

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 56 – QUÝ IV/2020

THỜI ĐIỂM VÀ CÁC BIỆN PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

- 04 Thời điểm chấm dứt thai kỳ của các thai phụ không nguy cơ: đã đến lúc thay đổi?
ThS. BS. Đặng Quang Vinh
- 08 Thời điểm và cách thức chấm dứt thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp
BS. Tô Mỹ Anh, BS. CKI Bùi Quang Trung
- 12 Chẩn đoán, xử trí và thời điểm chấm dứt thai kỳ ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
BS. CKI. Trần Thị Minh Châu
- 17 Cập nhật thời điểm chấm dứt thai kỳ có chỉ định y khoa
BS. Trần Thế Hùng
- 20 Tư vấn phương thức sinh ở thai phụ con so
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 23 Thời điểm chấm dứt thai kỳ ở song thai không biến chứng
BS. CKI Lê Tiểu My
- 27 Khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ có tiền căn mổ lấy thai
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 33 Xu hướng chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 38 Chấm dứt thai kỳ kèm bất thường hệ thần kinh thai: cần cân nhắc điều gì?
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Yếu tố dự báo kết cục xấu ở song thai
ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 46 Ảnh hưởng của phá thai lên tâm lý bệnh nhân
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 48 Những tiến bộ trong việc cải thiện hiệu quả tiếp cận và giảm các biến chứng xuất hiện trong quá trình chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn sớm
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 52 Bệnh lý thiếu máu tán huyết ở thai nhi và sơ sinh
Nhóm bác sĩ BV Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
- 57 Vai trò của siêu âm trong sàng lọc và theo dõi điều trị Hemoglobin Bart
BS. Nguyễn Phước Phương Thảo, BS. Võ Tá Sơn
- 66 Cộng hưởng từ thai nhi trong chẩn đoán nguy cơ bất thường não thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 70 Quan điểm hiện đại về nguồn gốc lạc nội mạc tử cung: mô hình “Endometriosis life”
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 Dây rốn bám màng
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 79 Mạch máu tiền đạo
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 83 Xử trí các bất thường tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung
ThS. BS. Đinh Thanh Nhân
- 86 Ứng dụng mới trong cải thiện hiệu quả đông lạnh tinh trùng thu nhận có số lượng ít
ThS. Huỳnh Trọng Kha, CN. Đặng Thị Huyền Trang, CN. Ngô Hoàng Tín

90 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

91 *Journal Club*

Nằm nghỉ tại giường sau chuyển phôi

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai

Hướng dẫn thực hành từ ISUOG: chẩn đoán và quản lý thai nhỏ so với tuổi thai và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung

Tổng quan hệ thống: chấm dứt thai kỳ trong ba tháng đầu bằng cách sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostol hoặc Misoprostol đơn thuần

Đồng thuận ASRM về tiêm tinh trùng vào bào tương noãn trên những trường hợp vô sinh không do yếu tố nam

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”

Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”

Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021

XỬ TRÍ CÁC BẤT THƯỜNG TỐI THIỂU TRONG KẾT QUẢ SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

ThS. BS. Đinh Thanh Nhân

Bệnh viện Đa khoa Gia Đình (Đà Nẵng)

Phương pháp tầm soát ung thư cổ tử cung đã thay đổi đáng kể trong một thập kỷ qua. Các chiến lược sàng lọc hiện tại cho phụ nữ >30 tuổi bao gồm xét nghiệm tế bào học (Pap's test), xét nghiệm virus HPV nhóm nguy cơ cao (hrHPV – high-risk type of human papillomavirus) hoặc co-testing (kết hợp 2 xét nghiệm trên) (Sawaya và cs, 2019). Tuy nhiên, có thể có nhiều cách phối hợp kết quả xét nghiệm khác nhau đã dẫn đến các lưu đồ xử trí phức tạp, đặc biệt đối với các kết quả xét nghiệm được coi là bất thường tối thiểu, được định nghĩa là kết quả mà không rõ liệu bước tiếp theo có nên soi cổ tử cung hay không hoặc theo dõi sát.

Vào tháng 4 năm 2020, có 19 tổ chức đã phát hành các đồng thuận chính thức về hướng dẫn chiến lược xử trí kết quả xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung dựa trên các ước tính về tổn thương tiền ung thư mức độ cao hoặc ung thư (từ CIN3 trở lên) (Perkins và cs, 2020). Ước tính được rút ra từ kết quả sàng lọc được quan sát ở hơn 1,5 triệu phụ nữ từ 25 – 65 tuổi (Cheung và cs, 2020). Trong quần thể dân số này, khoảng 90% kết quả xét nghiệm là bình thường và khoảng 0,75 % bất thường nghiêm trọng. Phần còn lại là bất thường ở mức tối thiểu, bao gồm kết quả xét nghiệm hrHPV dương tính với kết quả xét nghiệm tế bào học bình thường, bất thường tế bào biểu mô lát với ý nghĩa không xác định (ASC-US) và tổn thương trong biểu mô lát mức độ thấp (LSIL).

Các nguy cơ tiềm ẩn của tổn thương trên CIN3 được ước tính trong các phối hợp khác

nhau của xét nghiệm tế bào học, xét nghiệm hrHPV (tức là xét nghiệm tìm ≥ 1 trong số 13 hoặc 14 loại HPV nguy cơ cao) và xét nghiệm kiểu gen HPV (tức là xét nghiệm đặc biệt cho HPV type 16 và HPV type 18) (Demarco và cs, 2020; Egemen và cs, 2020). Vì nhiễm hrHPV thoáng qua có nguy cơ mắc tổn thương trên CIN3 thấp hơn so với nhiễm hrHPV dai dẳng, nên hiệu quả của kết quả xét nghiệm hrHPV âm tính trong vòng 5 năm về nguy cơ tổn thương trên CIN3 cũng được đánh giá. Những nguy cơ này sau đó được áp dụng cho “các ngưỡng hành động lâm sàng” theo sự đồng thuận của chuyên gia (Perkins và cs, 2020); 3 ngưỡng có liên quan đến các trường hợp có kết quả xét nghiệm bất thường tối thiểu. Nếu nguy cơ tổn thương trên CIN3 tức thời là 4 – 24% thì nên soi cổ tử cung, nhưng nếu nguy cơ tức thời dưới 4%, thì nguy cơ tổn thương trên CIN3 tích lũy 5 năm sẽ hướng dẫn khoảng thời gian khảo sát. Nên kiểm tra lại sau 1 năm nếu nguy cơ trong 5 năm $\geq 0,55\%$ và khuyến cáo kiểm tra lặp lại trong 3 năm nếu nguy cơ trong 5 năm là 0,15 – 0,54%. Xét nghiệm lại được chỉ định là xét nghiệm hrHPV hoặc co-testing; nếu không thì chỉ có thể chấp nhận xét nghiệm tế bào học.

Kết quả bất thường phổ biến nhất là xét nghiệm hrHPV dương tính với xét nghiệm tế bào học bình thường đồng thời, chiếm khoảng 4,1% tổng số kết quả xét nghiệm. Vì nguy cơ tổn thương trên CIN3 ước tính tức thời là 2,1% và nguy cơ tích lũy trong 5 năm là 4,8%, nên làm xét nghiệm lại sau 1 năm (Perkins và

cs, 2020). Tuy nhiên, nếu kết quả xét nghiệm HPV type 16 dương tính, nguy cơ tổn thương trên CIN3 tức thời tăng lên 5,3% và nên soi cổ tử cung (Demarco và cs, 2020). Soi cổ tử cung luôn được khuyến cáo ở những người có kết quả xét nghiệm dương tính với HPV type 16 và/hoặc HPV type 18 với kết quả xét nghiệm tế bào học bình thường hoặc bất thường tối thiểu.

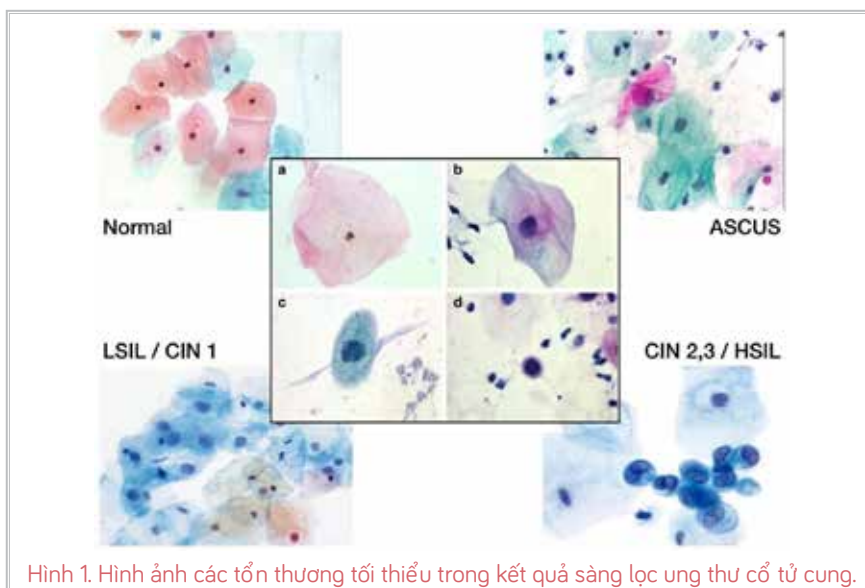
Kết quả bất thường phổ biến thứ hai là ASC-US, chiếm khoảng 3,6% tổng số kết quả xét nghiệm. Khi xét nghiệm hrHPV được thực hiện, khoảng 44% kết quả xét nghiệm sẽ là âm tính. Nếu kết quả hrHPV âm tính kết hợp ASC-US có nguy cơ tổn thương trên CIN3 tức thời là 0,04% và nguy cơ tích lũy trong 5 năm là 0,40% (Egemen và cs, 2020). Vì vậy, nên xét nghiệm lại sau 3 năm. Ngược lại, kết quả xét nghiệm hrHPV dương tính cho thấy nguy cơ tổn thương trên CIN3 tức thời ít nhất là 4,4% và nên soi cổ tử cung. Tuy nhiên, những phụ nữ có kết quả xét nghiệm ASC-US với hrHPV dương tính nhưng không phải HPV type 16 hoặc HPV type 18 và có kết quả xét nghiệm hrHPV âm tính trong vòng 5 năm trước thì nguy cơ tổn thương trên CIN3 thấp hơn; do đó, nên làm xét nghiệm lại sau 1 năm thay vì soi cổ tử cung.

Hai kết quả xét nghiệm tế bào học bao gồm thuật ngữ không điển hình và bị nhầm lẫn với ASC-US là các tế bào tuyến không điển hình và

các tế bào vảy không điển hình không thể loại trừ tổn thương trong biểu mô lát mức độ cao. Những kết quả tế bào học này có liên quan đến nguy cơ ung thư cao hơn và nên soi cổ tử cung bất kể kết quả xét nghiệm hrHPV.

Kết quả bất thường phổ biến thứ ba là LSIL, chiếm khoảng 1,7% tổng số kết quả xét nghiệm. Khi thực hiện xét nghiệm hrHPV, chỉ có khoảng 12% trường hợp âm tính. Với kết quả xét nghiệm LSIL kèm theo hrHPV âm tính, nguy cơ tổn thương trên CIN3 tức thời là 1,1% và nguy cơ tích lũy trong 5 năm là 2,0%, do đó nên xét nghiệm lại sau 1 năm. Với kết quả xét nghiệm hrHPV dương tính, nguy cơ tổn thương trên CIN3 ít nhất là 4,3% và khuyến cáo soi cổ tử cung (Egemen và cs, 2020). Nếu không có xét nghiệm hrHPV, nên soi cổ tử cung theo hướng dẫn trước đây (Massad và cs, 2013). Tương tự như ASC-US, khi kết quả LSIL với hrHPV dương tính và kết quả xét nghiệm hrHPV âm tính trong vòng 5 năm qua, thì nguy cơ thấp hơn và xét nghiệm lại sau 1 năm thay vì soi cổ tử cung, trừ khi kết quả xét nghiệm HPV type 16 hoặc HPV type 18 đồng thời là dương tính.

Hướng dẫn mới cũng cập nhật các khuyến cáo về xử trí kết quả xét nghiệm bất thường để sàng lọc hrHPV ban đầu (Perkins và cs, 2020). Khi kết quả xét nghiệm hrHPV dương tính, tế bào học được khuyến cáo để ước tính nguy



Hình 1. Hình ảnh các tổn thương tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung.

cơ. Nên soi cổ tử cung nếu kết quả xét nghiệm dương tính với HPV type 16 hoặc HPV type 18. Nếu không thể xét nghiệm tế bào học, thì soi cổ tử cung là hợp lý vì nguy cơ tổn thương trên CIN3 ước tính là 5,5%.

Các hướng dẫn xử trí dựa trên nguy cơ cũng giải quyết các câu hỏi liên quan đến chất lượng mẫu bệnh phẩm. Khi xét nghiệm tế bào học được báo cáo là không đạt yêu cầu, xét nghiệm nên được lặp lại sau 2 – 4 tháng, ngay cả khi kết quả xét nghiệm hrHPV âm tính. Nên soi cổ tử cung sau 2 lần xét nghiệm tế bào học không đạt yêu cầu. Ngược lại, sự vắng mặt của các tế bào nội mạc cổ tử cung không làm tăng nguy cơ, vì

vậy không nên làm xét nghiệm bổ sung (Perkins và cs, 2020).

Mặc dù nhiều lưu đồ được khuyến cáo bởi các hướng dẫn xử trí dựa trên nguy cơ mới này chưa được đánh giá chặt chẽ thông qua các nghiên cứu so sánh hiệu quả, nhưng chúng mang lại bằng chứng đáng kể cho lâm sàng, hướng dẫn thực hành lâm sàng với độ chính xác cao hơn. Ngoài việc triển khai các khuyến nghị này vào thực hành lâm sàng, các bác sĩ lâm sàng có thể tiếp tục cải thiện dự phòng ung thư cổ tử cung bằng cách khuyến khích tiêm phòng vắc-xin HPV thích hợp và sàng lọc những người chưa được sàng lọc.

Bảng 1. Tóm tắt xử trí ban đầu tổn thương tối thiểu trong kết quả sàng lọc ung thư cổ tử cung ở bệnh nhân nguy cơ trung bình.

Kết quả tế bào học	Kết quả xét nghiệm hrHPV	Kết quả xét nghiệm kiểu gen hrHPV	Khuyến cáo lâm sàng
Âm tính	Dương tính	HPV type 16 (+) hoặc HPV type 18 (+)	Soi cổ tử cung
		HPV type 16/18 không rõ hoặc HPV type 16 và 18 âm tính	Xét nghiệm hrHPV có hoặc không soi cổ tử cung sau 1 năm
ASC-US	Dương tính	HPV type 16 (+) hoặc HPV type 18 (+)	Soi cổ tử cung
		HPV type 16/18 không rõ hoặc HPV type 16 và 18 âm tính	Soi cổ tử cung hoặc Nếu hrHPV (-) trong vòng 5 năm thì xét nghiệm hrHPV có hoặc không soi cổ tử cung sau 1 năm
	Không rõ		Xét nghiệm hrHPV có hoặc không soi cổ tử cung sau 1 năm
	Âm tính		Xét nghiệm hrHPV có hoặc không soi cổ tử cung sau 3 năm
LSIL	Dương tính	HPV type 16 (+) hoặc HPV type 18 (+)	Soi cổ tử cung
		HPV type 16/18 không rõ hoặc HPV type 16 và 18 âm tính	Soi cổ tử cung, hoặc Nếu hrHPV (-) trong vòng 5 năm thì xét nghiệm hrHPV có hoặc không soi cổ tử cung sau 1 năm
Không rõ	Dương tính	HPV type 16 (+) hoặc HPV type 18 (+)	Soi cổ tử cung
		HPV type 16/18 không rõ HPV type 16 và 18 âm tính	

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sawaya GF, Smith-McCune K, Kuppermann M (2019). Cervical cancer screening: more choices in 2019. JAMA. 321(20):2018-2019. doi:10.1001/jama. 2019.4595
- Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al (2020). 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis. 24(2):102- 131.
- Cheung LC, Egemen D, Chen X, et al (2020). 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: methods for risk estimation, recommended management, and validation. J Low Genit Tract Dis. 24(2):90-101.
- Demarco M, Egemen D, Raine-Bennett TR, et al (2020). A study of partial human papillomavirus genotyping in support of the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. J Low Genit Tract Dis. 24(2):144-147.
- Egemen D, Cheung LC, Chen X, et al (2020). Risk estimates supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. J Low Genit Tract Dis. 24(2):132-143.
- Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al (2013). 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. Obstet Gynecol. 121(4): 829-846.