

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

THỜI ĐIỂM CHẤM DỨT THAI KỲ CỦA CÁC THAI PHỤ KHÔNG NGUY CƠ: ĐÃ ĐẾN LÚC THAY ĐỔI?

ThS. BS. Đặng Quang Vinh

Bệnh viện Mỹ Đức

Một thai kỳ được gọi là đủ tháng khi ở tuổi thai từ 37^{0/7} – 42^{0/7} tuần. Hầu hết thai phụ đều vào chuyển dạ khi đã 42 tuần, chỉ một số ít chưa vào chuyển dạ sau thời điểm này và được gọi là thai già tháng (Zeitlin và cs, 2007). Tuy nhiên, các dữ liệu cho thấy nguy cơ thai lưu tăng theo tuần tuổi thai. Tại Anh, hàng năm có trên 3.000 trường hợp thai lưu, với 1/3 trường hợp xảy ra ở các thai kỳ từ 37 tuần trở lên, mặc dù không có dấu hiệu nguy cơ nào (Poon và cs, 2016). Ngoài ra, một phân tích gộp từ 13 nghiên cứu với 15 triệu thai kỳ cho thấy nguy cơ thai lưu tăng từ 0,11/1.000 (KTC 95%, 0,07 – 0,15) ở tuổi thai 37 tuần lên đến 3,18/1.000 (1,84 – 4,35) nếu tiếp tục kéo dài thai kỳ sau 41 tuần. Ước tính sẽ có 1 trường hợp thai lưu trên 1.449 trường hợp kéo dài thai kỳ từ 40 đến 41 tuần (Muglu và cs, 2019). Trước các dữ liệu đó, một số tác giả đề nghị nên khởi phát chuyển dạ chủ động, ở thời điểm 39 tuần, trên các thai kỳ không có yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, một số khác lo ngại cách tiếp cận trên có thể dẫn đến việc gia tăng nguy cơ mổ lấy thai hay tăng nguy cơ các kết cục xấu trên trẻ sinh ra.

CÁC CHỨNG CỨ ỦNG HỘ

Kết quả một thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) được đăng tải trên tạp chí The New England Journal of Medicine vào năm 2018 của Grobman và cộng sự đã góp phần giải đáp cho các lo ngại này (nghiên cứu ARRIVE – A Randomized Trial of Induction

Versus Expectant Management; Grobman và cs, 2018). Đây là nghiên cứu được thực hiện tại 41 bệnh viện ở Hoa Kỳ trên các thai phụ đơn thai không có yếu tố nguy cơ. Không nguy cơ được các tác giả định nghĩa là không có các yếu tố từ thai phụ/thai nhi có thể dẫn đến chỉ định chấm dứt thai kỳ trước thời điểm 40^{5/7} tuần, ví dụ cao huyết áp thai kỳ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung... Có tổng cộng 6.106 thai phụ ở tuổi thai 38^{0/7} – 38^{6/7} tuần được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm, khởi phát chuyển dạ hay không can thiệp (expectant management – EM). Ở nhóm khởi phát chuyển dạ, thai phụ được khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin ở tuổi thai 39^{0/7} – 39^{4/7} tuần. Trường hợp cổ tử cung chưa thuận tiện, có thể điều trị giúp cổ tử cung chín muồi. Đối với nhóm EM, thai phụ tiếp tục được theo dõi định kỳ cho đến ít nhất 40^{5/7} tuần. Trong trường hợp đến 42^{2/7} tuần mà vẫn chưa chuyển dạ hay chưa có chỉ định chấm dứt thai kỳ thì sẽ được khởi phát chuyển dạ theo phác đồ như trong nhóm khởi phát chuyển dạ. Yếu tố đánh giá kết quả chính (primary outcome) là các kết cục bất lợi trên sơ sinh, bao gồm tử vong chu sinh, Apgar ≤ 3 sau 5 phút, suy hô hấp, bệnh lý não thiếu máu cục bộ – thiếu oxy, nhiễm trùng, hội chứng hít phân su, sang chấn khi sinh, sử dụng thuốc vận mạch.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các kết cục bất lợi trên sơ sinh ở nhóm khởi phát chuyển dạ 39 tuần là 4,3% so với 5,4% ở nhóm EM (nguy cơ tương đối [RR] 0,80; KTC 95%, 0,64 – 1,00).

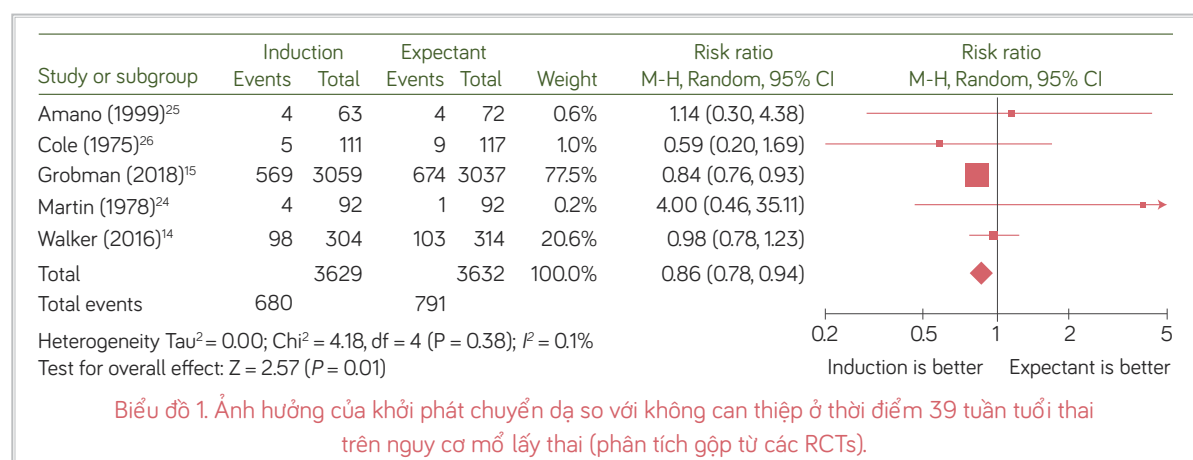
Các tác giả ghi nhận tỷ lệ trẻ cần hỗ trợ hô hấp sau sinh giảm 29% ở nhóm khởi phát chuyển dạ. Ngoài ra, khởi phát chuyển dạ thời điểm 39 tuần cũng làm giảm nguy cơ mổ lấy thai từ 22,2% xuống còn 18,6% (RR 0,64; KTC 95%, 0,56 – 0,74). Thời gian thai phụ lưu tại phòng sinh dài hơn, 20 tiếng ở nhóm khởi phát chuyển dạ so với 14 tiếng ở nhóm EM ($p < 0,001$). Tuy nhiên, tổng thời gian nằm viện ở nhóm khởi phát chuyển dạ ngắn hơn có ý nghĩa thống kê, chủ yếu do tỷ lệ mổ lấy thai giảm thấp ở nhóm này (Grobman và cs, 2018).

Dựa trên kết quả của nghiên cứu này, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), thông qua Hội Y học Thai phụ và bào thai (SMFM) đã có khuyến nghị rằng “các bác sĩ sản và cơ sở y tế có thể xem xét khởi phát chuyển dạ một cách chủ động ở thời điểm 39 tuần trên các thai phụ đơn thai, không yếu tố nguy cơ” (Society of Maternal–Fetal Publications Committee, 2019).

Các kết quả khả quan trên sau đó cũng được tìm thấy trong một phân tích gộp trên 5 RCTs, với 7.261 thai phụ đơn thai, không kèm yếu tố nguy cơ (Sotiriadis và cs, 2019). Phân tích cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai giảm thấp ở nhóm khởi phát chuyển dạ (RR 0,86; KTC 95%, 0,78 – 0,94, mức độ chứng cứ trung bình). Các tác giả ước tính cần khởi phát chuyển dạ cho 32 thai phụ đơn thai, không yếu tố nguy cơ để tránh 1 trường hợp mổ lấy thai. Ngoài ra, các kết cục phụ khác như tỷ lệ cao huyết áp thai kỳ và tỷ lệ trẻ cần hỗ trợ hô hấp sau sinh cũng giảm có ý nghĩa

thống kê, lần lượt là RR 0,65; KTC 95%, 0,57 – 0,75, mức độ chứng cứ trung bình và RR 0,73; KTC 95%, 0,58 – 0,95, mức độ chứng cứ trung bình (Soritiadis và cs, 2019). Các lý giải cho việc giảm tỷ lệ mổ lấy thai và tỷ lệ cao huyết áp thai kỳ có thể là 39 tuần là thời điểm thích hợp nhất để khởi phát chuyển dạ. Tuổi thai càng lớn, nguy cơ thất bại với khởi phát chuyển dạ càng cao, có thể do kích thước thai càng lớn và tăng nguy cơ suy thai cấp do ảnh hưởng của bánh nhau. Thực tế số liệu nghiên cứu cho thấy trẻ sinh ra ở nhóm khởi phát chuyển dạ có cân nặng khi sinh nhẹ hơn nhóm trẻ từ EM. Ngoài ra, chấm dứt thai kỳ chủ động ở thời điểm 39 tuần có thể phòng ngừa cao huyết áp thai kỳ xuất hiện ở tuổi thai muộn hơn khi duy trì thai kỳ. Tuy nhiên, phân tích gộp này của Soritiadis và cộng sự có một điểm yếu là các dữ liệu từ nghiên cứu của Grobman và cộng sự chiếm tỷ trọng khá lớn (Biểu đồ 1).

Gần đây, có một số lo ngại về khả năng khái quát hóa các kết quả tìm thấy từ các nghiên cứu khi áp dụng vào thực hành lâm sàng hàng ngày. Một trong các phương pháp tiếp cận là tiến hành các phân tích gộp, sử dụng dữ liệu từ những nghiên cứu đoàn hệ. Trên hướng tiếp cận đó, Grobman và Caughey đã tiến hành một phân tích gộp, với 6 nghiên cứu đoàn hệ trên các thai phụ con so, đơn thai không kèm yếu tố nguy cơ (66.019 thai phụ được khởi phát chuyển dạ ở tuổi thai 39 tuần và 584.390 thai phụ được tiếp tục theo dõi thai kỳ) vào năm 2019 (Grobman và Caughey, 2019). Kết quả cũng cho thấy xu



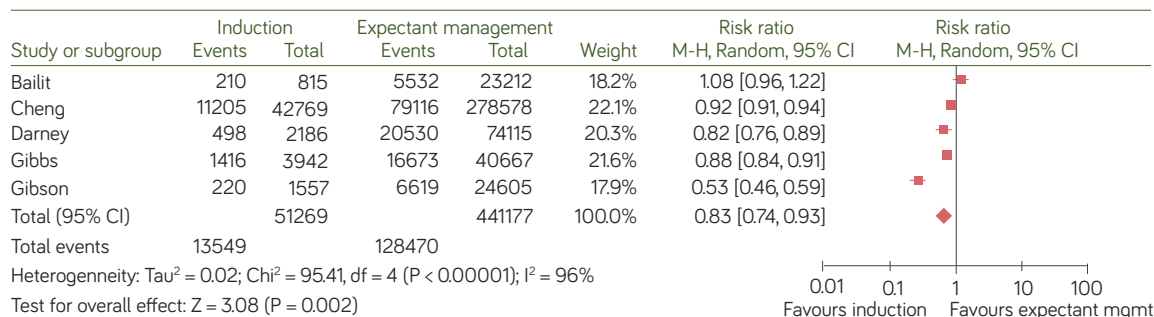
hướng tương tự trong các kết cục trên thai phụ và trên trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mổ lấy thai, yếu tố đánh giá chính, giảm một cách có ý nghĩa thống kê (RR 0,83; KTC 95%, 0,74 – 0,93; $p = 0,002$). Các tác giả ước tính rằng cứ 37 trường hợp khởi phát chuyển dạ chủ động ở thời điểm 39 tuần sẽ tránh được 1 trường hợp mổ lấy thai (Biểu đồ 2). Nguy cơ nhiễm trùng hậu sản, nguy cơ suy hô hấp; hít phân su; nguy cơ nhập NICU và tử vong chu sinh đều giảm thấp, có ý nghĩa thống kê ở nhóm khởi phát chuyển dạ chủ động (Grobman và Caughey, 2019).

CÁC LO NGẠI

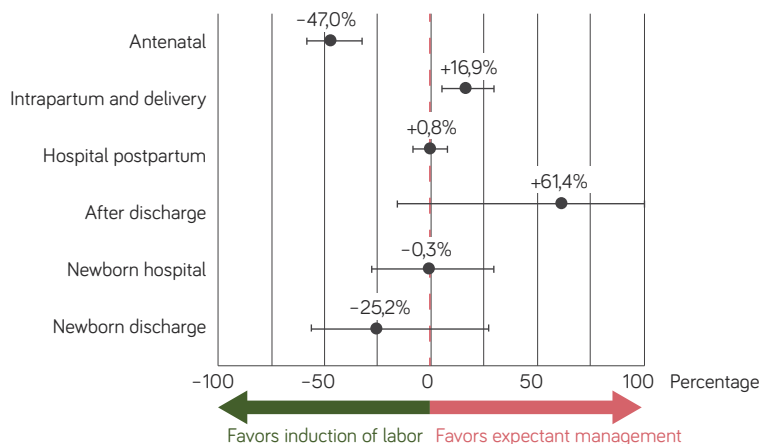
Ngoài các lo ngại về hiệu quả của khởi phát chuyển dạ chủ động trên tỷ lệ mổ lấy thai, kết cục sơ sinh... đã được nhận thấy rõ ràng qua các nghiên cứu gần đây như đề cập ở trên, chiến lược này có làm tăng chi phí điều trị và quá tải tại khu vực nội trú hay không còn là mối quan tâm của nhiều nhà quản lý.

Trong một phân tích hiệu quả – chi phí dựa trên dữ liệu đến từ 5 bệnh viện tham gia nghiên cứu ARRIVE cho thấy chi phí chăm sóc thai sản ngoại trú ở nhóm khởi phát chuyển dạ giảm 47% (KTC 95%, –58,3, –32,6; $p < 0,001$) so với nhóm EM, trong khi chi phí cho điều trị nội trú tăng 16,9% (KTC 95%, +5,5, +29,5; $p = 0,003$). Tuy nhiên, phần tăng này không đáng kể so với chi phí giảm được từ các xử trí trong ngoại trú. Do đó, tổng chi phí điều trị giữa hai nhóm là không khác biệt có ý nghĩa thống kê (Biểu đồ 3, Einerson và cs, 2020).

Bên cạnh đó, dữ liệu từ ARRIVE cho thấy thời gian lưu trú ở phòng sinh của nhóm thai phụ được khởi phát chuyển dạ dài hơn. Tuy nhiên, tổng thời gian nằm viện lại ngắn hơn so với nhóm EM. Do đó, việc áp dụng chiến lược khởi phát chuyển dạ chủ động thường quy đòi hỏi phải có sự điều chỉnh của các nhà quản lý bệnh viện, tiên liệu trước khả năng quá tải tại phòng sinh.



Biểu đồ 2. Ảnh hưởng của khởi phát chuyển dạ so với không can thiệp ở thời điểm 39 tuần tuổi thai trên nguy cơ mổ lấy thai (phân tích gộp từ các nghiên cứu đoàn hệ).



Biểu đồ 3. Hiệu quả – chi phí của chiến lược khởi phát chuyển dạ chủ động.

KẾT LUẬN

Như vậy, các chứng cứ hiện nay đều cho thấy (i) nguy cơ thai lưu tăng một cách có ý nghĩa khi kéo dài thai kỳ đến 41 tuần trên các thai phụ đủ tháng và (ii) khởi phát chuyển dạ chủ động ở tuổi thai 39 tuần trên các thai phụ đơn thai không yếu tố nguy cơ giúp làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai và cải thiện các kết cục sơ sinh. Đứng về góc độ kinh tế y tế, chiến lược khởi phát chuyển dạ chủ động không làm tăng thêm gánh nặng về chi phí và đòi hỏi các nhà quản lý có một điều tiết nhỏ trong khu vực nội trú. Câu hỏi đặt ra là, với các chứng cứ này, đã đến lúc thay đổi thực hành lâm sàng hiện nay chưa?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *N Engl J Med* 2018;379:513–23.
2. Grobman WA and Caughey AB. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 221:304–310.
3. Muglu J, Rather H, Arroyo-Manzano D, Bhattacharya S, Balchin I, Khalil A, et al. Risks of stillbirth and neonatal death with advancing gestation at term: A systematic review and meta-analysis of cohort studies of 15 million pregnancies. *PLoS Med* 2019;16: e1002838. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002838>.
4. Poon LC, Tan MY, Yerlikaya G, Syngelaki A, Nicolaides KH. Birth weight in live births and stillbirths. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016; 48:602–6.
5. Sotiriadis A, Petousis S, Thilaganathan B, Figueras F, Martins WP, Odibo AQ, Dinas K and Hyett J. Maternal and perinatal outcomes after elective induction of labor at 39 weeks in uncomplicated singleton pregnancy: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53:26–35.
6. Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, Bréart GPERISTAT Group. Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact? *BJOG* 2007;114:1097–103, 10.1111/j.1471-0528.2007.01328.x 17617197
7. Society of Maternal–Fetal (SMFM) Publications Committee. SMFM Statement on Elective Induction of Labor in Low–Risk Nulliparous Women at Term: the ARRIVE Trial. <https://doi.org/10.1016/j.jajog.2018.08.009>
8. Einerson BD, Nelson RE, Sandoval G, Esplin MS, Branch DW, Metz TD, Silver RM, Grobman WA, Reddy UM, Varner M; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal–Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Cost of Elective Labor Induction Compared With Expectant Management in Nulliparous Women. *Obstet Gynecol*. 2020 Jul;136(1):19–25.

MỜI GỬI BÀI VIẾT ĐĂNG TẠP CHÍ PHỤ SẢN



Tổng Biên tập: GS. TS. Cao Ngọc Thành

Phó Tổng Biên tập:

– PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

– ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

Tổng thư ký tòa soạn: PGS. TS. Lê Minh Tâm

Hội đồng biên tập

– GS. TS. Trần Thị Phương Mai

– GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phương

– GS. TS. Nguyễn Viết Tiến

– GS. TS. Trần Thị Lợi

– PGS. TS. Lê Hồng Cẩm

– PGS. TS. Vũ Thị Nhung

– TS. BS. Vũ Chí Dũng

– PGS. TS. Lê Minh Tâm

– TS. BS. Đỗ Quan Hà

– PGS. TS. Vũ Văn Tâm

– PGS. TS. Lê Hoàng

– TS. BS. Lê Quang Thanh

– PGS. TS. Nguyễn Xuân Hợi

– PGS. TS. Hà Thị Minh Thi

– PGS. TS. Hồ Sỹ Hùng

– PGS. TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

– TS. BS. Phạm Chí Kông

– GS. TS. Võ Minh Tuấn

– PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan

– TS. BS. Hoàng Thị Diễm Tuyết

– TS. BS. Lâm Đức Tâm

Ban Thư ký

– ThS. BS. Trần Mạnh Linh

– ThS. BS. Võ Văn Khoa

– ThS. BS. Nguyễn Trần Thảo Nguyên

– ThS. BS. Lê Viết Nguyên Sa

– BS. Trần Đoàn Tú

– ThS. BS. Nguyễn Đắc Nguyên

Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược Huế

Số 6 Ngô Quyền, TP. Huế, Điện thoại: 0234.626 9696, Fax: 0234. 3826269

Email: tapchiphusan.vn@gmail.com, Website: <https://vjog.vn/>



Thẻ lệ đăng bài