

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

XU HƯỚNG CHẤM DỨT THAI KỲ ĐỦ THÁNG TRÊN THAI PHỤ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

ThS. BS. Thân Trọng Thạch

Đại học Y Dược TPHCM

TỔNG QUAN

Ước tính vào năm 2015, tình trạng vô sinh hiếm muộn ảnh hưởng đến hơn 186 triệu người trên toàn thế giới, trong đó có 8 – 12% các cặp đôi trong độ tuổi sinh sản^[1]. Hiện nay, đã có rất nhiều thai kỳ đạt được nhờ giải pháp hỗ trợ sinh sản (assisted reproductive technology – ART) cũng như hàng triệu em bé được sinh ra nhờ thụ tinh trong ống nghiệm (in vitro fertilization – IVF), tuy nhiên những thai kỳ này được xem như thai kỳ nguy cơ bởi sự gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh lý như tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật (preclampsia – PE), đái tháo đường thai kỳ (gestational diabetes mellitus – GDM)... và đặc biệt là sinh non có liên quan đến điều trị vô sinh. Dù vậy, vẫn có không ít thai kỳ IVF đạt đến thời điểm đủ tháng với sự hỗ trợ và chăm sóc kỹ càng của bác sĩ trong suốt thời gian mang thai. Thông thường tại thời điểm này, mổ lấy thai (cesarean delivery – CD) chủ động sẽ là cách chấm dứt thai kỳ phổ biến, ưu tiên hơn khởi phát chuyển dạ (induction of labor – IOL) và sinh ngã âm đạo (vaginal delivery – VD) trên những sản phụ này để tránh những đáng tiếc xảy ra sau rất nhiều công sức mà cả bố lẫn mẹ đã bỏ ra để đạt được và duy trì thai kỳ này cũng như những "nỗ lực để sinh tồn" của thai cho đến thời điểm được chào đời. Vì thế, có thể thấy trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ mổ lấy thai ở những thai kỳ IVF gia tăng liên tục và đạt hơn 50% trong năm 2012, ngược lại tỷ lệ những cuộc chuyển dạ tự

nhiên hay sinh giúp bằng dụng cụ có xu hướng giảm đi đáng kể. Cụ thể hơn, ở các quốc gia phát triển như Đức, tỷ lệ mổ lấy thai tăng gấp đôi từ 15,2% đến 31,3% từ năm 1991 đến 2011, hay ở Mỹ, tần suất mổ lấy thai tăng và đạt mức 32% trong 15 năm vừa qua^[2]. Một trong những lý do cho sự tăng tỷ lệ mổ lấy thai ở các thai kỳ IVF có thể do các bệnh lý trong thai kỳ như thai chậm tăng trưởng trong tử cung (intrauterine growth restriction – IUGR), tiền sản giật hay do mẹ béo phì hoặc những chỉ định khác phải thực hiện mổ lấy thai như bất xứng đầu chậu, nhau tiền đạo và ngôi thai bất thường^[2]. Với thực trạng như vậy, cho đến hiện nay, mối liên quan giữa cách chấm dứt thai kỳ, cụ thể là mổ lấy thai ở những thai phụ với IVF chưa được đánh giá rõ ràng. Vì vậy, trong xu hướng gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai trên thai kỳ IVF của cả thế giới, với những hệ quả, biến chứng mà mổ lấy thai mang lại cho sản phụ và thai kỳ sau, liệu xu hướng này có hợp lý và thỏa đáng hay không, bài viết này sẽ lý giải và làm rõ những nguyên nhân của nó.

XU HƯỚNG CHẤM DỨT THAI KỲ TRÊN THAI PHỤ IVF

**Thời điểm chấm dứt thai kỳ trên
thai phụ IVF có tương tự như
ở các thai kỳ tự nhiên khác?**

Trước hết, trên các thai phụ đủ tháng, việc chấm dứt thai kỳ có thể là quyết định chủ động mà không cần chờ đến khi chuyển dạ tự nhiên;

hoặc là quyết định tại những thời điểm bắt buộc chấm dứt thai kỳ để bảo đảm sự an toàn cho cả mẹ và con. Trước đây, việc khởi phát chuyển dạ chủ động được xem là gây hại và làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai cũng như làm những trẻ sinh ra từ mẹ được khởi phát chuyển dạ có kết cục xấu hơn so với những trẻ có mẹ chuyển dạ tự nhiên khi quan sát từ các nghiên cứu đoàn hệ so sánh những sản phụ cùng tuổi thai. Tuy nhiên, qua nhiều năm, sự so sánh này dần được nhận ra là chưa phù hợp bởi trong quá trình theo dõi, các biến chứng khác trong thai kỳ có nguy cơ xảy ra dẫn đến tỷ lệ sinh ngã âm đạo ít đi mà không phải thật sự do khởi phát chuyển dạ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai^[3,4]. Bên cạnh đó, thai kỳ từ sau 37 tuần tuổi thai trở đi, giai đoạn "đủ tháng" được chia nhỏ lại và khoảng thời gian tốt nhất cho việc chấm dứt thai kỳ đơn thai nguy cơ thấp là 39 – 40⁺⁶ tuần với ít kết cục xấu cho thai nhất. Vì thế, việc chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai dưới 39 tuần không được khuyến cáo mà nên kéo dài cho đến khi "đủ tháng" ở những sản phụ đơn thai không biến chứng^[5].

Cho đến hiện tại, đã có nhiều bằng chứng chứng minh khi chấm dứt thai kỳ tại mốc mới – thời điểm 39 tuần, không làm gia tăng, thậm chí còn giảm tỷ lệ mổ lấy thai và các kết cục xấu khác cho thai nhi. Năm 2018, nghiên cứu RCT đa trung tâm ARRIVE được thực hiện trên hơn 6.000 sản phụ con so nguy cơ thấp để so sánh kết cục thai kỳ khi khởi phát chuyển dạ chủ động tại thời điểm 39 – 39⁺⁴ tuần tuổi thai (n = 3.062) so với chỉ theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên cho đến 42⁺² tuần (n = 3.044) (trong nhóm theo dõi nếu có chỉ định chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai < 40⁺⁵ tuần sẽ được khởi phát chuyển dạ). Kết quả nghiên cứu cho thấy các kết cục của trẻ sơ sinh như tỷ lệ chết chu sinh hay tỷ lệ phải hỗ trợ hô hấp, chỉ số Apgar 5 phút sau sinh ≤ 3 , thiếu oxy não, hội chứng hít ôi phân su,... ở nhóm khởi phát chuyển dạ thấp hơn so với nhóm theo dõi, tuy rằng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (4,3% với 5,4%; RR 0,80; KTC 95%, 0,64 – 1,00; P = 0,049). Tuy kết cục của trẻ sơ sinh

giữa 2 nhóm như nhau nhưng lại có sự khác biệt đáng kể về kết cục của mẹ khi làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm khởi phát chuyển dạ so với nhóm theo dõi (18,6% với 22,2%; RR 0,84; KTC 95%, 0,76 – 0,93; P < 0,001), bên cạnh đó tỷ lệ rối loạn huyết áp (tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ) ở nhóm khởi phát chuyển dạ cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê (9,1% với 14,1%; RR 0,64; KTC 95%, 0,56 – 0,74; P < 0,001). Ngoài ra, khi tính toán cụ thể hơn, cứ 28 sản phụ thực hiện khởi phát chuyển dạ tại thời điểm 39 tuần tuổi thai sẽ giảm được một trường hợp mổ lấy thai^[7]. Các bằng chứng khác cũng cho kết quả tương tự ARRIVE như nghiên cứu của Souter và cộng sự năm 2019^[8]. Qua đó, có thể thấy thời điểm 39 tuần có thể là mốc chấm dứt thai kỳ mới và an toàn cho các sản phụ con so nguy cơ thấp bởi không làm tăng các kết cục xấu cho trẻ sơ sinh mà còn mang lại những lợi ích cho mẹ như làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai và giảm các rối loạn huyết áp trong thai kỳ^[7].

Một nghiên cứu khác – tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Sancone và cộng sự trên 7 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để đánh giá các kết cục thai kỳ liên quan trên 7.598 sản phụ đơn thai đủ tháng không biến chứng (39 – 40⁺⁶ tuần) giữa hai nhóm: khởi phát chuyển dạ chủ động ở tuổi thai 39 – 39⁺⁶ tuần (n = 3.807) và nhóm chứng được theo dõi chờ chuyển dạ cho đến khi tuổi thai 41 – 42 tuần (n = 3.791). Kết quả cho thấy, về kết cục của mẹ, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm khởi phát chuyển dạ tương tự so với nhóm chứng (18,6% với 21,4%; RR 0,96; KTC 95%, 0,78 – 1,19). Đối với kết cục của các trẻ sơ sinh, ở nhóm khởi phát chuyển dạ, tỷ lệ nước ối có phân su (meconium-stained amniotic fluid – MSAF) thấp hơn (4,0% vs 13,5%; RR 0,32; KTC 95%, 0,18 – 0,57), trong khi cân nặng trung bình lúc sinh của các bé không cao bằng so với nhóm chứng (sự khác biệt trung bình -98,96 g; KTC 95%, -126,29 – -71,63) nhưng dường như không có sự khác biệt trên lâm sàng ở kết cục này. Ngoài ra, các kết cục phụ như sinh giúp, tình trạng viêm ối – màng ối, chỉ số Apgar 5 phút sau

sinh < 7, nhập phòng hồi sức tích cực (neonatal intensive care unit – NICU), hay tử vong chu sinh đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Với kết quả từ nghiên cứu có độ tin cậy cao này, có thể thấy việc khởi phát chuyển dạ chủ động tại thời điểm 39 tuần ở những thai kỳ đơn thai đủ tháng không biến chứng không dẫn đến các kết cục xấu cho cả mẹ và thai, đặc biệt là tỷ lệ mổ lấy thai tương đương cùng với tỷ lệ nước ối có phân su thấp hơn so với nhóm chứng theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên^[9]. Giúp củng cố thêm cho kết luận này, một bài phân tích gộp khác năm 2019 từ 6 nghiên cứu đoàn hệ trên 66.019 sản phụ con so nguy cơ thấp được khởi phát chuyển dạ chủ động và 584.390 sản phụ theo dõi chuyển dạ tự nhiên cũng cho kết quả tương tự, thậm chí có thể thấy việc khởi phát chuyển dạ tại thời điểm 39 tuần tuổi thai làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai (26,4% với 29,1%; RR 0,83; KTC 95%, 0,74 – 0,93) và nhiễm trùng chu sinh (2,8% với 5,2%; RR 0,53; KTC 95%, 0,39 – 0,72). Hơn nữa, các trẻ sơ sinh trong nhóm khởi phát chuyển dạ còn có kết cục khả quan hơn so với nhóm còn lại^[10]. Đối với nhóm sản phụ đơn thai với mang thai lần 2 trở đi, việc chủ động khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ lúc 39 tuần cũng được chứng minh là có lợi cho cả mẹ và con với các kết cục tương tự như thai kỳ con so^[11]. Tuy nhiên, về vấn đề kinh tế, việc khởi phát chuyển dạ tại thời điểm 39 tuần sẽ làm tăng thêm chi phí nên khi xét về tỷ lệ hiệu quả – chi phí, chiến lược này dường như chưa mang lại hiệu quả^[3,12]. Do đó, khởi phát chuyển dạ ở thời điểm 39 tuần có thể là một lựa chọn thêm phù hợp cho các đối tượng này với bối cảnh nghiên cứu, tuy nhiên có thể áp dụng cho thực hành lâm sàng hay không thì cần xem xét thêm trên nhiều khía cạnh cũng như phụ thuộc nhiều vào nguồn lực và hệ thống chăm sóc y tế địa phương^[3,4,12]. Và trong tương lai, thời gian chấm dứt thai kỳ có thể còn sớm hơn với những nghiên cứu đầy hứa hẹn cho thấy kết quả khả quan trong kết cục của cả mẹ và thai^[13].

Mặt khác, hiện tại chưa có hướng dẫn thực

hành hay phác đồ nào về việc chấm dứt thai kỳ riêng cho các đối tượng nhóm thai phụ IVF đủ tháng. Do vậy, hiện nay, có lẽ việc chấm dứt thai kỳ đủ tháng trên nhóm đối tượng đặc biệt này nếu con so không biến chứng có thể được thực hiện tại thời điểm 39 tuần tương tự nhóm dân số chung để đảm bảo kết cục tốt cho cả mẹ và thai cũng như giảm nguy cơ mổ lấy thai mà không cần kéo dài thai kỳ thêm để tránh những sự kiện bất lợi xảy ra trong thời gian này. Hơn nữa, dù chi phí có gia tăng nhưng thật sự điều này không phải là vấn đề có sức ảnh hưởng lớn trên những thai kỳ IVF. Bên cạnh đó, khi các thai kỳ IVF đến thời điểm đủ tháng nhưng có kèm theo các bệnh lý trong thai kỳ như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thai chậm tăng trưởng trong tử cung... thì thời điểm cũng như cách chấm dứt thai kỳ sẽ dựa trên chỉ định của những bệnh lý này cùng với sự đánh giá kỹ càng tình trạng sức khỏe của mẹ và thai. Với những thai phụ đơn thai với đái tháo đường thai kỳ kiểm soát ổn, nghiên cứu của Hochberg và cộng sự đánh giá việc khởi phát chuyển dạ tại thời điểm 37 – 38⁺ tuần (n = 193) hay 39 – 40⁺ tuần (n = 237) cho thấy không có sự khác biệt nào trong tỷ lệ sinh giúp bằng dụng cụ hay mổ lấy thai (lần lượt là 12,9% với 11,4% và 9,3% với 10,1%, p = 0,86). Các kết cục khác của mẹ và thai cũng tương đương nhau, trừ tỷ lệ vàng da sau sinh ở nhóm khởi phát chuyển dạ tại 37 – 38⁺ tuần cao hơn nhóm còn lại nhưng không đáng kể (16,1% với 12,7%, p > 0,05)^[14]. Kể cả trên thai phụ béo phì thì 39 tuần vẫn là thời điểm phù hợp để chấm dứt thai kỳ với khởi phát chuyển dạ và an toàn cho cả mẹ và thai^[15,16]. Tóm lại, 39 tuần là thời điểm chấm dứt thai kỳ an toàn cho đa số thai kỳ, từ nguy cơ thấp cho đến nguy cơ cao với một số bệnh lý trong thai kỳ kiểm soát tốt như đái tháo đường thai kỳ hay mẹ béo phì và có thể được ứng dụng trên thai kỳ IVF đủ tháng.

Cách chấm dứt thai kỳ trên thai kỳ IVF đủ tháng như thế nào?

Các bằng chứng đã cho thấy những thai kỳ

đạt được nhờ IVF là yếu tố nguy cơ của rất nhiều biến chứng, trong đó đối với thai kỳ đủ tháng thì các bệnh lý như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, nhau tiền đạo, thai chậm tăng trưởng trong tử cung... hay đa thai có ảnh hưởng nhiều đến thời điểm và cách chấm dứt thai kỳ^[17]. Trước tiên, đái tháo đường thai kỳ có lẽ là biến chứng thường xảy ra trên các thai kỳ IVF với nguy cơ mắc cao gấp 1,88 lần, trong khi nguy cơ mắc các rối loạn về huyết áp như tăng huyết áp thai kỳ hay tiền sản giật cao gấp 2,18 lần so với thai kỳ tự nhiên, đơn thai. Gần đây hơn có bằng chứng cho thấy IVF có liên quan đến khởi phát và tiến triển của tiền sản giật với tỷ lệ mắc ở những thai kỳ IVF lên đến 6%, trong đó số sản phụ có tiền sản giật nặng chiếm 40% các sản phụ tiền sản giật với IVF, cao hơn so với nhóm tiền sản giật trên thai tự nhiên^[18]. Tuy nhiên, đái tháo đường thai kỳ hay tiền sản giật trên thai kỳ đủ tháng không phải là chỉ định thực hiện mổ lấy thai mà dựa theo những chứng cứ hiện có, việc khởi phát chuyển dạ tại thời điểm phù hợp 39 tuần vẫn đem lại kết cục tốt cho cả mẹ và thai. Những biến chứng khác như nhau bong non, nhau tiền đạo ở thai kỳ IVF dù đơn hay đa thai cũng tăng gấp 2,14 lần^[18] hay tình trạng nhau cài răng lược cũng thường gặp hơn ở sản phụ IVF với nguy cơ mắc cao hơn gấp 5 lần so với sản phụ mang thai tự nhiên (12,5 với 2,6%, $p = 0,003$)^[19]. Trong những thai kỳ với nhau tiền đạo hay nhau cài răng lược, mổ lấy thai chủ động tại 37 tuần tuổi thai là phương pháp chấm dứt thai kỳ được khuyến cáo để hạn chế tối thiểu các kết cục xấu và tử vong cho cả mẹ và thai, trong khi đối với nhau bong non, mổ lấy thai được thực hiện khẩn cấp nhằm đảm bảo tính mạng cho thai nhi và mẹ.

Về những biến chứng của thai, ở thai kỳ IVF, nguy cơ có cân nặng lúc sinh thấp tăng gấp 1,72 lần so với thai kỳ tự nhiên^[18], nhưng đây cũng không phải chỉ định để thực hiện mổ lấy thai trừ khi sức khỏe thai không đảm bảo để vượt cạn. Bên cạnh đó, đối với những thai kỳ IVF song thai, dù không có những bằng chứng thích hợp,

đường như mổ lấy thai đã trở thành quy trình chuẩn trong việc chăm sóc hầu hết các thai kỳ này trong nhiều thập kỷ qua^[20].

Sau cùng, mong muốn của sản phụ có một tâm ảnh hưởng nhất định trong việc chọn lựa phương pháp chấm dứt thai kỳ vì các thai kỳ có được nhờ IVF luôn được xem là vô cùng quý giá^[17]. Vì vậy, trên thực tế, cả bác sĩ và các sản phụ này thường lựa chọn mổ lấy thai chủ động, chấp nhận các nguy cơ về sau của mổ lấy thai để đưa con mong mỏi lâu ngày có thể chào đời một cách bình an trong thai kỳ lần này. Do đó, trong nhiều trường hợp thai kỳ với IVF có biến chứng hoặc không, tuy không có chỉ định nhưng mổ lấy thai vẫn là phương pháp chấm dứt thai kỳ được ưa chuộng^[2].

Như đã nói trên, hiện tại chưa có các bằng chứng nào về thời điểm cũng như cách chấm dứt thai kỳ phù hợp và an toàn cho riêng nhóm thai phụ IVF đủ tháng. Do vậy, trên lý thuyết, khi nào chấm dứt thai kỳ, thực hiện khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai sẽ phụ thuộc vào đặc điểm riêng của từng thai kỳ: tình trạng của mẹ, sức chịu đựng của thai cùng với mức độ nặng của các bệnh lý trong thai kỳ^[6]. Bác sĩ và thai phụ IVF sẽ cùng nhau thảo luận và quyết định cách chấm dứt thai kỳ sau khi sản phụ được tư vấn đầy đủ về tình trạng của mẹ và thai cùng với các mặt lợi, hại của từng phương pháp. Tuy nhiên, quyết định của các thai phụ IVF bị ảnh hưởng rất nhiều bởi yếu tố tâm lý có thể như thời gian vô sinh kéo dài, mong con quá lâu, thai kỳ nhiều lần thất bại hoặc sự tư vấn của bác sĩ và nhiều yếu tố khác cũng không kém quan trọng như ảnh hưởng của gia đình hay các yếu tố văn hóa, xã hội. Có thể thấy, theo xu hướng trên thế giới và không riêng gì tại Việt Nam, phương pháp phổ biến và ưu tiên lựa chọn để chấm dứt các thai kỳ này hiện nay chính là mổ lấy thai^[2]. Nhưng không thể chỉ quy trách nhiệm cho sản phụ chọn lựa mổ lấy thai theo mong muốn, các báo cáo cho thấy các thai kỳ IVF có nhiều biến chứng trong lúc sinh hơn thai kỳ tự nhiên nên có lẽ đây cũng là một trong những lý do làm gia

tăng tỷ lệ mổ lấy thai^[2,17]. Tuy không thể phủ nhận mổ lấy thai có thể là cứu cánh của cả mẹ và thai trong một số trường hợp nhất định, làm giảm tỷ suất bệnh tật và tử vong trong thai kỳ, nhưng khi xem xét một cách kỹ lưỡng, dường như các bằng chứng cho thấy mổ lấy thai không cải thiện đồng thời kết cục của cả mẹ lẫn con^[6], mà về sau còn nhiều nguy cơ gia tăng các biến chứng sau mổ lấy thai cho mẹ và cho thai kỳ sau như tăng tỷ lệ nhau tiền đạo, nhau cài răng lược... Do đó không nên lạm dụng mổ lấy thai trên những thai kỳ IVF như hiện nay và cần có nhiều nghiên cứu trên nhóm đối tượng này với từng bệnh lý trong thai kỳ cụ thể để đánh giá kết cục khi chấm dứt thai kỳ với khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai.

KẾT LUẬN

Những thai kỳ đạt được nhờ IVF là những thai kỳ vô cùng quý giá sau nhiều hy sinh, công sức của cả bác sĩ cũng như của những cặp vợ chồng hiếm muộn. Do vậy, việc chấm dứt các thai kỳ tại thời điểm nào và dùng phương pháp nào để có thể đem lại kết cục tốt nhất là nỗi băn khoăn của các bác sĩ lâm sàng, phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng của mỗi thai kỳ có biến chứng hoặc không. Hiện tại, mổ lấy thai là phương pháp phổ biến và được ưu tiên chọn lựa để chấm dứt thai kỳ ở những thai phụ IVF trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện nay cho thấy việc chấm dứt thai kỳ với khởi phát chuyển dạ tại cột mốc mới – 39 tuần tuổi thai trên các sản phụ đơn thai nguy cơ thấp hoặc có bệnh lý như GDM kiểm soát tốt cho thấy một kết cục khả quan hơn cho thai cũng như những lợi ích cho mẹ như làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai so với theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên hoặc chấm dứt thai kỳ lúc 41 tuần như trước đây. Nhưng có thể thấy việc áp dụng điều này cho các thai phụ IVF đủ tháng còn rất hạn chế bởi chưa nhiều nghiên cứu nào tập trung thực hiện cho các đối tượng này nên hầu hết việc chấm dứt thai kỳ trên nhóm đối tượng này phần lớn dựa vào kinh nghiệm. Vì vậy, việc thực hiện nhiều nghiên

cứu hơn nữa với thiết kế ưu việt, tập trung cho nhóm thai phụ IVF để đánh giá hiệu quả và độ an toàn của các phương pháp chấm dứt thai kỳ trên nhóm đối tượng này là cần thiết, từ đó có thể xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng nhằm đem lại sự chăm sóc toàn diện, tránh lạm dụng mổ lấy thai cho những thai phụ IVF đủ tháng và đem lại những kết cục hoàn hảo cho cả mẹ và thai trong thai kỳ hiện tại cũng như trong những thai kỳ sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vander Borgh M, and Christine Wyns. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*. 2018;62:2–10.
2. Reichelt J, Kyvernitakis I, Misselwitz B, Hadji P, Schmidt S, Kalder M. A Population Based Evaluation of the Mode of Delivery in Association with Infertility Treatment from 1990–2012. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2015;219(01):37–44.
3. Marrs C, La Rosa M, Caughey A, Saade G. Elective induction at 39 weeks of gestation and the implications of a large, multicenter, randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(3):445–50.
4. Medicine Sfm–F. SMFM statement on elective induction of labor in low-risk nulliparous women at term: the ARRIVE trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2018.
5. Obstetricians Aco, Gynecologists. ACOG Committee Opinion No 579: definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1139–40.
6. Caughey A, Cahill A, Guise J, Rouse DJ American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal–Fetal Medicine. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210:17993.
7. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita AT, Silver RM, Mallett G, et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *New England Journal of Medicine*. 2018;379(6):513–23.
8. Souter V, Painter I, Sitcov K, Caughey AB. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019;220(3):273. e1–. e11.
9. Saccone G, Della Corte L, Maruotti GM, Quist–Nelson J, Raffone A, De Vivo V, et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019;98(8):958–66.
10. Grobman WA, Caughey AB. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019;221(4):304–10.
11. Sinkey RG, Blanchard CT, Szychowski JM, Ausbeck E, Subramaniam A, Neely CL, et al. Elective induction of labor in the 39th week of gestation compared with expectant management of low-risk multiparous women. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;134(2):282–7.
12. Hersh AR, Skeith AE, Sargent JA, Caughey AB. Induction of labor at 39 weeks of gestation versus expectant management for low-risk nulliparous women: a cost-effectiveness analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019;220(6):590. e1–. e10.
13. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(7).
14. Hochberg A, Pardo A, Oron G, Krispin E, Amikam U, Wiznitzer A, et al. Perinatal outcome following induction of labor in patients with good glycemic controlled gestational diabetes: does timing matter? *Archives of gynecology and obstetrics*. 2019;300(2):299–303.
15. Pickens CMG, Kramer MR, Howards PP, Badell ML, Caughey AB, Hogue CJ. Term elective induction of labor and pregnancy outcomes among obese women and their offspring. *Obstetrics and gynecology*. 2018;131(1):12.
16. Palatnik A, Kominarek MA. Outcomes of elective induction of labor versus expectant management among obese women at 39 weeks. *American journal of perinatology*. 2020;37(7):695.
17. Al–Turki HA. Obstetric management after infertility treatment. *Annals of African medicine*. 2010;9(2).
18. Lei L–L, Lan Y–L, Wang S–Y, Feng W, Zhai Z–J. Perinatal complications and live–birth outcomes following assisted reproductive technology: a retrospective cohort study. *Chinese Medical Journal*. 2019;132(20):2408.
19. Gui J, Ling Z, Hou X, Fan Y, Xie K, Shen R. In vitro fertilization is associated with the onset and progression of preeclampsia. *Placenta*. 2020;89:50–7.
20. Antsaklis A, Malamas FM, Sindos M. Trends in twin pregnancies and mode of delivery during the last 30 years: inconsistency between guidelines and clinical practice. *Journal of perinatal medicine*. 2013;41(4):355–64.