10.1016/j.ajog.2015.11.039

BS. CKI. Bùi Quang Trung - Bệnh viện Mỹ Đức

Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ có thể xảy ra với tỉ lệ lên đến 10% số thai kỳ. Các rối loạn này có nhiều hình thức với những mức độ biểu hiện khác nhau. Hiện nay, các rối loạn này vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Tăng huyết áp thai kỳ là tình trạng tăng huyết áp từ tuần thứ 20 trở đi ở phụ nữ mang thai có huyết áp trước đó hoàn toàn bình thường. Đây được xem là một yếu tố nguy cơ cao của việc phát triển thành tiền sản giật và những biến chứng nặng khác ở giai đoạn sau của thai kỳ. Dù

nguồn gốc của tình trạng tăng huyết áp này vẫn chưa được giải thích rõ ràng, nhưng có rất nhiều giả thuyết cho rằng quá trình bệnh sinh của tăng huyết áp thai kỳ đã xuất hiện ngay từ lúc bắt đầu mang thai. Các yếu tố liên quan nhiều nhất được nhắc đến bao gồm: béo phì trước khi mang thai, tăng cân quá mức trong thai kỳ và đái tháo đường thai kỳ. Đồng thời, nhiều bằng chứng khoa học đã kết hợp ba yếu tố này với kết cục bất lợi khác liên quan đến cân nặng ở thai nhi lúc sinh, bao gồm: trẻ có cân nặng quá mức ($> 4.000\text{g}$, với nguy cơ cao phát triển các bệnh lí mạn tính sau này như: béo phì, đái tháo đường type 2, tăng huyết áp) và trẻ nhẹ cân ($< 2.500\text{g}$).

Trong số các biện pháp phòng ngừa mà phụ nữ mang thai có thể thực hiện được thì tập thể dục là một biện pháp có vẻ khả thi và dễ tiếp cận. Ngoài ra, theo nhiều nghiên cứu thì tập thể dục không gây các tác động bất lợi cho thai phụ và thai nhi. Tuy nhiên, hiện tại còn thiếu nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng lớn với sự tuân thủ nghiêm ngặt chế độ tập thể dục để đánh giá vai trò của việc tập luyện này với việc giảm nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ và các vấn đề liên quan ở trên.

Gần đây, một nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng lớn đã được thực hiện tại Tây Ban Nha và được công bố trên American Journal of Obstetrics and Gynecology. Tổng cộng, có 1.100 phụ nữ mang thai được đánh giá đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, bao gồm các phụ nữ: mang đơn thai, không có bệnh lý đái tháo đường (type 1, 2 hay đái tháo đường thai kỳ), không có tiền sử sinh non và cũng không có nguy cơ sinh non trong thai kỳ. Sau khi các thai phụ ký giấy tham gia vào nghiên cứu, có 840 thai phụ khỏe mạnh được chọn ngẫu nhiên theo tỉ lệ 1:1 vào hai nhóm: (1) nhóm có can thiệp (tập thể dục) và (2) nhóm chứng được nhận những điều kiện chăm sóc cơ bản thông thường trong thai kỳ. Quá trình tập thể dục được thực hiện trong phòng tập tiêu chuẩn tại bệnh viện và được hướng dẫn và giám sát bởi một chuyên gia thể dục có trình độ, cùng sự trợ giúp của một bác sĩ sản khoa. Mỗi thai phụ trong nhóm có can thiệp sẽ tham gia tập thể dục 3 ngày/tuần, mỗi lần 50-55 phút, bắt đầu từ tuần 9 đến tuần 11 của thai kỳ và kéo dài liên tục đến cuối

tam cá nguyệt III (tuần 38-39). Như vậy, trung bình mỗi thai phụ sẽ có 85 phiên tập luyện nếu không bị sinh non. Các bài tập bao gồm: thể dục nhịp điệu, aerobics, luyện tập sức mạnh cơ bắp và sự dẻo dai của cơ thể đáp ứng được các tiêu chuẩn về tập luyện của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ. Các phụ nữ trong nhóm chứng cũng được thăm khám thai định kì theo phác đồ tương tự như phụ nữ trong nhóm tập thể dục. Họ nhận được dặn dò về những tác động tích cực của hoạt động thể chất, nhưng không được nhận những lời khuyên về việc tự tập luyện tại nhà. Những thai phụ nào có quá trình tập luyện thường xuyên từ đầu thai kỳ, từ 20 phút trở lên mỗi ngày và 3 ngày trở lên trong mỗi tuần sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu. Huyết áp của tất cả thai phụ được đo ở mỗi lần khám thai và được ghi nhận vào hồ sơ.

Cuối cùng, sau khi loại trừ các yếu tố không phù hợp thì còn lại 765 thai phụ đủ tiêu chuẩn để đánh giá kết quả của nghiên cứu, gồm: 382 thai phụ trong nhóm tập luyện và 383 thai phụ trong nhóm chứng. Kết quả phân tích cho thấy thai phụ không tập luyện có khả năng bị tăng huyết áp thai kỳ gấp 3 lần so với thai phụ có tập luyện (OR = 2,96, 95% CI 1,29-6,81, P = 0,01). Ngoài ra, họ có khả năng bị tăng cân quá mức cao hơn 1,5 lần so với nhóm tập luyện (OR = 1,47, 95% CI 1,06-2,03, P = 0,02). Khi so sánh các em bé được sinh ra ở cả hai nhóm, kết quả cho thấy tỉ lệ em bé có cân nặng quá mức ở nhóm thai phụ không luyện tập cũng cao hơn đến 2,5 lần so với nhóm có tập luyện (OR = 2,53, 95% CI 1,03-6,20, P = 0,04).

Mặc dù nghiên cứu còn có những hạn chế nhất định, như việc thiếu thông tin kiểm soát về dinh dưỡng trong thai kỳ, tuy nhiên, những kết quả trên cho thấy tập thể dục trong thai kỳ có thể là một công cụ hữu ích để phòng ngừa tăng huyết áp thai kỳ, tăng cân quá mức trong thai kỳ; đồng thời, có thể giúp kiểm soát được cân nặng lúc sinh của trẻ, giúp giảm được nguy cơ mắc các bệnh lý mạn tính về sau.





PROGESTERONE KHÔNG CÓ HIỆU QUẢ TRÔNG ĐIỀU TRỊ SẴY THAI LIÊN TIẾP CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN

A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages

Coomarasamy Arri et al.

New England Journal of Medicine 2015; 373(22):2141. doi:10.1056/NEJMoa1504927

BS. Lê Văn Khánh - Bệnh viện Mỹ Đức

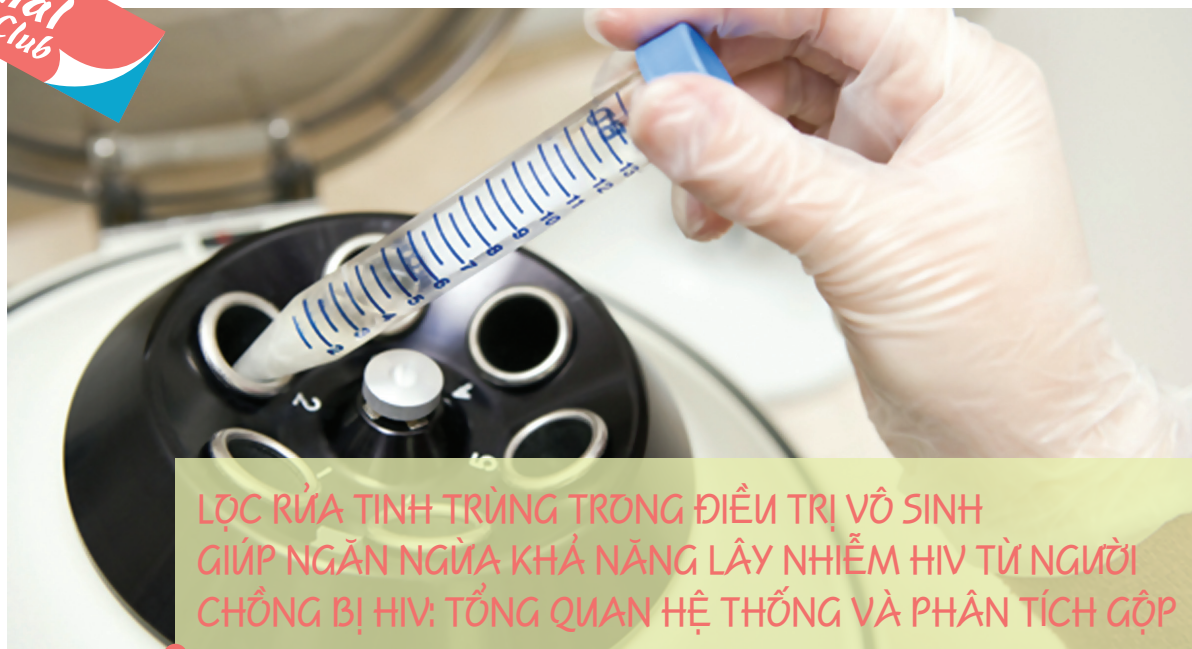
Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng sử dụng giả dược, mù đôi, đa trung tâm của các nhà nghiên cứu từ Trường Y khoa và Nha khoa thuộc Đại học Birmingham đã ghi nhận việc sử dụng progesterone đặt âm đạo trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai phụ có tình trạng sẩy thai liên tiếp chưa rõ nguyên nhân không làm tăng tỉ lệ sinh sống. Nghiên cứu này vừa được công bố trên số 26, tháng 11 của tạp chí *New England Journal of Medicine*.

Sẩy thai liên tiếp không rõ nguyên nhân là một tình trạng bệnh lí gây ra nhiều áp lực tâm lí cho thai phụ và gia đình. Đây cũng là một tình trạng bệnh lí được nhiều nhà lâm sàng quan tâm nghiên cứu, đã có nhiều biện pháp can thiệp được đưa ra nhưng vẫn

chưa có biện pháp nào thực sự cho thấy hiệu quả.

Sẩy thai liên tiếp được các nhà nghiên cứu định nghĩa là tình trạng bị sẩy thai liên tiếp từ 3 lần trở lên trong tam cá nguyệt thứ nhất. Nghiên cứu này có tên là PROMISE (progesterone in recurrent miscarriages). Có 836 thai phụ mang thai tự nhiên được đưa vào mẫu nghiên cứu. Nhóm thai phụ này được các nhà nghiên cứu phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: một nhóm điều trị được chỉ định đặt âm đạo progesterone dạng vi hạt 400mg 2 lần một ngày ($n = 404$) và một nhóm chứng được sử dụng thuốc đặt âm đạo giả dược. Các thai phụ được sử dụng thuốc từ trước tuần thứ 6 của thai kì và kết thúc sử dụng thuốc ở tuổi thai 12 tuần. Tỉ lệ thai sống sau 24 tuần tuổi thai

(Xem tiếp trang 93)



LỌC RỬA TINH TRÙNG TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH GIÚP NGĂN NGỪA KHẢ NĂNG LÂY NHIỄM HIV TỪ NGƯỜI CHỒNG BỊ HIV: TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP

Effectiveness of semen washing to prevent human immunodeficiency virus (HIV) transmission and assist pregnancy in HIV-discordant couples: a systematic review and meta-analysis

Zafer Maryam, Horvath Hacsí, Mmaje Okeoma, Van der Poel Sheryl, Sempirni Augusto, Rutherford George and Brown Joelle

Fertility and Sterility March 2016; Volume 105, Issue 3, 645-655.e2

BS. Lê Văn Khánh - Bệnh viện Mỹ Đức

Hiện nay, có khoảng 37 triệu người đang chung sống với HIV trên toàn thế giới và trên 80% số người bị lây nhiễm HIV đang ở trong độ tuổi sinh sản. Biện pháp hiệu quả nhất trong việc ngăn ngừa sự lây nhiễm HIV từ bạn tình là sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. Tuy nhiên, vẫn có nhiều cặp vợ chồng có vợ hoặc chồng không may bị nhiễm HIV vẫn mong muốn có con với nhau và việc sử dụng bao cao su làm việc đó không thể xảy ra. Nhiều cặp vợ chồng đã lây nhiễm HIV cho nhau khi cố gắng quan hệ không sử dụng bao cao su để nhằm mục đích có thai.

Biện pháp lọc rửa tinh trùng trong các biện pháp điều

trị thụ tinh nhân tạo hoặc hỗ trợ sinh sản từ lâu đã được nhắc đến như một biện pháp an toàn nhằm giúp cho những cặp vợ chồng mà người chồng bị nhiễm HIV vẫn có thể có con với nhau một cách an toàn. Việc lọc rửa tinh trùng giúp loại bỏ tinh trùng khỏi những chất dịch bao quanh trong tinh dịch, từ đó giúp chọn lọc ra những thành phần tinh trùng không chứa virus HIV cho điều trị IUI hay IVF ± ICSI. Do tinh trùng không phải là vector của virus HIV nên thành phần này được xem là an toàn cho việc điều trị hiếm muộn. Từ năm 1989, đã có nghiên cứu về việc sử dụng tinh trùng của người chồng bị HIV được lọc rửa, thực hiện IUI cho người vợ và không có trường hợp nào bị lây nhiễm HIV trong những

đối tượng nghiên cứu. Sau đó, có nhiều nghiên cứu đã được thiết lập để chứng minh tình trạng người chồng bị nhiễm HIV sau lọc rửa có thể sử dụng trong điều trị IUI, IVF cổ điển hay ICSI. Một bài tổng quan hệ thống và phân tích gộp vừa được đăng trên tạp chí Fertility and Sterility số tháng 12/2015 đã củng cố thêm cho quan điểm này.

Tuy không có nghiên cứu RCT nào trong nghiên cứu vì tính y đức, nhưng đây cũng là một nghiên cứu có giá trị khi có một cỡ mẫu lớn gồm 3.994 phụ nữ trải qua 11.585 chu kỳ điều trị IUI hay IVF ± ICSI với tình trạng của người chồng bị nhiễm HIV được lọc rửa. Kết quả của nghiên cứu cho thấy không hề có trường hợp nào người vợ bị nhiễm HIV sau quá trình điều trị và việc điều trị đã giúp cho 56,3% người phụ nữ trong nghiên cứu mang thai lâm sàng. Đặc biệt, trong số đó, 1.023 trường hợp người phụ nữ trải qua 2.863 chu kỳ điều trị với tình trạng

được lọc rửa của người chồng bị nhiễm HIV và không có sự ức chế virus trong huyết tương tại thời điểm điều trị.

Kết quả của nghiên cứu một lần nữa chứng minh sự an toàn của tình trạng sau lọc rửa của những người đàn ông nhiễm HIV trong việc điều trị IUI hay IVF ± ICSI. Điều này mở ra hi vọng có con chung với nhau của những cặp vợ chồng mà người chồng bị nhiễm HIV. Ở Việt Nam hiện tại, theo Thông tư 57/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn thực hiện nghị định 10/2015 của Chính phủ thì việc điều trị hỗ trợ sinh sản cho người vợ hoặc chồng bị nhiễm HIV là không được phép, do đó, nhóm đối tượng này vẫn chưa có cơ hội có được đứa con của chính mình. Tuy nhiên, với những bằng chứng ngày càng rõ ràng, hi vọng sẽ có những thay đổi để những cặp vợ chồng mắc phải tình trạng không may này sẽ ngày càng có nhiều cơ hội hơn để có thể đạt được nguyện vọng có con của mình.

(Tiếp theo trang 91)

là tỉ lệ được phân tích chính trong nghiên cứu.

Kết quả của nghiên cứu sau khi phân tích cho thấy tỉ lệ thai sống sau 24 tuần tuổi thai ở nhóm sử dụng progesterone là 65,8% và nhóm sử dụng giả dược là 63,3% (RR = 1,04, 95% CI 0,94-1,15), kết quả khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Các tỉ lệ thai lâm sàng (6-8 tuần), thai diễn tiến (từ 12 tuần trở lên), thai ngoài tử cung, sảy thai, thai chết lưu, tuổi thai trung bình lúc sảy thai và tình trạng của trẻ lúc sinh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Tỉ lệ sinh non trước 34 tuần cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm: 3,8% ở nhóm sử dụng progesterone và 3,7% ở nhóm sử dụng giả dược (RR = 1,03, 95% CI 0,44-2,45).

Từ kết quả của nghiên cứu, các tác giả đã kết luận: “nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sinh sống ở hai nhóm thai phụ có tiền sử sảy thai liên tiếp chưa rõ nguyên nhân được sử dụng progesterone dạng vi hạt

ngả âm đạo hay không sử dụng”.

Có một số nghiên cứu trước đây, trong đó có cả các phân tích gộp cho ra kết quả việc sử dụng progesterone đặt âm đạo có một số lợi điểm ở nhóm bệnh nhân sảy thai liên tiếp chưa rõ nguyên nhân như nghiên cứu của Haas DM và cộng sự được thư viện Cochrane công bố vào năm 2013. Tuy nhiên, với độ mạnh và cỡ mẫu lớn của nghiên cứu PROMISE, nhiều khả năng nó sẽ thay đổi kết quả của những phân tích gộp về sau.

Hiện tại, UpToDate phiên bản cập nhật mới nhất đã khuyến cáo không nên sử dụng progesterone dạng vi hạt đặt âm đạo nhằm điều trị cho nhóm bệnh nhân sảy thai liên tiếp chưa rõ nguyên nhân, khuyến cáo trên được đưa ra dựa trên kết quả của nghiên cứu này. Kết quả của nghiên cứu thật sự là một chứng cứ quan trọng giúp các nhà lâm sàng thay đổi quan điểm của mình trong việc điều trị những trường hợp sảy thai liên tiếp chưa rõ nguyên nhân, giúp giảm đi những can thiệp không cần thiết gây tổn kém và căng thẳng cho bệnh nhân.

Gel rửa nhẹ dịu không xà phòng



Saforelle®

Soin Lavant Doux

Làm dịu da với chiết xuất Ngưu Bàng



Đặt tin với cảm giác mềm mại 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**