

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Văn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin ơn Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoài Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau
- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

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: 500 - 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 Vàng 2018



Merck



Hội viên liên kết Bạc 2018



Science For A Better Life



KHÂU CỔ TỬ CUNG ĐỐI VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP ĐƠN THAI CÓ KÊNH CỔ TỬ CUNG NGẮN VÀ KHÔNG CÓ TIỀN CẢN SINH NON: MỘT TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP CỦA CÁC RCTs

Berghella V, Ciardulli A, Rust OA et al. Cerclage for sonographic short cervix in singleton gestations without prior spontaneous preterm birth: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Nov;50(5):569-577. doi: 10.1002/uog.17457. Epub 2017 Oct 5.

Phạm Thị Phương Anh - Bệnh viện Mỹ Đức

Khâu cổ tử cung được xem là một trong những biện pháp dự phòng sinh non hiệu quả trong trường hợp đơn thai. Tuy nhiên, đối với các trường hợp không có tiền căn sinh non tự phát và có kênh cổ tử cung ngắn phát hiện qua siêu âm trong thai kỳ lần này thì liệu khâu cổ tử cung có thật sự là lựa chọn tối ưu hay không.

Để trả lời cho câu hỏi đó, Berghella V và cộng sự đã thực hiện một phân tích gộp gồm 5 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCTs – Randomized Controlled Clinical Trial). Nghiên cứu công bố vào tháng 11 năm 2017 trên *Ultrasound Obstet Gynecol*.

Cỡ mẫu bao gồm 419 trường hợp đơn thai không có triệu chứng lâm sàng, có cổ tử cung < 25 mm phát hiện qua siêu âm ngã âm đạo vào tam cá nguyệt II, được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: khâu cổ tử cung và không khâu cổ tử cung. Kết cục chính là tỷ lệ sinh non trước 35 tuần.

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (21,9% đối với nhóm khâu cổ tử cung và 27,7% ở nhóm chứng, RR 0,88 (KTC 95% 0,63 - 1,23), $I^2 = 0\%$, 5 nghiên cứu, 419 thai phụ). Ngoài ra cũng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tỷ lệ sinh non < 34, < 32, < 28 và < 24 tuần. Riêng thời điểm sinh, tỷ lệ ối vỡ non và kết cục trẻ sơ sinh cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Tuy nhiên phân tích dưới nhóm cho thấy, đối với các trường hợp có cổ tử cung < 10 mm thì tỷ lệ

sinh non < 35 tuần ở nhóm khâu cổ tử cung thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (39,5% so với 58,0%; RR = 0,68 (KTC 95% 0,47 - 0,98); $I^2 = 0\%$; 5 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, 126 trường hợp). Riêng các trường hợp có kênh cổ tử cung < 10 mm, khâu cổ tử cung kết hợp với thuốc cắt cơ gò sẽ làm giảm tỷ lệ sinh non < 35 tuần có ý nghĩa thống kê (17,5% so với nhóm chứng là 32,7%; RR 0,54 (KTC 95% 0,31 - 0,93); $I^2 = 0\%$; 4 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng; 169 trường hợp).

Tương tự với những trường hợp có kênh cổ tử cung < 10 mm, khâu cổ tử cung kết hợp với kháng sinh dự phòng cũng làm giảm tỷ lệ sinh non trước 35 tuần có ý nghĩa thống kê (18,3% so với 31,5%, RR = 0,58 (KTC 95% 0,33 - 0,98); $I^2 = 0\%$; 3 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, 163 trường hợp).

Dựa vào kết quả phân tích gộp cho thấy khâu cổ tử cung đối với các trường hợp có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non trước đó thì không có hiệu quả dự phòng sinh non cũng như cải thiện kết cục trẻ sơ sinh.

Tuy nhiên, khâu cổ tử cung dường như có hiệu quả với các trường hợp có kênh cổ tử cung < 10 mm, đặc biệt là khi kết hợp với thuốc cắt cơ gò và kháng sinh dự phòng.

Tuy nhiên, cần có nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng với cỡ mẫu lớn để có bằng chứng thuyết phục hơn.