

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

- 06 < Điều trị nội khoa cho các vấn đề không liên quan đến hiếm muộn của hội chứng buồng trứng đa nang
Hồ Mạnh Tường
- 10 < Đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang
Lý Thiện Trung, Hồ Ngọc Anh Vũ
- 15 < Vai trò của AMH trong hội chứng buồng trứng đa nang
Võ Văn Cường
- 18 < Hội chứng buồng trứng đa nang ở thanh thiếu niên
Phạm Mỹ Hoàng Văn
- 22 < Thừa cân, béo phì ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang và cách quản lý
Lê Long Hồ
- 25 < Cập nhật tình hình nghiên cứu về tình trạng thiếu vitamin D ở phụ nữ mang hội chứng buồng trứng đa nang
Lâm Đỗ Phương Uyên
- 30 < Cải thiện triệu chứng nam hóa ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 34 < Hội chứng buồng trứng đa nang và mối liên quan với rối loạn tăng huyết áp thai kỳ
Bùi Quang Trung
- 37 < Nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Lê Tiểu My
- 41 < Hội chứng buồng trứng đa nang và nguy cơ sinh non
Nguyễn Khánh Linh
- 44 < So sánh giữa myo-inositol và metformin trên lâm sàng, chuyển hóa và tham số di truyền ở hội chứng buồng trứng đa nang
Tăng Quang Thái
- 50 < Nên thực hiện IVF hay IVM ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang?
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 54 < Chia sẻ một số kinh nghiệm lâm sàng trong việc lựa chọn bệnh nhân PCOM tối ưu cho IVM
Nguyễn Khánh Linh
- 57 < Ngân hàng sữa mẹ bệnh viện Từ Dũ: công trình mang ý nghĩa khoa học và tính nhân văn
Nguyễn Thị Minh Tâm
- 60 < Các hệ thống đánh giá và phân giai đoạn lạc nội mạc tử cung
Lê Tiểu My
- 65 < Đưa ra quyết định dựa trên thực chứng trong y học sinh sản
Nguyễn Thùy Linh Trang, Châu Uy Bằng, Lê Đăng Khoa
- 69 < Lựa chọn ưu tiên và chuyển viện trẻ sơ sinh bệnh tim bẩm sinh
Nguyễn Khôi

JOURNAL CLUB

- 74 < Vị thế của nuôi dưỡng thành non trong ống nghiệm trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- 76 < Nghiên cứu đầu tiên trên thế giới so sánh trực tiếp hiệu quả dự phòng sinh non trên song thai của hai biện pháp can thiệp: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng được thực hiện tại Việt Nam
- 78 < Kết cục thai kỳ tiền sản giật khởi phát sớm theo phương thức chấm dứt thai kỳ
- 79 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng về tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ
- 81 < Đồng thuận về định nghĩa thai chậm tăng trưởng chọn lọc trên thai kỳ song thai
- 82 < Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản không làm tăng nguy cơ ung thư ở trẻ em và thanh thiếu niên
- 83 < Điều trị cấp cứu tăng huyết áp nặng cấp tính trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản
- 85 < U buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh: phẫu thuật hay theo dõi?
- 87 < Hiệu quả sử dụng GnRH agonist so với hCG trong gây phóng noãn ở bệnh nhân PCOS điều trị IUI: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng

89 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 52
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG - BỆNH TUYẾN CỐ TỬ CUNG
Tập 52 sẽ xuất bản vào tháng 12/2019.
Hạn gửi bài cho tập 52 là 20/8/2019.

Chuyên đề tập 53
CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN - Y HỌC BẢO THAI
Tập 53 sẽ xuất bản vào tháng 3/2020.
Hạn gửi bài cho tập 53 là 20/11/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin – kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 – 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 – 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất).

Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 700 – 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2019



Hội viên liên kết Vàng 2019



KẾT CỤC THAI KỲ TIỀN SẢN GIẬT KHỞI PHÁT SỚM THEO PHƯƠNG THỨC CHẤM DỨT THAI KỲ

Coviello EM, Iqbal SN, Grantz KL, et al. Early preterm preeclampsia outcomes by intended mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220:100.e1-9.

Bùi Quang Trung - Bệnh viện Mỹ Đức

Tiền sản giật – một bệnh lý đa yếu tố với cơ chế sinh lý bệnh vẫn chưa được hiểu rõ, là một trong những nguyên nhân chính của bệnh suất và tử suất ở người mẹ và thai nhi, đặc biệt khi tiền sản giật khởi phát sớm (trước 34 tuần) và phải chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn thai dưới 34 tuần.

Chỉ định chấm dứt thai kỳ trong các trường hợp tiền sản giật khởi phát sớm khi diễn tiến bệnh lý có những dấu hiệu đe dọa đến sức khỏe thai phụ hay thai nhi như tiền sản giật nặng, sản giật, hội chứng HELLP. Việc ra quyết định chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm góp phần giảm thiểu được những kết cục xấu cho thai phụ và thai nhi. Tuy nhiên, chấm dứt thai kỳ theo phương pháp nào là một vấn đề còn đang tranh luận.

Chúng ta đều biết đến những yếu tố quyết định đến cách thức chấm dứt thai kỳ: tuổi thai, ngôi thai, tình trạng cổ tử cung, tình trạng sức khỏe của người mẹ và thai nhi... Nhưng với các thai kỳ tiền sản giật khởi phát sớm, đang tồn tại xu hướng các bác sĩ lâm sàng không muốn khởi phát chuyển dạ sinh ngã âm đạo bởi nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó có suy nghĩ khả năng thất bại cao.

Bằng chứng về cách thức chấm dứt thai kỳ tối ưu ở tuổi thai dưới 34 tuần có tiền sản giật khởi phát sớm hiện không rõ ràng. Đó là lý do để nhóm nghiên cứu do Elizabeth M. Coviello đứng đầu đã tiến hành phân tích thứ cấp nguồn dữ liệu từ một nghiên cứu lớn về tình hình mổ lấy thai ở Hoa Kỳ (2010) để điều tra tỷ lệ thành công của khởi phát chuyển dạ và kết cục thai kỳ theo các phương pháp chấm dứt thai kỳ khác nhau.

Trong nguồn dữ liệu rất lớn với hơn 200.000 thai kỳ (thời gian từ 2002 – 2008) từ 19 bệnh viện

khác nhau ở Hoa Kỳ, các tác giả xác định được 914 trường hợp mang đơn thai bị tiền sản giật phải chấm dứt thai kỳ trong khoảng 24^{0/7} – 33^{6/7} tuần (sau khi đã loại trừ thai dị tật, thai lưu, sinh non do những nguyên nhân khác). Trong số này có 454 trường hợp được chỉ định mổ lấy thai chủ động, 460 trường hợp được chỉ định khởi phát chuyển dạ.

Kết quả nghiên cứu:

- Có 214 trường hợp khởi phát chuyển dạ thành công (47%), còn lại 246 trường hợp phải mổ lấy thai do khởi phát chuyển dạ thất bại.
- Nếu phân tầng theo nhóm tuổi thai 24 – 27^{6/7} tuần, 28 – 31^{6/7} tuần, và 32 – 33^{6/7} tuần thì tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công lần lượt gia tăng từ 38% (12/32), lên 39% (70/180), và 54% (132/248).
- So với các trường hợp mổ lấy thai chủ động, các trường hợp khởi phát chuyển dạ ít có khả năng liên quan đến nhau bong non (aRR, 0,33; KTC 95%, 0,16 – 0,67), nhiễm trùng vết mổ, vết may (aRR 0,23; KTC 95%, 0,06 – 0,85), trẻ sơ sinh bị ngạt (aRR 0,12; KTC 95%, 0,02 – 0,78). Không thấy sự khác biệt về tổng hợp kết cục xấu ở mẹ, nhiễm trùng ối, huyết khối hay thuyên tắc tĩnh mạch sau sinh, băng huyết sau sinh, truyền máu, sốt sau sinh, viêm nội mạc tử cung.
- Những trường hợp khởi phát chuyển dạ thành công và sinh được ngã âm đạo khi so sánh với các trường hợp khởi phát chuyển dạ thất bại thấy giảm tỷ lệ bệnh suất của người mẹ (aRR 0,27; KTC 95%, 0,09 – 0,82), trong khi không có sự khác biệt về kết cục trẻ sơ sinh. Không thấy sự khác biệt về tỷ lệ tử vong mẹ, nhau bong non, nhiễm trùng ối, huyết khối hay thuyên tắc tĩnh mạch sau sinh, băng huyết sau sinh, truyền máu, sốt sau sinh, viêm nội mạc tử cung.

Nghiên cứu dù có nguồn dữ liệu lớn, đa trung tâm, được quản lý chặt chẽ, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế của nghiên cứu hồi cứu (không biết rõ nguyên nhân tử vong của thai phụ, một số kết cục chỉ xảy ra với số lượng rất nhỏ nên khó đánh giá mối liên quan...).

Tuy nhiên, đây vẫn là một nghiên cứu mang đến nhiều thông tin có giá trị. Đầu tiên, qua nghiên cứu này chúng ta thấy khoảng một nửa số trường hợp tiền sản giật khởi phát sớm có chỉ định chấm dứt thai kỳ trước 34 tuần có thể khởi phát chuyển dạ thành công. Và tỷ lệ thành công gia tăng theo tuổi

thai. Khởi phát chuyển dạ thành công ngoài việc giảm bệnh suất của mẹ, việc tránh một cuộc mổ lấy thai không cần thiết còn giúp giảm nguy cơ cho mẹ và thai nhi trong thai kỳ lần sau.

Mặc dù khởi phát chuyển dạ đưa đến một số kết cục tốt hơn mổ lấy thai, tuy nhiên, nếu khởi phát chuyển dạ thất bại sẽ làm gia tăng bệnh suất của người mẹ. Do đó, các bác sĩ cần tư vấn cụ thể cho thai phụ về lợi ích cũng như rủi ro có thể gặp phải trước khi quyết định chọn lựa biện pháp chấm dứt thai kỳ phù hợp./.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THAI KỲ

ACOG Practice Bulletin No. 203, January 2019. Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstetrics and Gynecology. Vol 133, No.1, January 2019.

Tô Mỹ Anh – Bệnh viện Mỹ Đức

CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Tăng huyết áp mạn tính được xác định khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ; hoặc tăng huyết áp được chẩn đoán lần đầu trong thai kỳ và vẫn tồn tại trên 12 tuần sau sinh.

Theo Hội Tim mạch học Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA, 2017) huyết áp từ 130 – 139/80 – 89 mmHg được xem là tăng huyết áp độ 1; huyết áp tâm thu nếu cao hơn 120 mmHg đã có những nguy cơ tim mạch về sau. Theo tiêu chuẩn này, số thai phụ được chẩn đoán tăng huyết áp mạn tính sẽ gia tăng. Không khuyến cáo khởi đầu điều trị hạ áp cho các thai phụ này (tăng huyết áp giai đoạn 1), mà cần phải theo dõi các thai kỳ này sát sao và cẩn trọng hơn.

Các thai phụ được xếp vào nhóm tăng huyết áp độ 1 có sự gia tăng nguy cơ xuất hiện tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, tăng tỷ lệ sinh non.

Mốc thời gian 20 tuần để phân biệt giữa tiền sản

giật và tăng huyết áp mạn không được ủng hộ mạnh mẽ bởi các chứng cứ, và không nên được sử dụng một cách máy móc.

Trong thai kỳ có giảm tính kháng thành mạch hệ thống làm huyết áp giảm, điều này có thể làm bỏ sót chẩn đoán huyết áp.

Khó phân biệt được tăng huyết áp mạn nặng lên với tiền sản giật xuất hiện mới trên nền tăng huyết áp mạn. Một số dấu hiệu giúp gợi ý đến tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn: giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng creatinin, tăng acid uric, tăng hematocrit, tiểu đạm mới xuất hiện hay nặng lên. Những trường hợp này cần phải hướng đến tiền sản giật trước khi có thể loại trừ, tiến hành đánh giá sức khỏe thai, và theo dõi huyết áp mỗi 4 – 8 giờ (Mức độ C).

CÁC KHUYẾN CÁO THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Trước khi mang thai

Các phụ nữ tăng huyết áp mạn nên được đánh giá biến chứng lên cơ quan đích (nếu có) và xác định