

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- | | |
|---|---|
| 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ | 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị |
| 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà | 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm |
| 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và
điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà | 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau
do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như |
| 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên | 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm |
| 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán
hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa | 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ |
| 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến |
| 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và
bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ | 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy |
| 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh | |
| 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật
ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | |
| 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi
mang thai
Bùi Quang Trung | |
| 43 < Ngồi mông: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như | |

JOURNAL CLUB

- | | |
|--|--|
| 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa:
Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở
bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh | |
| 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dài đẳng giai đoạn hậu sản | |
| 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có
huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai | |
| 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong
thai kỳ | |
| 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC | |
| 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM | |

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MÃN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

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 Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



NGÔI MÔNG: MỔ LẤY THAI HAY SINH NGẢ ÂM ĐẠO

Vương Tú Như

Bệnh viện Mỹ Đức



ĐẠI CƯƠNG

Ngôi mông được định nghĩa là một ngôi dọc, đầu ở trên, mông hay chân nằm ở dưới gần cổ tử cung, xuất hiện trong 3 – 4 % các cuộc sinh. Tỷ lệ sinh ngôi mông giảm dần khi tuổi thai tăng cao từ 22 – 25% trước 28 tuần đến 7 – 15% ở tuổi thai 32 tuần và còn 3 – 4% ở thai đủ tháng.

Các yếu tố dẫn đến ngôi mông bao gồm: sinh non, bất thường tử cung hoặc u xơ tử cung, đa ối,

nhau tiền đạo, thai nhi bất thường như não úng thủy, khối u ở vùng cổ... và đa thai. Bất thường thai nhi được tìm thấy ở 17% sinh ngôi mông non tháng và 9% sinh ngôi mông đủ tháng.

Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng 2 – 4 lần với sinh ngôi mông, bất kể hình thức sinh. Tử vong thường liên quan đến dị tật, non tháng và thai chết trong tử cung.

Các loại ngôi mông (bảng 1)

Bảng 1. Các loại ngôi mông.

Ngôi mông đủ (chiếm 5 – 10%)	Ngôi mông thiếu kiểu mông (chiếm 50 – 70%)	Ngôi mông thiếu (chiếm 10 – 30%)	
		Ngôi mông thiếu kiểu chân	Ngôi mông thiếu kiểu gối
			

Chọn lựa phương pháp sinh ngôi mông đủ tháng

Có 4 phương án sinh ngôi mông đủ tháng:

- Ngoại xoay thai trước khi vào chuyển dạ, sau đó thử thách sinh ngả âm đạo nếu ngoại xoay thai thành công và mổ lấy thai nếu không thành công. Đây là cách xử trí thường nhất ở Mỹ và một số nước trên thế giới.
- Ngoại xoay thai trước chuyển dạ nếu thành công, sau đó thử thách sinh ngả âm đạo, cho những thai phụ được đánh giá là có nguy cơ thấp các biến

chứng liên quan đến chuyển dạ và sinh. Nếu không thành công sẽ mổ lấy thai thường thực hiện ở những thai phụ nguy cơ cao hoặc từ chối thử thách sinh ngả âm đạo.

- Mổ lấy thai ngôi mông mà không cần làm ngoại xoay thai trước đó.
- Thử thách sinh ngả âm đạo ngôi mông cho những thai phụ có nguy cơ thấp các biến chứng liên quan đến cuộc chuyển dạ và sinh, không cần thực hiện ngoại xoay thai trước đó.

Đa số mọi người đều đồng ý rằng ngôi mông

sinh ngã âm đạo thì thai nhi có nguy cơ ngạt, chấn thương cao hơn so với ngôi đầu. Để giảm thiểu các nguy cơ đó thì việc sinh ngã âm đạo ngôi mông nên được dựa trên việc đánh giá, chọn lựa của bệnh nhân và người bác sĩ về các nguy cơ và thuận lợi của cuộc sinh cũng như kinh nghiệm của người thầy thuốc.

Mổ lấy thai trong trường hợp ngoại xoay thai thất bại

Năm 2015, một phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên cho thấy ngoại xoay thai làm giảm gần 60% các trường hợp sinh không phải ngôi chỏm ở thai đủ tháng (RR 0,42; KTC 95%, 0,29 – 0,61) và làm giảm 40% các trường hợp mổ lấy thai (RR 0,57; KTC 95%, 0,40 – 0,82). Thực hiện ngoại xoay thai ở tuổi thai 34 – 35 tuần và có dùng thuốc giảm gò thì làm tăng khả năng thành công của thủ thuật.

Kế hoạch mổ lấy thai trong trường hợp ngôi mông đủ tháng có liên quan đến giảm tỷ lệ tử vong chu sinh/trẻ sơ sinh và bệnh suất sơ sinh giảm đáng kể về mặt lâm sàng và tăng nhẹ bệnh suất trong thời gian ngắn của mẹ so với việc sinh ngã âm đạo. Việc mổ lấy thai nên được thực hiện sau 39 tuần tuổi thai để cho phép trưởng thành thần kinh tối ưu, trừ khi có nguyên nhân cần chỉ định sinh sớm. Việc trì hoãn mổ lấy thai đặc biệt quan trọng trong chỉ định do ngôi mông vì việc xoay tự nhiên của thai nhi có thể xảy ra bất kỳ tuổi thai nào.

Các bằng chứng hỗ trợ việc mổ lấy thai chủ động được thể hiện qua một tổng quan hệ thống các thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh về việc mổ lấy thai so với sinh ngã âm đạo đối với ngôi mông đủ tháng (3 thử nghiệm với 2.396 người tham gia). Trong hai thử nghiệm từ cùng một đơn vị, những thai phụ có ngôi mông thiếu kiểu mông hay ngôi mông khác được phân ngẫu nhiên vào nhóm mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo với điều kiện khung chậu bình thường trên quang kích chậu. Thử nghiệm thứ 3 là thử nghiệm đa trung tâm trên thế giới với 2.088 người tham gia, so sánh mổ lấy thai với sinh ngã âm đạo ngôi mông. Các nước tham gia được phân loại có tỷ suất tử vong chu sinh thấp hoặc cao (thấp là có ít hơn 20/1.000 trẻ sinh sống với tử vong muộn, cao là trên 20/1.000). Mổ lấy thai được thực hiện ở 550 ca trong số 1.227 phụ nữ được chỉ định sinh ngã âm

đạo và 1.060 ca trong số 1.169 phụ nữ được chỉ định mổ lấy thai chủ động. Kết quả cho thấy:

- Mổ lấy thai so với sinh ngã âm đạo làm giảm tỷ lệ tử vong chu sinh, sơ sinh cũng như tử vong kết hợp hoặc bệnh suất nghiêm trọng ở trẻ, với chi phí làm tăng tỷ lệ bệnh tật ở mẹ (RR 0,29; KTC 95%, 0,10 – 0,86).
- Giảm kết cục ngắn hạn kết hợp tử vong chu sinh/trẻ sơ sinh hoặc bệnh suất nghiêm trọng sơ sinh (RR 0,33; KTC 95%, 0,19 – 0,56). Kết quả này chủ yếu là do số liệu từ các quốc gia có tỷ lệ tử vong chu sinh thấp, trong đó nguy cơ so sánh kết quả tổng hợp là RR 0,07 (KTC 95%, 0,02 – 0,29; 4/1.000 cho dự trừ mổ lấy thai so với 57/1.000). Ở những nước có tỷ lệ tử vong chu sinh cao, nguy cơ so sánh kết cục là RR 0,66 (KTC 95%, 0,35 – 1,24, 29/1.000 so với 44/1.000 dự định sinh âm đạo).
- Số liệu trong phân tích quá nhỏ để cho thấy sự giảm chấn thương thống kê và chấn thương dây chằng cánh tay với kế hoạch mổ lấy thai.
- Phương pháp sinh không ảnh hưởng đáng kể đến kết cục lâu dài ở trẻ. Nguy cơ kết hợp của tử vong và chậm phát triển thần kinh tương tự nhau ở cả hai nhóm sinh ngã âm đạo hay mổ lấy thai khi trẻ được 2 tuổi.
- Phương pháp sinh không ảnh hưởng đáng kể đến kết cục lâu dài của mẹ. Trong thời gian ngắn, việc mổ lấy thai có thể làm tăng nhẹ một số bệnh suất của mẹ như xuất huyết, truyền máu, nhiễm trùng nhưng giảm việc đi tiểu không tự chủ hoặc không kiểm soát. Các biến chứng của thai kỳ sau liên quan đến sẹo cũ không được đánh giá.

Sinh ngã âm đạo cho những bệnh nhân chọn lọc sau khi ngoại xoay thai thất bại

Nghiên cứu PREMODA là nghiên cứu quan sát tiến cứu đa trung tâm được tiến hành trên 174 trung tâm tại Pháp và Bỉ, bao gồm 8.105 các thai phụ mang đơn thai ngôi mông đủ tháng. Nghiên cứu đánh giá độ an toàn của sinh ngôi mông ngã âm đạo ở những bệnh nhân được lựa chọn với những tiêu chuẩn nghiêm ngặt. Kết quả cho thấy:

- Kết cục về tử vong sơ sinh và bệnh lý sơ sinh nặng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa sinh ngã âm đạo so với mổ lấy thai (1,6%

so với 1,4%; OR 1,10; KTC 95%, 0,75 – 1,61) sau khi điều chỉnh nguồn gốc địa lý, tuổi thai dưới 39 tuần khi sinh, cân nặng khi sinh dưới BPV 10 và số sinh hàng năm dưới 1.500.

– Khoảng 70% trong số 2.502 bệnh nhân ở nhóm sinh ngã âm đạo được sinh thành công và 165 những bệnh nhân này (6,6%) có kết cục chu sinh không tốt, bao gồm tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (5 bé), nứt xương sọ (1 bé), tổn thương sinh dục (2 bé), xuất huyết não thất (1 bé), tử vong (2 bé). Các yếu tố liên quan đến kết cục xấu cho trẻ bao gồm nguồn gốc địa lý, sinh ở tuổi thai < 39 tuần, cân nặng dưới BPV 10, số sinh hàng năm dưới 1.500.

Sinh ngôi mông non tháng

Trong hầu hết các trường hợp, ngôi mông non tháng thường được chọn lựa mổ lấy thai do tỷ lệ chu vi vòng đầu so với chu vi vòng bụng lớn hơn thai đủ tháng, do đó nguy cơ bị kẹt đầu hậu, chấn thương khi sinh và ngạt do chèn ép dây rốn.

Năm 2014, một tổng quan hệ thống gồm 7 nghiên cứu quan sát (3.557 thai phụ) đánh giá việc mổ lấy thai so với sinh ngã âm đạo trong ngôi mông non tháng, kết quả cho thấy nguy cơ tử vong sơ sinh thấp ở nhóm mổ lấy thai so với nhóm sinh ngã âm đạo (3,8 so với 11,5 %, RR 0,63, KTC 95% 0,48 – 0,81). Trong đó có một nghiên cứu tiến cứu trên nhóm thai phụ sinh ngôi mông ở tuổi thai 26 – 29 tuần, tỷ lệ kẹt đầu hậu cao gấp 2 lần trong nhóm sinh ngã âm đạo so với mổ lấy thai (13% so với 6%). Bốn trẻ sơ sinh tử vong do kẹt đầu hậu, 3 trong 4 trẻ này được sinh ngã âm đạo và tử vong trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, 1 trẻ sơ sinh kẹt đầu hậu trong mổ lấy thai tử vong sau 5 ngày do nhiễm trùng huyết, xuất huyết trong não thất 3. Lưu ý rằng khoảng 50% các trường hợp dự kiến sinh ngã âm đạo được mổ lấy thai và khoảng 6% các ca dự kiến mổ lấy thai đã được sinh ngã âm đạo.

Một nghiên cứu đoàn hệ trên 8.300 phụ nữ mang đơn thai ngôi mông, sinh ở tuổi thai 26 – 36⁺ tại Hà Lan, từ năm 2000 – 2011 cho thấy:

- Trong số 6.421 các trường hợp dự kiến sinh ngã âm đạo có 2.995 các trường hợp phải mổ lấy thai cấp cứu trong chuyển dạ.
- Khi so sánh với sinh ngã âm đạo, mổ lấy thai

không làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ tử vong sơ sinh (1,3 so với 1,5%; OR 0,97; KTC 95%, 0,60 – 1,57) hoặc kết hợp tử vong sơ sinh và bệnh suất sơ sinh nặng (3,2 so với 4,1%; OR 0,76; KTC 95%, 0,56 – 1,03). Tuy nhiên, khi xem xét đến các bệnh suất nhẹ như chỉ số apgar sau 5 phút dưới 7, thì mổ lấy thai làm giảm tỷ lệ tử suất/bệnh suất sơ sinh (8,7 so với 10,4%; RR 0,77; KTC 95%, 0,63 – 0,93). Một phân tích nhóm nhỏ dựa trên tuổi thai cho thấy tử vong chu sinh, bệnh suất, tình trạng bệnh nặng giảm đáng kể ở tuổi thai 28 – 32 tuần. Những dữ liệu này như là một phân bằng chứng cho thấy sinh ngã âm đạo ở tuổi thai cực non có liên quan đến việc gia tăng nhỏ nhưng đáng kể những kết cục bất lợi mà lẽ ra có thể tránh được bằng sinh mổ.

KẾT LUẬN

- Ngôi mông là một ngôi dọc, chiếm 3 – 4% các trường hợp sinh đủ tháng.
- Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng 2 – 4 lần với sinh ngôi mông, bất kể hình thức sinh. Tử vong thường liên quan đến dị tật, non tháng và thai chết trong tử cung.
- Việc chọn lựa hình thức sinh ngôi mông nên được thảo luận giữa sản phụ và người thầy thuốc, đánh giá các yếu tố nguy cơ và thuận lợi cũng như kinh nghiệm của người bác sĩ.
- Các nghiên cứu cho thấy mổ lấy thai trong ngôi mông, đặc biệt là ngôi mông non tháng, làm giảm tỷ lệ tử suất và bệnh suất cho trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. Justus Hofmeyr. Breech Delivery. Protocols for High-Risk Pregnancies: An Evidence-Based Approach, Sixth Edition.
2. Hannah M, Hannath W, Hewson S, Hodnett E, Saigal S, Willan A. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375-83.
3. Richard Fischer, Alisa B Modena. Breech Presentation. *Emedicine.medscape.com/article/262159-overview*
4. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned cesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 21. 7:CD000166.
5. Lester Bergenhenegouwen, MD, Floortje Vlemmix, MD, PhD, Sabine Ensing, MD, Jelle Schaaf, MD, PhD, Joris van der Post, MD, PhD, Ameen Abu-Hanna, PhD, Anita C.J. Ravelli, PhD, Ben W. Mol, MD, PhD, and Marjolijn Kok, MD, PhD. Preterm Breech Presentation . A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. Vol. 126, No. 6, December 2015.
6. Oya Demirci, Ahmet Semih Tugrul, Abdulkadir Turgut, Sirin Ceylan and Sadiye Eren. Pregnancy outcomes by mode of delivery among breech births. *Arch Gynecol Obstet* (2012) 285:297-303 DOI 10.1007/s00404-011-1956-0.
7. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned cesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG* 2016;123:49-57.
8. Ekéus C, Norman M, Åberg K, Winberg S, Stolt K, Aronsson A. Vaginal breech delivery at term and neonatal morbidity and mortality - a population-based cohort study in Sweden. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017 Sep 22:1-6.
9. G Justus Hofmeyr. Overview of issues related to breech presentation. *Uptodate* 2017.
10. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Willan A. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):864.
11. Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013.
12. Goffinet F, Carayol M, Foldart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G, PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(4):1002.