

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON

- 06 < Phòng ngừa chuyển dạ sinh non tự phát Lê Thị Thu Hà
- 12 < Cập nhật chứng cứ dự phòng sinh non Đặng Quang Vinh
- 18 < Sinh non và yếu tố di truyền Lê Long Hồ
- 20 < Giá trị của đo chiều dài kênh cổ tử cung trên song thai Phạm Thị Phương Anh
- 24 < Nhiễm khuẩn trong thai kỳ và sinh non Lê Tiểu My
- 27 < Dự phòng sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh Hê Thanh Nhã Yến
- 30 < Dấu ấn sinh học dự báo chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 33 < Cận ối: yếu tố tiên lượng sinh non tự nhiên Nguyễn Duy Linh
- 36 < "AFS – Cận ối" yếu tố tiên lượng sinh non Trần Thế Hùng
- 39 < Quan điểm mới trong điều trị chuyển dạ sinh non Hê Thanh Nhã Yến
- 42 < Thực hư vai trò giảm gò của magnesium sulfate trong chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 45 < Magnesium sulfate – Vai trò bảo vệ não thai nhi sinh non Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên
- 51 < Vai trò của sản khoa hiện đại đối với thai kỳ ở ranh giới có khả năng sống Nguyễn Mai An
- 55 < Chăm sóc trẻ non tháng Phạm Thị Thanh Tâm
- 58 < Những ảnh hưởng dài hạn của sinh non Lê Tiểu My
- 62 < Vỡ ối sớm ở tam cá nguyệt II của thai kỳ Phan Hà Minh Hạnh
- 66 < Quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính theo nhóm nguy cơ Bùi Quang Trung
- 70 < Thuyên tắc mạch trong thai kỳ Trần Thế Hùng
- 74 < Sảy thai liên tiếp và những hướng tiếp cận mới trong nghiên cứu Võ Như Thanh Trúc
- 80 < Xuất tinh sớm – Cập nhật chẩn đoán và điều trị Từ Thành Trí Dũng
- 84 < Điều trị thay thế testosterone theo EAU 2018 Dương Quang Huy
- 91 < Stand-up meeting: Kiến tạo văn hóa LEAN Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 94 < Kích thích buồng trứng kẹp trong cùng một chu kỳ kinh nguyệt ở nhóm bệnh nhân có tiên lượng đáp ứng kém
- 96 < Vai trò của HbA1C trong dự đoán tiền sản giật ở thai phụ đái tháo đường type I
- 97 < Nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư thân tử cung ở những phụ nữ điều trị hỗ trợ sinh sản
- 98 < Vỡ ối trước chuyển dạ
- 100 < 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 được tư vấn quảng bá trên Y học sinh sản, 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



NHIỄM KHUẨN TRONG THAI KỲ VÀ SINH NON

Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức



Cho đến nay, sinh non vẫn là nguyên nhân hàng đầu của tử vong sơ sinh trên toàn thế giới, chỉ tính riêng tại Mỹ đã có hơn 12% trẻ sinh non tháng. Nếu không kể những trường hợp trẻ non tháng tử vong giai đoạn sơ sinh và nhũ nhi vì nhiều nguyên do, có đến 25 - 50% số trẻ còn sống nhưng chịu những ảnh hưởng lâu dài về chậm phát triển hay khiếm khuyết tâm thần, vận động. Mặc dù nguyên nhân gây sinh non vẫn là câu hỏi lớn, nhưng những gánh nặng cho gia đình, xã hội và y tế đã quá rõ ràng. Trong số đó những yếu tố gây tăng nguy cơ sinh non, ít nhất 40% thai kỳ non tháng có liên quan đến nhiễm khuẩn (Lamont và cs, 2003). Cũng cần nhấn mạnh rằng mối liên hệ giữa nhiễm khuẩn và sinh non còn rất nhiều vấn đề cần làm sáng tỏ, ví dụ như một số nguyên nhân khác có thể ít nhiều liên quan cơ chế viêm như hút thuốc lá, kênh cổ tử cung ngắn... và thật sự rất khó để xác định đâu là cơ chế tác động trực tiếp. Giới hạn bài viết này chỉ tóm tắt lại những bằng chứng hiện có về nhiễm khuẩn thường gặp, các hướng dẫn thực hành lâm sàng cập nhật và vai trò của sử dụng kháng sinh trong dự phòng sinh non.

NHIỄM KHUẨN VÀ SINH NON

Sinh non là kết cục của nhiều tác động, là quá trình gồm nhiều bước và nhiều yếu tố ảnh hưởng qua lại với nhau, liên quan cả mẹ và thai nhi. Nguyên nhân về phía mẹ có thể kể đến: nhiễm trùng (bao gồm nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hệ thống, bệnh lây truyền qua đường tình dục); bất thường tử cung, nhân xơ tử cung; bất

thường kênh cổ tử cung; đa thai - đa ối; sử dụng chất gây nghiện (cocaine, amphetamine), hút thuốc lá... Về phía thai nhi có thể do bất thường bẩm sinh, đa thai...

Nhiều giả thiết cho rằng nhiễm trùng kích hoạt yếu tố viêm gây khởi phát cơn gò dẫn đến vỡ ối hoặc sinh non. Những bằng chứng cho thấy nhiễm trùng có liên quan đến sinh non bao gồm: dịch ối của những trường hợp sinh non có nồng độ vi khuẩn và cytokine cao hơn dịch ối của sản phụ sinh đủ tháng; nhiễm trùng ở mẹ như viêm đài bể thận, viêm phổi hay bệnh lý nha chu có liên quan đến sinh non; nồng độ cytokine và men phân hủy tăng trong dịch ối... Tuy nhiên, những tác động đan xen lẫn nhau của nhiều yếu tố có thể gây ảnh hưởng đồng thời dẫn đến sinh non, ví dụ những trường hợp chiều dài kênh cổ tử cung ngắn liên quan sinh non cũng có liên quan nhiễm trùng âm đạo và/hoặc nhiễm chlamydia.

Chính vì nguyên nhân đó, các phương pháp điều trị hay dự phòng hiện nay vẫn còn đang được tiếp tục nghiên cứu và tranh cãi nhiều vì chưa có mô hình lý tưởng và hiệu quả tuyệt đối đối với quản lý thai kỳ nguy cơ sinh non.

DẤU HIỆU LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP CỦA NHIỄM KHUẨN TRONG THAI KỲ

Hầu hết những trường hợp nhiễm khuẩn trong tử cung đều không có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu. Khác với trường hợp nhiễm trùng ối khi vỡ ối hay màng ối không còn nguyên vẹn, phân lập vi khuẩn

trong dịch ối là phương pháp thường được sử dụng để chứng tỏ có nhiễm khuẩn trong tử cung. Vì khoang ối là khoang vô trùng, có không đến 1% thai phụ sinh đủ tháng có vi khuẩn trong dịch ối. Sự xâm nhập của vi khuẩn trong dịch ối rất khó xác định nếu không thực hiện phân tích dịch ối vì hầu hết đều không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng. Tỷ lệ sự xâm nhập vi sinh vật vào khoang ối thay đổi tùy theo lâm sàng và tuổi thai. Nếu thai phụ sinh non mà màng ối còn nguyên vẹn, tỷ lệ nuôi cấy dịch ối dương tính khoảng 12,8 %. Nếu thai phụ vỡ ối non, tỷ lệ dương tính khi nuôi cấy dịch ối khoảng 32,4%, và khi vỡ ối non đến khi bắt đầu chuyển dạ, tỷ lệ dương tính vi khuẩn khi nuôi cấy dịch ối lên đến 75%, do sự xâm nhập của vi khuẩn khi hàng rào ngăn cản là màng ối đã vỡ. (Romero và cs, 2006).

NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO (BẢNG 1)

Hầu hết những nghiên cứu mô tả và can thiệp đều cho thấy nhiễm khuẩn âm đạo sớm liên quan đến cả sinh non và sẩy thai muộn.

Trong những trường hợp kênh cổ tử cung ngắn (được định nghĩa là < 25 cm trong trên siêu âm ngã âm đạo trong tam cá nguyệt II của thai kỳ), tỷ lệ dương tính khi nuôi cấy dịch ối khoảng 9% (Hassan

và cs, 2006). Chiều dài kênh cổ tử cung ngắn được xem là yếu tố nguy cơ độc lập của sinh non. Nghiên cứu về mối tương quan giữa nhiễm khuẩn trong tử cung và kênh cổ tử cung ngắn hiện chưa đủ mạnh, nhưng kết quả cho thấy ở những trường hợp cổ tử cung bất toàn, sinh non, tỷ lệ nhiễm khuẩn khi phân tích dịch ối cao hơn so với nhóm chứng.

Tương tự, nhóm bệnh nhân vỡ ối sớm, vỡ ối non một lần nữa lại được cho rằng có liên quan đến nhiễm khuẩn trong tử cung với giả thuyết hiện tượng viêm làm suy yếu màng ối.

NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU

Nhiễm trùng tiết niệu không triệu chứng xảy ra khoảng 2 – 15% thai kỳ, nếu không được điều trị, 30% sẽ diễn tiến đến viêm đài bể thận cấp. Một số nghiên cứu cho thấy liên quan giữa nhiễm trùng tiết niệu và sinh non, trẻ nhẹ cân. Dữ liệu cập nhật Cochrane cho thấy sử dụng kháng sinh điều trị có thể giảm tỷ lệ viêm đài bể thận cấp so với không điều trị hay điều trị bằng giả dược (RR 0,23; KTC 95%, 0,13 – 0,41). Tuy nhiên, bằng chứng hiện nay cho thấy việc tầm soát thường quy, điều trị nhiễm trùng tiết niệu không triệu chứng chưa đủ mạnh để chứng minh có thể giảm tỷ lệ sinh non hay trẻ nhẹ cân.

Bảng 1.

Tác giả	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu	Kết quả
McGregor	Tiến cứu	1.260	Nhiễm khuẩn âm đạo thời điểm tham gia nghiên cứu liên quan sẩy thai, sinh non, ối vỡ non.
	Can thiệp		Điều trị bằng Clindamycin giảm 50% ối vỡ non và sinh non.
McDonald	Tiến cứu	996	Tỷ lệ nhiễm khuẩn âm đạo ở phụ nữ sinh non cao hơn phụ nữ sinh đủ tháng.
Hay	Tiến cứu	783	Sinh non hay sẩy thai muộn thường xảy ra ở phụ nữ nhiễm khuẩn âm đạo phát hiện giai đoạn đầu thai kỳ.
Hiller	Tiến cứu	10.397	Nhiễm khuẩn âm đạo liên quan trẻ nhẹ cân sinh non độc lập các yếu tố khác.
Hauth	Can thiệp	624	Nghiên cứu ngẫu nhiên điều trị bằng metronidazole và erythromycin: 31% bệnh nhân được điều trị nhiễm khuẩn âm đạo sinh non so với 49% điều trị bằng giả dược.
Moarles	Can thiệp	94	Nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh bệnh nhân được điều trị bằng metronidazole và giả dược trong nhiễm khuẩn âm đạo: nhập viện vì chuyển dạ sinh non 12% so với 78%; sinh non 18% so với 39%.

Việc tầm soát nhiễm trùng tiết niệu không triệu chứng chỉ nên thực hiện ở nhóm thai phụ nguy cơ cao và cân nhắc ảnh hưởng bất lợi của kháng sinh điều trị khi có nhiễm trùng tiết niệu trong thai kỳ. (Ainsley và cs, 2018)

VAI TRÒ CỦA KHÁNG SINH TRONG DỰ PHÒNG SINH NON

Xuất phát từ giả thiết nhiễm trùng hay viêm liên quan đến khởi phát cơn gò tử cung trong chuyển dạ sinh non, rất nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên đã được thực hiện nhằm đánh giá khả năng kéo dài thai kỳ của kháng sinh. Tuy nhiên, kết quả của hầu hết nghiên cứu đều thất bại trong việc chứng minh khả năng giảm tỷ lệ sinh non, cải thiện kết cục chu sinh của thai kỳ non tháng. Một phân tích gộp của 8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (RCT) so sánh sử dụng kháng sinh và giả dược cho thấy không có sự khác biệt về khả năng dự phòng sinh non, kéo dài tuổi thai, suy hô hấp cũng như nhiễm trùng sơ sinh. Ngoài ra, việc sử dụng kháng sinh có thể liên quan đến những tác dụng bất lợi. Vì vậy, hiện nay không khuyến cáo sử dụng kháng sinh trong dự phòng sinh non, ngoại trừ trường hợp vỡ ối non trên thai kỳ non tháng và trường hợp mang liên cầu nhóm B (GBS). Theo tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Sara Kenyon và cộng sự (tài liệu Cochrane tháng 12/2013) phân tích trên 22 thử nghiệm lâm sàng bao gồm 6.872 thai phụ và trẻ sơ sinh, vai trò của kháng sinh trong trường hợp vỡ ối non trên thai kỳ non tháng thật sự có ý nghĩa. Kết quả phân tích cho thấy sử dụng kháng sinh sau khi có ối vỡ non trên thai kỳ non tháng làm giảm có ý nghĩa thống kê tỷ lệ nhiễm trùng ối (RR 0,66, KTC 95%, 0,46 – 0,96) và giảm tỷ lệ trẻ sinh non trong vòng 48 giờ kể từ khi vỡ ối (RR 0,71, KTC 95%, 0,58 – 0,87) và 7 ngày sau khi ối vỡ (RR 0,79, KTC 95%, 0,71 – 0,89). Các kết cục xấu trên trẻ

non tháng bao gồm nhiễm trùng sơ sinh, sử dụng surfactant, phải hỗ trợ thở oxy, bất thường não trên siêu âm thóp trước khi xuất viện đều giảm. Về thuốc sử dụng, liệu pháp kháng sinh gồm amoxicillin và acid clavulanic làm tăng nguy cơ hoại tử ruột ở trẻ sơ sinh (RR 4,72; KTC 95%, 1,57 – 14,23). Nhóm tác giả thực hiện phân tích gộp này kết luận kháng sinh thường quy trên những trường hợp có ối vỡ non trên thai non tháng có thể kéo dài thai kỳ và cải thiện bệnh suất sơ sinh nhưng không làm giảm đáng kể tử suất sơ sinh. Mặc dù chưa đủ chứng cứ về ảnh hưởng lâu dài của việc sử dụng kháng sinh nhưng với những bằng chứng về hiệu quả lên kết cục ngắn hạn, kháng sinh vẫn được khuyến cáo sử dụng khi có ối vỡ non trên thai non tháng. Hiện tại chưa có bằng chứng đủ mạnh trong khuyến cáo loại kháng sinh nào nên chỉ định, tuy nhiên nên tránh sử dụng chế phẩm co-amoxiclav do có bằng chứng cho thấy mối liên quan hoại tử ruột ở trẻ sơ sinh.

Việc chẩn đoán và quản lý những thai kỳ nguy cơ sinh non vẫn không ngừng được nghiên cứu và đánh giá. Ảnh hưởng của nhiễm khuẩn trên thai kỳ non tháng, vỡ ối non và sinh non vẫn là câu hỏi còn nhiều vấn đề cần làm sáng tỏ, cần nhiều nghiên cứu cho chứng cứ tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Practice bulletin No.171, Management of preterm labor, Obstetrics and Gynecology Vol.28, No.4, Oct. 2016
2. Lamont RF. Infection in the prediction and antibiotics in the prevention of spontaneous preterm labour and preterm birth. BJOG 2003; 110 (suppl 20): 71-5
3. Varkha Agrawal and Emmet Hirsch, Intrauterine infection and preterm labor, Semin Fetal Neonatal Med 2012; 17 (1): 12-19
4. Romero R, Espinoza J, Goncalves LF, Kusanovic JP, Friel L, Hassan S. The role of inflammation and infection in preterm birth. Semin Reprod Med. 2007; 25:21-39
5. Hassan S, Romero R, Hendler I, et al. A sonographic short cervix as the only clinical manifestation of intra-amniotic infection. J Perinat Med. 2006; 34:13-19
6. DiGiulio DB, Romero R, Amogan HP, et al. Microbial prevalence, diversity and abundance in amniotic fluid during preterm labor: a molecular and culture-based investigation. PLoS One. 2008; 3:e3056.
7. Small FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD000490. DOI: 10.1002/14651858.CD000490.pub3.
8. Ainsley Moore, Marion Doull, Roland Grad, Stéphane Groulx, Kevin Pottie, Marcello Tonelli, Susan Courage, Alejandra Jaramillo Garcia, Brett D. Thoms; for the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2018 July 9;190:E823-30. doi: 10.1503/cmaj.171325.