

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 oan 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



TẦM SOÁT TIỀN SẢN GIẬT TRONG TAM CÁ NGUYỆT I NHẪM PHÁT HIỆN TIỀN SẢN GIẬT SỚM VÀ MUỘN SỬ DỤNG CÁC ĐẶC ĐIỂM THAI PHỤ, DẤU ẤN SINH HÓA & THỂ TÍCH BÁNH NHAU

Sonek J, Krantz D, Carmichael J e al. First-trimester screening for early and late preeclampsia using maternal characteristics, biomarkers, and estimated placental volume. *American journal of obstetrics and gynecology* 2018, 218(1):126.e121-126.e113.

Vũ Nhật Khang – Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận

Theo thống kê Tổ chức Y tế thế giới năm 2011, tỷ lệ tiền sản giật chiếm từ 2 - 8% trong thai kỳ và tiền sản giật cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ và trẻ chu sinh. Các nghiên cứu gần đây cho rằng chi phí để điều trị ngăn hạn các trường hợp tiền sản giật chỉ là đỉnh của tảng băng trôi do các phụ nữ đã bị bệnh lý này có thể nguy cơ phát triển các bệnh lý khác nặng nề hơn như nguy cơ bệnh lý tim mạch khi lớn tuổi hơn, do có hiện tượng canxi hóa động mạch trong vòng 3 thập kỷ kế tiếp và dễ bị đái tháo đường type 2 cũng như nguy cơ giảm nhận thức khi về già. Tiền sản giật thường gặp ở thai phụ con so và có thể lặp lại trong những lần mang thai tiếp theo. Béo phì, cũng như đái tháo đường thai kỳ, rối loạn đường huyết trước khi có thai hoặc một số bệnh lý khác như hội chứng kháng phospholipid và lupus ban đỏ hệ thống là các yếu tố nguy cơ cao.

Có rất nhiều dấu ấn sinh hóa được đề xuất sử dụng để phát hiện sớm tiền sản giật. Dựa vào thời điểm xuất hiện có thể chia tiền sản giật ra thành tiền sản giật khởi phát sớm (trước 34 tuần) và tiền sản giật khởi phát muộn (sau 34 tuần). Có nhiều bằng chứng về sự thay đổi huyết động, tổn thương nội mạc và các dấu ấn sinh hóa trong tiền sản giật khởi phát sớm và muộn rất khác nhau. Các mô hình sàng lọc tiền sản giật hiện tại có thể phát hiện tiền sản giật khởi phát sớm hoặc muộn. Một nỗ lực lớn trong mô hình chẩn đoán tiền sản giật hiện đại là nhằm phát hiện cả tiền sản giật khởi phát sớm và muộn chung với nhau.

Hơn nữa, gần đây aspirin được sử dụng nhiều hơn trong phòng ngừa tiền sản giật sau khi có kết

quả nghiên cứu ASPRE và một số nghiên cứu khác. Tuy nhiên, vẫn còn tranh luận về liều và tuổi thai khi nào sử dụng. Có sự khác nhau về khuyến cáo của các hội chuyên nghiệp và lực lượng đặc nhiệm dự phòng Hoa Kỳ.

Các chứng cứ hiện tại cho rằng việc sử dụng aspirin trong giai đoạn sớm của thai kỳ giảm tỷ lệ tiền sản giật khởi phát sớm khoảng 80%, đáp ứng thuốc phụ thuộc vào sự tuân thủ của bệnh nhân và có một số bệnh nhân không đáp ứng với aspirin (ví dụ tăng huyết áp mãn tính hoặc kháng aspirin). Do đó, cần xác định mô hình đã phát triển tại châu Âu và những nơi khác có thể áp dụng với dân số Mỹ. Nghiên cứu hiện tại được tiến hành để trả lời câu hỏi này.

Đây là nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu không can thiệp trên nhóm dân số không chọn lọc của Hoa Kỳ. Bệnh nhân được siêu âm kiểm tra vào tuần 11 - 13^{6/7} tuần. Các đặc điểm của bệnh nhân được sử dụng để tính nguy cơ tiền sản giật bao gồm: đặc điểm của mẹ, dấu ấn sinh hóa của mẹ (huyết áp trung bình, chỉ số xung của động mạch tử cung, PlGF, PAP-A và đánh giá thể tích bánh nhau). Sau khi sinh, bệnh án sẽ tiếp tục được ghi nhận để chẩn đoán tiền sản giật. Tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát sớm và muộn với tỷ lệ 5% và 10% dương tính giả bằng cách kết hợp các dấu ấn khác nhau.

Nghiên cứu thực hiện tầm soát 1.288 bệnh nhân và có 1.068 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận. Có 46 bệnh nhân bị tiền sản giật, với 13 bệnh nhân bị tiền sản giật khởi phát sớm và 33 bệnh nhân bị tiền sản giật khởi phát muộn. Sử dụng các đặc điểm của mẹ,

các dấu ấn sinh hóa và chỉ số xung của động mạch tử cung, tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát sớm là 85%, với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 10%. Với phác đồ tương tự như vậy, tỷ lệ phát hiện tiền sản giật trước sinh là 52% với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 60% với tỷ lệ dương tính giả là 10%.

Dựa trên các đặc điểm thai phụ, tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát muộn là 15% với tỷ lệ dương tính giả 5% và 48% với tỷ lệ dương tính giả 10%, trong khi đó tỷ lệ phát hiện tiền sản giật sau 37 tuần là 24% với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 43% với tỷ lệ dương tính giả 10%. Tỷ lệ phát hiện tiền sản giật khởi phát muộn và tiền sản giật sau 37 tuần không có cải thiện mặc dù đã thêm vào các dấu ấn sinh hóa.

Tầm soát tiền sản giật tại thời điểm 11 - 13^{6/7} tuần sử dụng các đặc điểm của thai phụ và dấu ấn sinh hóa cho tỷ lệ phát hiện cao và tỷ lệ dương tính giả thấp. Tầm soát tiền sản giật khởi phát muộn cho kết quả kém hơn nhiều. Trong nghiên cứu này đánh giá thể tích bánh nhau và huyết áp trung bình có vai trò rất hạn chế cần nhiều nghiên cứu lớn hơn để đánh giá hiệu quả của các dấu ấn này.

Việc phát triển một quy trình sàng lọc hiệu quả trong tam cá nguyệt thứ nhất dẫn đến dễ phát hiện tiền sản giật ở những bệnh nhân có nguy cơ cao. Điều quan trọng trong tương lai là phải nghiên cứu tìm ra các dấu ấn tiền sản giật nhằm cải thiện tỷ lệ phát hiện bệnh và giảm tỷ lệ dương tính giả.

Tiếp theo
trang 89

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ASPIRIN LIỀU THẤP TRONG DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT Ở NHÓM THAI PHỤ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Do đó, các tác giả giả định rằng nếu loại những trường hợp tăng huyết áp mạn tính ra khỏi nghiên cứu ASPRE thì hiệu quả dự phòng tiền sản giật khởi phát trước 37 tuần của aspirin liều thấp có thể lên đến trên 70% và có thể tăng

lên 95% ở những thai phụ có mức tuân thủ điều trị trên 90%. Tuy nhiên, đây chỉ là những suy luận không chắc chắn và các nhà nghiên cứu đang lên kế hoạch làm nghiên cứu về vấn đề này.

Tiếp theo
trang 90

SO SÁNH TÁC DỤNG CỦA HYDRALAZINE VÀ NIFEDIPINE ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CẤP TRONG THAI KỲ

Nghiên cứu cũng cho thấy là không có tác dụng phụ nào nghiêm trọng về mẹ và thai nhi ở cả hai nhóm nghiên cứu. Hydralazine tĩnh mạch và Nifedipine uống đều có hiệu quả tương đương trong điều trị cấp cứu tăng huyết áp cấp tính trong thai kỳ. Nifedipine nên là thuốc

được sử dụng đầu tiên do dung nạp tốt hơn so với Hydralazine, liều lượng hằng định, đường uống dễ sử dụng, phổ biến, và chi phí thấp. Liều Nifedipine khuyến dùng là 10 mg, uống cách nhau mỗi 20 phút cho đến khi đạt được huyết áp mục tiêu, sử dụng tối đa 4 liều.

Tiếp theo
trang 91

TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP MỖI NHẤT VỀ VAI TRÒ CỦA ASPIRIN LIỀU THẤP TRONG DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT

Tuy nhiên, với những kết quả nghiên cứu mới và những phân tích có chất lượng cao ở trên, các tác giả khuyến cáo nên sử dụng liều aspirin ít nhất là 100 mg/ngày và bắt đầu sử dụng ≥ 16 tuần. Đồng thời kết cục cần tập trung vào tiền sản giật non tháng chứ không phải tiền sản giật

đủ tháng. Ngoài ra, việc sử dụng aspirin dự phòng tiền sản giật chỉ nên tập trung ở nhóm thai phụ nguy cơ cao, đặc biệt hiệu quả khi nguy cơ cao này được phát hiện bằng mô hình kết hợp nhiều yếu tố của FMF.