

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 Vinh 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



DỰ PHÒNG SINH NON Ở PHỤ NỮ CÓ BẤT THƯỜNG TỬ CUNG BẨM SINH

Hê Thanh Nhã Yến

Bệnh viện Mỹ Đức



Bất thường tử cung bẩm sinh là tên gọi chung của các biến dạng cấu trúc tử cung, do những bất thường trong sự hình thành và hợp nhất của 2 ống Muller ở phôi thai. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa bất thường tử cung bẩm sinh với tăng nguy cơ sinh non và biến chứng thai kỳ. Theo một nghiên cứu đoàn hệ cỡ mẫu lớn ($n = 72.373$), phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh có nguy cơ sinh non < 34 tuần cao gấp 7 lần so với nhóm tử cung bình thường (OR 7,4; KTC 95%, 4,8 – 11,4)^[1]. Sinh non lại là nguyên nhân tử vong sơ sinh hàng đầu hiện nay. Do vậy, dự phòng sinh non là vấn đề quan tâm ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh.

PHÂN LOẠI BẤT THƯỜNG TỬ CUNG BẨM SINH

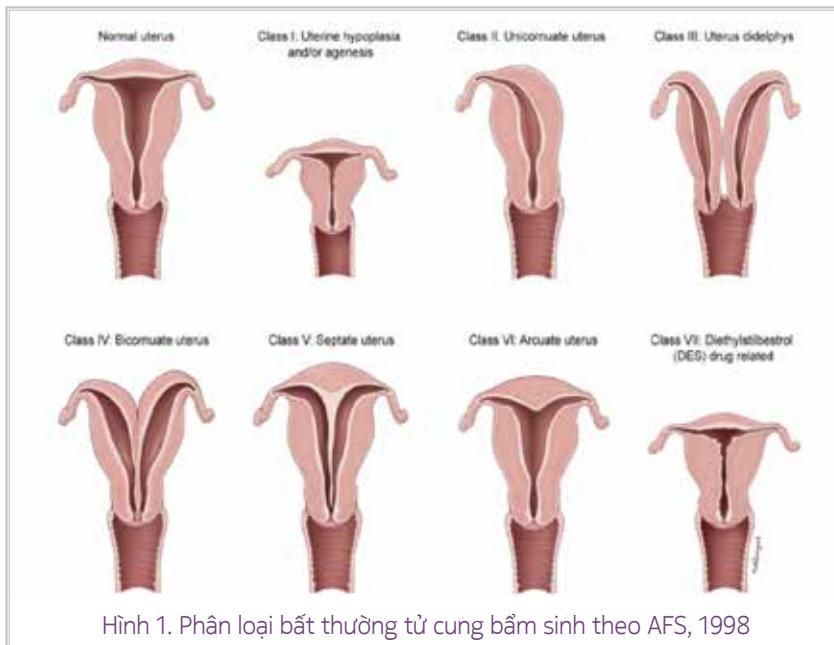
Có rất nhiều hệ thống phân loại bất thường tử cung bẩm sinh, nhìn chung đều dựa trên hiểu biết về sự phát triển của 2 ống Muller trong phôi thai. Cụ thể, theo hệ thống phân loại phổ biến trước đây của Hội Vô sinh Mỹ (AFS, 1998), các bất thường được chia làm 7 nhóm theo hình 1. Nhóm I, khi ống Muller không hình thành hoặc phát triển không hoàn toàn, bất thường dẫn đến bất sản tử cung (uterine agenesis) hoặc thiếu sản tử cung (uterine hypoplasia). Khi 2 ống Muller không hợp nhất hoặc hợp nhất không hoàn toàn, nhóm bất thường xảy ra là tử cung 1 sừng (nhóm II – unicornuate), tử cung đôi (nhóm III – uterine didelphys, didelphys) hoặc tử cung 2 sừng (nhóm IV – bicornuate). Nếu bất thường xảy ra giai đoạn tái hấp thu vách ngăn sẽ

dẫn đến tử cung có vách ngăn (nhóm V – septate). Nhóm VI – arcuate, tử cung có một phần lõm ở đáy vào buồng tử cung, là bất thường nhẹ nhất, có quan điểm xem đây là một dạng của tử cung bình thường chứ không hẳn là bất thường bẩm sinh. Nhóm VII, tử cung dạng chữ T dùng cho nhóm bất thường liên quan đến phơi nhiễm diethylstilbestrol trong thai kỳ. Về mức độ phổ biến thì bất thường gặp nhiều nhất là arcuate, tiếp theo là septate, unicornuate, bicornuate và didelphys^[2].

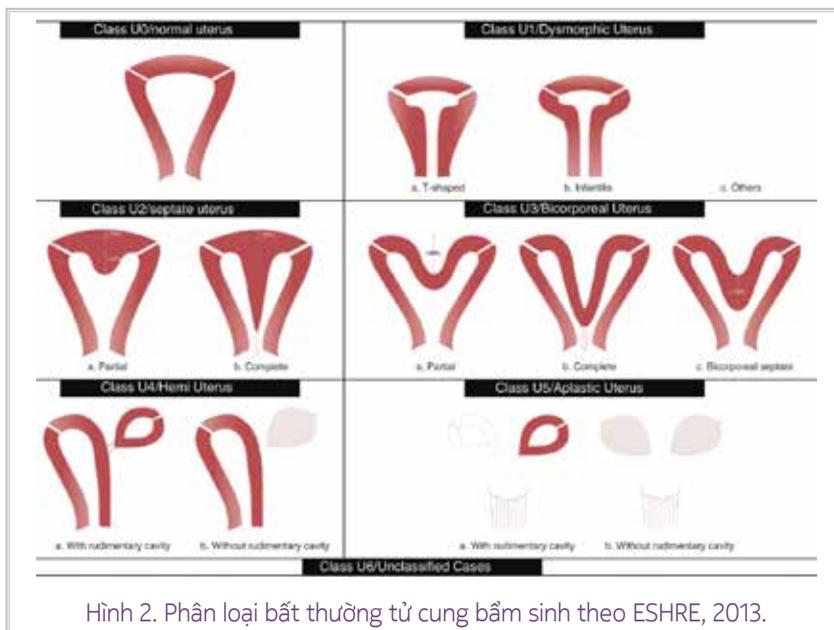
Hệ thống phân loại mới của Hội Sinh sản và Phôi học người châu Âu (ESHRE, 2013) phân chia chi tiết hơn, gồm 6 nhóm chính với các phân nhóm như hình 2^[3]. So với AFS, phân loại của ESHRE nhiều điểm bổ sung và khác biệt về cách phân nhóm bất thường. Ví dụ, nhóm bất sản tử cung (aplastic uterus) chia làm 2 loại, có hoặc không có sừng sơ khai. Nhóm tử cung có vách ngăn cũng chia làm vách ngăn hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Nhóm tử cung bán phần (hemi uterus), lý giải do sự không hình thành hoặc hình thành không hoàn toàn 1 trong 2 ống Muller dẫn đến tử cung có một phần, kèm hoặc không kèm sừng sơ khai. Nhóm 6 được bổ sung, cho những dạng chưa được xác định.

PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN

Các phương tiện và kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh giúp khảo sát bất thường cấu trúc tử cung rất đa dạng và khác biệt về độ chính xác cũng như ưu khuyết điểm. Bảng bên dưới tóm lược các yếu tố chính của các kỹ thuật dựa trên số liệu từ các nghiên



Hình 1. Phân loại bất thường tử cung bẩm sinh theo AFS, 1998



Hình 2. Phân loại bất thường tử cung bẩm sinh theo ESHRE, 2013.

Bảng 1. Các kỹ thuật chẩn đoán bất thường tử cung bẩm sinh.

| Kỹ thuật | Giá trị chẩn đoán | Ưu điểm | Khuyết điểm |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Siêu âm 2D ngà âm đạo | Độ chính xác 77,8% | Dễ thực hiện, không xâm lấn | Khó khảo sát buồng tử cung |
| SIS (saline infusion sonohysterography) | Độ chính xác 94% | Khảo sát tốt bất thường buồng tử cung | Xâm lấn |
| Siêu âm 3D | Nhạy 96,7%, đặc hiệu 100%, chính xác 97,2% | Độ chính xác cao nhất trong khảo sát bất thường tử cung và buồng tử cung | Chi phí cao |
| HSG (hysterosalpingogram) | Nhạy 77,4%, đặc hiệu 60%, chính xác 75% | Khảo sát tốt bất thường tử cung và buồng tử cung | Xâm lấn, phơi nhiễm tia X và chất cản quang |
| MRI (magnetic resonance imaging) | Nhạy 93,5%, đặc hiệu 80%, chính xác 91,6% | Không xâm lấn. Khảo sát chính xác bất thường tử cung và buồng tử cung | Chi phí cao |

cứu^[4,5,6]. Việc lựa chọn phương tiện chẩn đoán cần dựa trên tính sẵn có của cơ sở y tế, điều kiện của mỗi bệnh nhân và cân nhắc nguy cơ và lợi ích. Cần lưu ý rằng với phụ nữ đã được chẩn đoán bất thường tử cung bẩm sinh, cần khảo sát cả hệ thận niệu vì 31% có thể kèm theo bất thường thận một hoặc hai bên^[7].

NGUY CƠ SINH NON

Như đã nêu ở trên, nguy cơ sinh non trong nhóm có bất thường tử cung bẩm sinh cao gấp 7 lần nhóm tử cung bình thường. Giả thiết cho rằng nguy cơ sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh là do bất thường hình dạng và kích thước của buồng tử cung. Tổng quan hệ thống của Chan và cộng sự ghi nhận các bất thường như tử cung có vách ngăn hay bất thường ở thân tử cung làm tăng nguy cơ sinh non hơn 2 lần^[2].

Một lý giải khác có thể sinh non có liên quan đến suy yếu cổ tử cung kèm theo các bất thường tử cung bẩm sinh. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu với cỡ mẫu lớn so sánh nhóm phụ nữ có tử cung 2 sừng ($n = 444$) và nhóm tử cung bình thường ($n = 279.662$) cho thấy tử cung 2 sừng là yếu tố nguy cơ độc lập của suy yếu cổ tử cung^[8]. Một nghiên cứu quan sát khác, cỡ mẫu nhỏ ($n = 64$), trên phụ nữ mang thai có bất thường tử cung bẩm sinh được đo chiều dài cổ tử cung từ 14 đến 23 6/7 tuần tuổi thai, ghi nhận tỷ lệ chiều dài cổ tử cung < 25 mm cao nhất trong nhóm tử cung 1 sừng. Các tác giả cũng báo cáo nhóm có bất thường tử cung bẩm sinh kèm chiều dài cổ tử cung ngắn có nguy cơ sinh < 35 tuần cao gấp 13 lần nhóm chứng^[9]. Do vậy, việc tư vấn kỹ cho phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh về nguy cơ sinh non và các biến chứng kèm theo là rất cần thiết.

BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG SINH NON – CÓ HAY KHÔNG?

Hình dạng và kích thước buồng tử cung bất thường được lý giải là nguyên nhân dẫn đến sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh. Do vậy, việc khảo sát buồng tử cung bằng các phương tiện chẩn đoán như SIS, MRI, HSG hoặc nội soi trước khi mang thai rất cần thiết, đặc biệt ở phụ nữ bất thường tử cung bẩm sinh đã từng sảy thai

hoặc sinh non. Đối với tử cung có vách ngăn, nhiều nghiên cứu cho thấy nội soi cắt vách ngăn tử cung có thể cải thiện kết cục thai kỳ. ASRM khuyến cáo nên phẫu thuật nội soi cắt vách ngăn tử cung ở phụ nữ sảy thai liên tiếp, và hiện chưa có phương pháp phẫu thuật nào chỉ định cho trường hợp tử cung đôi hoặc 1 sừng.

Mặt khác, suy yếu cổ tử cung, biểu hiện bằng chiều dài cổ tử cung ngắn trên siêu âm ngã âm đạo, cũng có thể làm tăng nguy cơ sinh non ở thai kỳ kèm bất thường tử cung bẩm sinh. Phụ nữ mang thai có bất thường tử cung bẩm sinh cần được siêu âm nhiều lần để theo dõi sự phát triển của thai và siêu âm ngã âm đạo để đo chiều dài cổ tử cung, kể cả với đối tượng chưa có tiền sử sinh non. Nghiên cứu hồi cứu so sánh 2 nhóm: nhóm có bất thường tử cung bẩm sinh kèm tiền sử 1 – 2 lần sinh non được can thiệp khâu cổ tử cung từ 14 – 15 tuần ($n = 26$) và nhóm có bất thường tử cung bẩm sinh nhưng không khâu cổ tử cung ($n = 14$). Kết quả là, tỷ lệ sinh đủ tháng trong nhóm tử cung 2 sừng được khâu cổ tử cung cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tử cung 2 sừng không được khâu cổ tử cung (lần lượt là 76,2% so với 27,5%, $p < 0,05$). Trong nhóm tử cung arcuate, tỷ lệ sinh đủ tháng giữa 2 nhóm không khác biệt. Các tác giả kết luận nên khâu cổ tử cung ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh đã từng sinh non hoặc có kênh cổ tử cung ngắn trong thai kỳ. Khâu cổ tử cung cũng được khuyến cáo trong trường hợp tử cung 2 sừng^[10]. Hiện chưa có bằng chứng về hiệu quả của progesterone dự phòng sinh non ở phụ nữ bất thường tử cung bẩm sinh không có tiền sử sinh non.

KẾT LUẬN VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU

Phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh có nguy cơ sinh non cao, có thể do thay đổi kích thước, hình dạng buồng tử cung và suy yếu cổ tử cung. Cần áp dụng phương tiện và kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán chính xác dạng bất thường tử cung trước khi mang thai.

 Mời xem tiếp
ở trang 32

95%, 1,07 – 1,17, $p < 0,001$), mỗi đơn vị tăng thêm của CRP có OR là 1,13 (KTC 95%, 1,04 – 1,27, $p = 0,013$), và IL-6 có OR là 1,22 (KTC 95%, 1,11 – 1,36, $p = 0,005$). Như vậy, những marker đáp ứng viêm của mẹ ngay từ quý 1 đã có thể dự báo nguy cơ sinh non và giúp đưa ra những giải pháp sớm trước khi đến giai đoạn không thể đảo ngược^[8].

KẾT LUẬN

Cho đến thời điểm hiện tại, chuyển dạ sinh non vẫn là thách thức lớn trong dự phòng, chẩn đoán và điều trị mà chúng ta phải đối mặt. Vẫn chưa có một một dấu ấn sinh học nào tỏ ra là tiêu chuẩn vàng trong kết luận chuyển dạ sinh non do những nghiên cứu phát hiện hay chứng minh giá trị của chúng còn chưa thật mạnh. Những dấu ấn sinh học được dùng hiện nay như fFN, PAMG1, pHIGFBP-1,... đã giúp ích được phần nào trong chẩn đoán xác định có chuyển dạ hay loại trừ chuyển dạ giả để có những can thiệp đúng và đủ, hạn chế biến chứng non tháng

cho thai nhi. Do đó, đánh giá toàn diện nguy cơ, khai thác đầy đủ bệnh sử, thăm khám kỹ lưỡng và nhẹ nhàng, kết hợp những phương tiện hình ảnh và xét nghiệm dấu ấn sinh học đang được trang bị, chúng ta đã làm hết khả năng trước khi mong chờ có thêm những công cụ mạnh hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Heng, Y.J., et al., Human cervicovaginal fluid biomarkers to predict term and preterm labor. *Front Physiol*, 2015. 6: p. 151.
- Dos Santos, F., et al., Accuracy of fetal fibronectin for assessing preterm birth risk in asymptomatic pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2018. 97(6): p. 657-667.
- Melchor, J.C., et al., Predictive performance of PAMG-1 vs fFN test for risk of spontaneous preterm birth in symptomatic women attending an emergency obstetric unit: retrospective cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2018. 51(5): p. 644-649.
- Tripathi, R., et al., Comparison of rapid bedside tests for phosphorylated insulin-like growth factor-binding protein 1 and fetal fibronectin to predict preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet*, 2016. 135(1): p. 47-50.
- Nikolova, T., et al., Comparison of a novel test for placental alpha microglobulin-1 with fetal fibronectin and cervical length measurement for the prediction of imminent spontaneous preterm delivery in patients with threatened preterm labor. *J Perinat Med*, 2015. 43(4): p. 395-402.
- Abbott, D.S., et al., Quantitative fetal fibronectin to predict preterm birth in asymptomatic women at high risk. *Obstet Gynecol*, 2015. 125(5): p. 1168-76.
- Cooper, S., et al., Diagnostic accuracy of rapid pHIGFBP-1 assay for predicting preterm labor in symptomatic patients. *J Perinatol*, 2012. 32(6): p. 460-5.
- Zhu, H. and M.J. Yang, Maternal plasma concentrations of macrophage migration inhibitory factor at first trimester as a predictive biomarker of preterm delivery in Chinese women. *Clin Chim Acta*, 2018. 483: p. 286-290.

Tiếp theo → DỰ PHÒNG SINH NON Ở PHỤ NỮ CÓ BẤT THƯỜNG TỬ CUNG BẨM SINH
trang 29

Chăm sóc thai kỳ kèm bất thường tử cung bẩm sinh cần có kế hoạch tư vấn nguy cơ sinh non và biến chứng thai kỳ, siêu âm lặp lại nhiều lần khảo sát sự phát triển của thai và tầm soát biến chứng, cần nhắc chỉ định khâu cổ tử cung dự phòng sinh non khi cổ tử cung ngắn.

Trong tương lai, cần thêm nghiên cứu tiến cứu đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp dự phòng sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh hoặc hiệu quả riêng đối với mỗi dạng bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hua M, Odibo AO, Longman RE, Macones GA, Roehl KA, Cahill AG. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Dec;205(6):558.e1-5.
- Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011 Dec;17(6):761-71.

- Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod*. 2013 Aug 1;28(8):2032-44.
- Ludwin A, Ludwin I, Banas T, Knafel A, Miedzyblocki M, Basta A. Diagnostic accuracy of sonohysterography, hysterosalpingography and diagnostic hysteroscopy in diagnosis of arcuate, septate and bicornuate uterus: Tools used in uterine anomaly diagnosis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011 Mar;37(3):178-86.
- Ludwin A, Pitynski K, Ludwin I, Banas T, Knafel A. Two- and three-dimensional ultrasonography and sonohysterography versus hysteroscopy with laparoscopy in the differential diagnosis of septate, bicornuate, and arcuate uteri. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013 Feb;20(1):90-9.
- Abo Dewan KAA, Hefeda MM, Elkholi DGE. Septate or bicornuate uterus: Accuracy of three-dimensional trans-vaginal ultrasonography and pelvic magnetic resonance imaging. *Egypt J Radiol Nucl Med*. 2014 Sep 1;45(3):987-95.
- Reichman DE, Laufer MR. Congenital uterine anomalies affecting reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Apr;24(2):193-208.
- Mastrolia SA, Baumfeld Y, Hershkovitz R, Loverro G, Di Naro E, Yohai D, et al. Bicornuate uterus is an independent risk factor for cervical os insufficiency: A retrospective population based cohort study. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2017 Nov;30(22):2705-10.
- Airoldi J, Berghella V, Sehdev H, Ludmir J. Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies. *Obstet Gynecol*. 2005 Sep;106(3):553-6.
- Yassae F, Mostafae L. The Role of Cervical Cerclage in Pregnancy Outcome in Women with Uterine Anomaly. *J Reprod Infertil*. 2011;12(4):277-9.