

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 Bạc kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

Phan Đăng Nghị

Bệnh viện Mỹ Đức



Việc chẩn đoán lâm sàng nhiễm trùng ở sơ sinh là khó. Bởi vì nhiều triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, một bệnh cảnh nhiễm trùng huyết có thể khởi phát mà không biểu hiện triệu chứng lâm sàng (Richard A. Polin và cs, 2016; Gerdes JS, 1991).

Xét nghiệm ít có giá trị trong việc đưa ra quyết định điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, tuy nhiên, xét nghiệm sẽ hỗ trợ trong quyết định ngừng kháng sinh (Ottolini và cs, 2003; May và cs, 2005).

CẤY MÁU

Cấy máu là xét nghiệm cần thiết đối với những bé sơ sinh nghi ngờ nhiễm trùng huyết. Mỗi lần lấy máu ở bệnh nhi cần tối thiểu 1 ml máu. Cách chia mẫu cấy làm 2 nửa hiếu khí và kỵ khí có thể làm giảm độ nhạy. Mặc dù trước đây chấp nhận mức 0,5 ml mẫu máu, nhưng dữ liệu in vitro cho thấy mức 0,5 ml không tin cậy phát hiện khi mức vi khuẩn thấp. Lấy mẫu máu từ catheter động mạch rốn ngay sau khi có chỉ định để phục vụ điều trị có thể được áp dụng thay cho lấy máu ngoại vi (Pourcyrus và cs, 1988).

CẤY NƯỚC TIỂU

Cấy nước tiểu không được đặt ra trong kiểm soát nhiễm trùng sơ sinh sớm. Khác với trẻ lớn, trẻ sơ sinh thường bị nhiễm trùng tại thận trong quá trình bị nhiễm trùng huyết (Gerdes và cs, 1991).

DỊCH DẠ DÀY

Thai nhi nuốt 500 – 1.000 ml nước ối mỗi ngày.

Do đó, nếu có tế bào bạch cầu trong nước ối thì sẽ hiện diện trong dịch dạ dày trẻ lúc sinh. Tuy nhiên, những tế bào bạch cầu này là biểu hiện của cơ thể mẹ có phản ứng viêm nhưng nó có tương quan kém với tình trạng nhiễm trùng ở con (Mims và cs, 1972).

CẤY VI KHUẨN TRÊN BỀ MẶT DA

Cấy vi khuẩn vùng nách, bẹn, ống tai ngoài có giá trị dương tính thấp, chúng đắt tiền nhưng ít có ý nghĩa trong chẩn đoán (Choi và cs, 2008).

DỊCH KHÍ QUẢN

Dịch khí quản có giá trị nếu được nuôi cấy ngay sau khi đặt ống nội khí quản.

CHỌC DÒ TỦY SỐNG

Quyết định chọc dịch não tủy ở trẻ sơ sinh nghi ngờ nhiễm trùng sơ sinh sớm còn gây tranh cãi. Ở các trẻ sơ sinh nguy cơ cao nhưng lâm sàng khỏe, khả năng viêm màng não là rất thấp (Rajesh và cs, 2010).

Ở những trẻ có triệu chứng lâm sàng nhưng cho là không do nhiễm trùng chẳng hạn như hội chứng suy hô hấp cấp thì khả năng viêm màng não cũng thấp. Tuy nhiên, ở những trẻ nhiễm trùng huyết thì tỷ lệ viêm màng não khoảng 23%. Chỉ cấy máu không thôi thì không thể quyết định bệnh nhân nào là cần chọc dò dịch não tủy, bởi vì cấy máu có thể âm tính 38% ở những bệnh nhân viêm màng não (Garges và cs, 2006).

Chọc dịch não tủy nên được thực hiện ở những trẻ có cấy máu (+), có triệu chứng lâm sàng hoặc xét

nghiệm rõ nghĩ đến nhiễm trùng và những trẻ có diễn biến tệ hơn với liệu pháp kháng sinh ngay từ đầu (Rajesh và cs, 2010).

Đối với những trẻ đang có bệnh nặng, bệnh hô hấp hoặc tim mạch thì có thể trì hoãn chọc dịch não tủy cho đến khi sinh hiệu ổn định.

Giá trị của dịch não tủy trong việc phản ánh tình trạng viêm màng não còn chưa thống nhất. Một số nghiên cứu cho thấy rằng ở những trẻ bị chấn thương, hay bệnh lý không do nhiễm trùng thì giá trị trung bình của tế bào bạch cầu trong dịch não tủy là $< 10 / \text{mm}^3$, giới hạn bình thường là < 20 . Trong một nghiên cứu của Garges, giá trị trung bình của số lượng bạch cầu ở trẻ > 34 tuần tuổi bị viêm màng não là 477 tế bào/ mm^3 . Ngược lại, số lượng bạch cầu trung bình ở trẻ sinh < 34 tuần tuổi thai bị viêm màng não là $110 / \text{mm}^3$ (Richard và cs, 2016; Rajesh và cs, 2010).

Trẻ viêm màng não do Gram (-) thường có số lượng bạch cầu trong dịch não tủy cao hơn so với trẻ bị viêm màng não do Gram (+). Ngoài ra, số lượng Bands trong dịch não tủy không dự đoán được viêm màng não. Nếu phân tích trẻ (> 2 giờ) thì số lượng bạch cầu và nồng độ Glucose giảm đáng kể.

Nồng độ protein ở trẻ đủ tháng, không nhiễm trùng là $< 100 \text{ mg/dl}$. Trẻ sơ sinh non tháng có nồng độ protein dịch não tủy thay đổi nghịch với tuổi thai. Ở trẻ có mức đường máu bình thường, nồng độ đường trong dịch não tủy là như nhau ở sơ sinh và trẻ lớn và bằng $70 - 80\%$ nồng độ đường máu ở cùng thời điểm.

Nồng độ đường dịch não tủy thấp là một giá trị rất có ý nghĩa trong chẩn đoán viêm màng não. Nồng độ protein thì cao hơn và nồng độ đường thì thấp hơn ở trẻ đủ tháng so với trẻ non tháng bị viêm màng não. Tuy nhiên, viêm màng não có thể xảy ra ở những trẻ có giá trị dịch não tủy bình thường (Garges và cs, 2006).

ĐẾM TẾ BÀO BẠCH CẦU NGOẠI VI

Số lượng bạch cầu ít có giá trị trong chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh sớm. Nhiều nhà nghiên cứu đã phân tích các thành phần phụ của bạch cầu (chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính – Neutrophil), tỷ lệ bạch cầu chưa trưởng thành với tổng số Neutrophil

để xác định trẻ bị lây nhiễm (Rozyck và cs, 1987).

Giống như hầu hết các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh khác, chỉ số Neutrophil được chứng minh là hữu ích trong việc loại trừ nhóm đối tượng trẻ không bị nhiễm trùng hơn là xác định nhiễm trùng sơ sinh (Garges và cs, 2006; Rozyck và cs, 1987).

Giảm bạch cầu trung tính có thể là một dấu hiệu tốt hơn cho nhiễm trùng sơ sinh và có độ đặc hiệu hơn so với một số lượng bạch cầu trung tính cao vì có một số ít trường hợp ngoài nhiễm trùng huyết (cao huyết áp thai kỳ, ngạt, bệnh lý huyết tán) làm giảm số lượng bạch cầu trung tính ở sơ sinh. Số lượng Neutrophil thay đổi theo tuổi thai, cách sinh (sinh thường có số Neutrophil cao hơn sinh mổ), vị trí lấy mẫu (máu động mạch có Neutrophil thấp hơn), độ cao (trẻ sống ở vùng cao thì có mức Neutrophil cao hơn) (Gerdes và cs, 1991; Ottolini và cs, 2003).

Ở trẻ non tháng muộn và đủ tháng, bạch cầu trung tính thường được xem xét nhất như để xuất của Manroe ($< 1.800 / \text{mm}^3$ lúc sinh và < 7.800 lúc $12 - 14$ giờ tuổi). Giới hạn thấp hơn bình thường đối với Neutrophil lúc sinh là $3.500 / \text{mm}^3$ ở sơ sinh > 36 tuần tuổi thai, $1.000 / \text{mm}^3$ ở sơ sinh $28 - 36$ tuần tuổi thai và $500 / \text{mm}^3$ ở sơ sinh < 28 tuần tuổi thai. Giá trị cao nhất xảy ra vào lúc 6 đến 8 giờ sau khi sinh; giới hạn thấp hơn bình thường tại thời điểm đó là $7.500 / \text{mm}^3$, $3.500 / \text{mm}^3$, và $1.500 / \text{mm}^3$ cho trẻ sơ sinh được sinh ra ở tuổi thai > 36 tuần, $28 - 36$ tuần tuổi thai và < 28 tuần thai kỳ, tương ứng (Rozycki và cs, 1987).

Số lượng Neutrophil chưa trưởng thành tăng đạt số tối đa là 1.100 lúc sinh cho tới 1.500 lúc 12 giờ tuổi. Số lượng bạch cầu non có độ nhạy kém và có giá trị dự đoán (+) cho một khởi phát nhiễm trùng sơ sinh. Hơn nữa, nếu có tình trạng suy tủy thì sự trưởng thành của tế bào sẽ bị suy giảm.

Số lượng có được $6 - 12$ giờ sau sinh của bạch cầu non và bạch cầu trưởng thành là có ý nghĩa bất thường hơn so với giá trị lúc sinh bởi nó đòi hỏi phải có phản ứng viêm được thành lập. Vì vậy, để đưa ra quyết định điều trị ngay sau sinh, cần phải chờ đợi $6 - 12$ giờ để lấy xét nghiệm (Gerdes và cs, 1991; Rozycki và cs, 1987).

ĐẾM TIỂU CẦU

Mặc dù tiểu cầu thường thấp ở những trẻ nhiễm trùng nhưng thường không nhạy và không đặc hiệu và là chỉ số muộn của nhiễm trùng. Hơn nữa, đếm tiểu cầu là không hữu ích sau khi đánh giá lâm sàng với điều trị thuốc kháng khuẩn bởi vì số lượng tiểu cầu có thể vẫn thấp sau nhiều ngày hoặc nhiều tuần sau một nhiễm trùng huyết (Guida và cs, 2003).

NHỮNG CHẤT PHẢN ỨNG Ở GIAI ĐOẠN CẤP

Nhiều chất phản ứng ở giai đoạn cấp đã được đánh giá ở đối tượng trẻ sơ sinh nghi ngờ có nhiễm trùng huyết do vi khuẩn. Tuy nhiên chỉ có C-reactive protein (CRP) và Procalcitonin (PCT) là được nghiên cứu một cách đầy đủ (Vouloumanou và cs, 2011; Gabay và Kushner, 1999).

Nồng độ C-reactive protein tăng sau 6 – 8 giờ nhiễm trùng và đạt đỉnh lúc 24 giờ. Độ nhạy của C-reactive protein lúc sinh là thấp vì nó cần có quá trình gây ra phản ứng viêm (giải phóng interleukin-6) để làm tăng nồng độ C-reactive protein (Gabay và Kushner, 1999).

Độ nhạy sẽ được cải thiện đáng kể nếu xét nghiệm thực hiện 6 – 12 giờ sau sinh. Benitz chứng minh rằng ngoại trừ giá trị lúc sinh, 2 giá trị bình thường của C-reactive protein (8 – 24 giờ sau sinh và 24 giờ sau đó) có độ chính xác dự đoán âm tính là 99,7%. Nếu C-reactive protein âm tính liên tục là bằng chứng mạnh mẽ rằng không có nhiễm trùng và có thể ngưng kháng sinh một cách an toàn (Gabay và Kushner, 1999; Benitz, 2010).

Giá trị C-reactive protein cao >10 mg/dl là không đủ để chúng ta quyết định thời gian điều trị ở trẻ sơ sinh.

Tùy thuộc vào nghiên cứu, giá trị C-reactive protein riêng lẻ từ 0,2 đến 95 mg/lít (trung bình, 10 mg/lít) có độ nhạy 41 – 96% và khoảng đặc hiệu 72 – 100% đối với trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn huyết. Giá trị 10 mg/l là mức cắt phổ biến nhất trong hầu hết các nghiên cứu đã công bố. Nhiễm virus thường không liên quan với mức C-reactive protein cao, và nếu mức C-reactive protein tăng, thường < 5 mg/lít. C-reactive protein có giá trị tiên đoán tốt nhất nếu đo trong vòng 24 đến 48 giờ khi bắt đầu nhiễm

trùng (Benitz và cs, 2010).

Procalcitonin là một propeptide của calcitonin được sản xuất chủ yếu bởi bạch cầu đơn bào và tế bào gan tăng lên đáng kể trong suốt thời kỳ nhiễm trùng ở trẻ sơ sinh, trẻ em và người lớn. Thời gian bán thải là khoảng 24 giờ trong máu ngoại vi. Mức bình thường của trẻ sơ sinh > 72 giờ tuổi thường là < 0,1 ng/ml.

Nồng độ procalcitonin tăng trong vòng 2 giờ sau khi nhiễm trùng, đạt đỉnh trong vòng 12 giờ và bình thường trong 2 – 3 ngày ở người lớn khỏe mạnh. Một hiện tượng tăng sinh lý có thể xảy ra trong 24 giờ đầu sau sinh và có thể tăng ở những trường hợp không phải do nhiễm trùng (như hội chứng SHH cấp, bất ổn về huyết động, mẹ bị đái tháo đường). Procalcitonin có độ nhạy khá tốt hơn C-reactive protein nhưng độ đặc hiệu thì kém hơn (Vouloumanou và cs, 2011; Benitz và cs, 2010).

Mặc dù procalcitonin đã được sử dụng chủ yếu ở các cơ sở nghiên cứu, nhưng ngày càng được sử dụng như một hướng dẫn để quản lý các bệnh nhiễm trùng theo thời gian thực hiện bởi các phòng thí nghiệm lâm sàng và thường mất từ 90 phút đến 2 giờ để xử lý. Nói chung, procalcitonin nhạy cảm hơn với phát hiện sớm nhiễm trùng so với C-reactive protein. Mức procalcitonin có nhiều khả năng tăng cao hơn trong khi nhiễm vi khuẩn so với các virus và giảm nhanh chóng khi điều trị thích hợp. Xác suất nhiễm trùng huyết ở bệnh viện tăng gấp đôi với procalcitonin > 0,5 ng/ml với trẻ rất nhẹ cân (< 1.501 g) (Vouloumanou và cs, 2011).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard A, Polin, MD and the COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Management of Neonates With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. 2016;129(1007-1010)
2. Gerdes JS. Clinicopathologic approach to the diagnosis of neonatal sepsis. Clin Perinatol. 1991;18(2):361-381.
3. Ottolini MC, Lundgren K, Mirkinson LJ, Cason S, Ottolini MG. Utility of complete blood count and blood culture screening to diagnose neonatal sepsis in the asymptomatic at risk newborn. Pediatr Infect Dis J. 2003;22(5):430-434.
4. May M, Daley AJ, Donath S, Isaacs D; Australasian Study Group for Neonatal Infections. Early onset neonatal meningitis in Australia and New Zealand, 1992-2002. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90(4):F324-F327
5. Pourcyrous M, Korones SB, Bada HS, Patter-son T, Baselski V. Indwelling umbilical arterial catheter: a preferred sampling site for blood culture. Pediatrics. 1988;81(6):821-825
6. Mims LC, Medawar MS, Perkins JR, Grubb WR. Predicting neonatal infections by evaluation of the gastric aspirate: a study in two hundred and seven patients. Am J Obstet Gynecol. 1972;114(2):232-238.
7. Choi Y, Saha SK, Ahmed AS, et al. Routine skin cultures in predicting sepsis pathogens among hospitalized preterm neonates in Bangladesh. Neonatology. 2008;94(2):123-131.
8. Rajesh NT, Dutta S, Prasad R, Narang A. Effect of delay in analysis on neonatal cerebrospinal fluid parameters. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95(1):F25-F29.
9. Garges HP, Moody MA, Cotten CM, et al. Neonatal meningitis: what is the correlation among cerebrospinal fluid cultures, blood cultures, and cerebrospinal fluid parameters? Pediatrics. 2006;117(4):1094-1100.
10. Rozycki HJ, Stahl GE, Baumgart S. Impaired sensitivity of a single early leukocyte count in screening for neonatal sepsis. Pediatr Infect Dis J. 1987;6(5):440-442.
11. Guida JD, Kunig AM, Leef KH, McKenzie SE, Paul DA. Platelet count and sepsis in very low birth weight neonates: is there an organism-specific response? Pediatrics. 2003;111(6 pt 1):1411-1415
12. Vouloumanou EK, Plessa E, Karageorgopoulos DE, Mantadakis E, Falagas ME. Serum procalcitonin as a diagnostic marker for neonatal sepsis: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2011;37(5):747-762
13. Gabay C, Kushner I. Acute-phase proteins and other systemic responses to inflammation. N Engl J Med. 1999;340(6):448-454.
14. Benitz WE. Adjunct laboratory tests in the diagnosis of early onset neonatal sepsis. Clin Perinatol. 2010;37(2):421-438.