

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 < Sẩy 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



CẶN ỒI: YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SINH NON TỰ NHIÊN

Nguyễn Duy Linh

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu



TỔNG QUAN

Sinh non là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ nhỏ. Phòng ngừa sinh non là một trong những chiến lược hàng đầu trong việc quản lý thai kỳ, tuy nhiên điều này không phải dễ dàng có thể nắm bắt và thực hiện được. Các biện pháp nhằm mục tiêu tầm soát, điều trị viêm nhiễm trong thai kỳ, sử dụng progesterone đặt âm đạo, khâu eo hay đặt vòng nâng cổ tử cung, siêu âm đo chiều dài cổ tử cung trong tam cá nguyệt II... cũng đã được thực hiện nhằm mục tiêu làm giảm tỷ lệ sinh non. Vậy có phương pháp tầm soát mới nào có thể giúp phòng ngừa sinh non? Cặn ối (Amniotic fluid 'sludge') có phải là một yếu tố có thể tiên lượng nguy cơ cao sinh non?

Theo định nghĩa, cặn ối là tình trạng tập hợp khối đặc dạng mũ gận sát lỗ trong cổ tử cung^[1]. Tỷ lệ cặn ối chiếm khoảng 1% trên thai phụ đủ tháng, không biến chứng và khoảng 22,6% trên thai phụ chuyển dạ sinh non, màng ối còn^[2]. Tỷ lệ có cặn ối trên các đối tượng nguy cơ cao sinh non tự nhiên chiếm 19,6 – 23,5%^[3,4].

Trong một nghiên cứu, nhuộm Gram cặn ối thấy có nhiều vi khuẩn Gram dương. Khi cấy cặn ối có thể gặp *Streptococcus mutans*, *Mycoplasma hominis* và *Aspergillus flavus*. Có thể thấy rằng, tình trạng cặn ối có thể là chỉ điểm việc vi khuẩn xâm lấn vô trong xoang ối và gây nên tình trạng viêm, thể hiện qua việc số lượng bạch cầu rất cao trong nước ối (19.650 bạch cầu/mm³, với 95% là neutrophils)^[5].

Nhiễm trùng trong buồng ối đôi khi là tình trạng viêm nhiễm mãn tính tự nhiên. Cặn ối có thể là tình trạng nhiễm trùng gây nên tình trạng đáp ứng viêm, sau đó chính các vi khuẩn này kết hợp với các tế bào viêm dẫn đến các hình ảnh cặn ối có thể thấy được trên siêu âm^[6].

Theo báo cáo của Noriko Yoneda trên 105 trường hợp chuyển dạ sinh non, ối còn thấy rằng: tỷ lệ bệnh nhân có cặn ối trên siêu âm là 18,1%. Khi so sánh giữa nhóm có hình ảnh cặn ối với nhóm không có cặn ối thấy tỷ lệ có vi sinh vật trong buồng ối qua xét nghiệm PCR giữa 2 nhóm là tương đương nhau (31,6% so với 38,4%); tỷ lệ viêm màng ối mô học cao hơn (52,6% so với 23,3%, $p = 0,01$). Tác giả kết luận, cặn ối liên quan đến tình trạng viêm trong buồng ối dù cho có hay không có vi sinh vật khi cấy^[7].

Chiều dài cổ tử cung là yếu tố rất quan trọng trong việc chia cắt giữa vi khuẩn thường trú trong âm đạo và lỗ ngoài cổ tử cung với màng ối. Chính vì vậy, trong những trường hợp cổ tử cung bị ngắn có thể là một yếu tố tiên lượng cho tình trạng nhiễm trùng trong tử cung^[8]. Trong một nghiên cứu, tỷ lệ cặn ối cao hơn trên những bệnh nhân có cổ tử cung ngắn ≤ 10 mm hơn là những bệnh nhân có cổ tử cung từ 11 – 15 mm. Những bệnh nhân có cặn ối sẽ có tuổi thai sinh trung bình thấp hơn không có cặn ối^[9]. Hơn thế nữa, những trẻ sơ sinh trên mẹ có cặn ối sẽ có nguy cơ nhập NICU do bệnh lý sơ sinh cao hơn so với những trẻ mẹ không có cặn ối^[2].

CẶN ỒI “LOÃNG” SO VỚI CẶN ỒI “ĐẶC”

Theo Bojold, hình ảnh cặn ối “loãng” (nhạt, “light amniotic fluid sludge”), cặn ối đặc “dense sludge” và chiều dài cổ tử cung dưới 25 mm là những dấu hiệu và là yếu tố tiên lượng độc lập của sinh trong vòng 14 ngày và sinh non trước 34 tuần. Tỷ lệ cặn ối loãng và đặc trong nghiên cứu lần lượt là 10,1% và 5,6%. Tỷ lệ sinh trong vòng 14 ngày là 5,3% khi không có cặn ối, 22,2% khi có cặn ối loãng và 60% khi có cặn ối đặc. Tương tự, tỷ lệ sinh trước 34 tuần lần lượt là 6,7%, 44,4% và 80%^[10].

CẶN ỒI LÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRÊN BỆNH NHÂN NGUY CƠ CAO SINH NON

Kusanovic trong một nghiên cứu hồi cứu trên 281 bệnh nhân được siêu âm đường âm đạo từ 13 – 29 tuần. Tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh cặn ối trên siêu âm là 66 (23,5%), và 215 bệnh nhân không có cặn ối. Tỷ lệ sinh non tự nhiên < 28 tuần, 32 tuần, < 35 tuần và < 37 tuần lần lượt là 14,7% (29/197), 21,3%, 28,7% và 42,1%. Bệnh nhân có cặn ối, có: (1) tăng tỷ lệ sinh non < 28 tuần (46,5% so với 5,8%, $p < 0,001$), < 32 tuần (55,6% so với 12,3%, $p < 0,001$) và < 35 tuần 62,2% so với 19,9%, $p < 0,001$), (2) tăng tỷ lệ viêm màng ối lâm sàng (15,2% so với 5,1%, $p = 0,007$), viêm màng ối mô học (61,5% so với 28%, $p < 0,001$), (3) tỷ lệ ối vỡ non cao hơn (39,4% so với 13,5%; $p < 0,001$), (4) thời gian từ khi siêu âm đến khi sinh ngắn hơn (127 ngày so với 161 ngày, $P < 0,001$) và thời gian từ siêu âm đến ối vỡ ngắn hơn (23 ngày so với 57 ngày, $p = 0,003$). Tác giả kết luận, “cặn ối” là yếu tố nguy cơ tiên lượng độc lập của chuyển dạ sinh non dưới 28, 32, 35 tuần, vỡ ối non, sự xâm nhập của vi sinh vật vào trong buồng ối (MIAC – Microbial invasion of the amniotic cavity) và viêm màng ối mô học trên bệnh nhân không triệu chứng nhưng có nguy cơ cao sinh non tự nhiên.

Hơn thế nữa, việc kết hợp hình ảnh cặn ối và cổ tử cung ngắn < 25 mm làm tăng nguy cơ sinh non tự nhiên dưới 28 tuần (gấp 14,8 lần) và 32 tuần (gấp 9,9 lần) so với chỉ có tiêu chuẩn cổ tử cung ngắn đơn thuần^[3]. Kết quả tương tự trong báo cáo của Walter

Ventura. Trong nghiên cứu này, chiều dài cổ tử cung trên những bệnh nhân có cặn ối ngắn hơn bệnh nhân không có cặn ối ($20,5 \pm 9,0$ so với $27,9 \pm 6,9$ mm, $p = 0,0016$). Đồng thời, tác giả cũng kết luận cặn ối là yếu tố tiên lượng sinh non độc lập trong 48h (OR: 11,2; KTC 95%, 1,2 – 125,9), trong 7 ngày (OR: 3,8; KTC 95%, 1,2 – 17,3) và 14 ngày (OR: 7,5; KTC 95%, 1,8 – 30,4)^[11].

CẶN ỒI TRÊN BỆNH NHÂN KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Trên bệnh nhân con so, không triệu chứng, siêu âm tam cá nguyệt giữa có cổ tử cung ngắn < 30 mm. Tỷ lệ cổ tử cung hình phễu chiếm 17%, cặn ối chiếm 5%, có cả 2 dấu hiệu chiếm 7%. Tỷ lệ sinh non < 37 tuần trên thai phụ có cổ tử cung hình phễu là 37% so với 21% hay có cặn ối là 35% so với 23% thai phụ không có các dấu hiệu trên. Kết quả tương tự đối với tỷ lệ sinh non < 34 và 32 tuần. Phân tích đa biến thấy rằng, tỷ lệ sinh non < 34 hay 32 tuần có liên quan đến sự hiện diện của hình ảnh cặn ối (aOR: 1,85; KTC 95%, 1,00 – 3,44; aOR, 2,78; KTC 95%, 1,42 – 5,45) nhưng không liên quan đến sự hiện diện của cổ tử cung hình phễu. Các tác giả kết luận, trên những thai phụ có cổ tử cung < 30mm, sự hiện diện của cặn ối (không bao gồm cổ tử cung hình phễu) là yếu tố tiên lượng sinh non < 34 tuần, độc lập với chiều dài cổ tử cung^[12].

CẶN ỒI TRÊN SONG THAI

Trên bệnh nhân song thai cổ tử cung ngắn có dấu hiệu cặn ối là yếu tố nguy cơ sinh cực non, viêm màng ối mô học và tử vong chu sinh như trong báo cáo của Ananda Boyer^[13]. Tỷ lệ có dấu hiệu cặn ối là 34,6%. Thai phụ có cặn ối có dấu hiệu sinh non cao hơn so với không có (27,2 tuần so với 31 tuần), tỷ lệ sinh cực non cũng cao hơn (tỷ lệ sinh < 26 tuần chiếm 52,2% so với 15,6%, $p < 0,01$). Tỷ lệ viêm màng ối mô học cao hơn (50% so với 12,8%) và tử vong sơ sinh cao hơn (33,3% so với 3,9%).

CẶN ỒI TRÊN BỆNH NHÂN KHÂU EO CỔ TỬ CUNG

Theo L. A. Gorski và cộng sự trong một báo cáo trên 177 ca khâu eo cổ tử cung, với 60 trường hợp có

cận ối và 117 trường hợp không có. Kết quả không có sự khác biệt về tuổi thai lúc sinh giữa hai nhóm có và không có cận ối ($36,4 \pm 4,0$ so với $36,8 \pm 2,9$ tuần, $p = 0,53$). Kết quả không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh non < 28 tuần giữa hai nhóm có và không có cận ối (6,7% so với 1,7%, $p = 0,18$), < 30 tuần (6,7% so với 3,4%, $p = 0,45$), < 32 tuần (8,3% so với 6,8%, $p = 0,77$) và < 36 tuần (16,7% so với 19,7%, $p = 0,69$)^[14].

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ có cận ối trên các đối tượng nguy cơ cao sinh non tự nhiên chiếm 19,6 – 23,5%.
- Hình ảnh cận ối loãng, cận ối đặc và chiều dài cổ tử cung dưới 25 mm là những dấu hiệu và là yếu tố tiên lượng độc lập của sinh trong vòng 14 ngày và sinh non trước 34 tuần.
- Trên bệnh nhân con so, không triệu chứng, cổ tử cung ngắn < 30 mm, sự hiện diện của cận ối là yếu tố tiên lượng sinh non < 34 tuần.
- Trên bệnh nhân song thai cổ tử cung ngắn có dấu hiệu cận ối là yếu tố nguy cơ sinh cực non, viêm màng ối mô học và tử vong chu sinh.
- Trên bệnh nhân khâu eo cổ tử cung, không có sự khác biệt về tuổi thai lúc sinh, tỷ lệ sinh non < 28, 30, 32 và 36 tuần giữa nhóm có và không có cận ối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tskitishvili, E., et al., Amniotic fluid 'sludge' detected in patients with subchorionic hematoma: a report of two cases. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2009. 33(4): p. 484-6.
2. Espinoza, J., et al., The prevalence and clinical significance of amniotic fluid 'sludge' in patients with preterm labor and intact membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2005. 25(4): p. 346-52.
3. Kusanovic, J.P., et al., Clinical significance of the presence of amniotic fluid 'sludge' in asymptomatic patients at high risk for spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2007. 30(5): p. 706-14.
4. Adanir, I., et al., Amniotic fluid 'sludge': prevalence and clinical significance of it in asymptomatic patients at high risk for spontaneous preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2018. 31(2): p. 135-140.
5. Romero, R., et al., What is amniotic fluid 'sludge'? *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2007. 30(5): p. 793-8.
6. Romero, R., et al., Detection of a microbial biofilm in intraamniotic infection. *Am J Obstet Gynecol*, 2008. 198(1): p. 135 e1-5.
7. Yoneda, N., et al., Sludge reflects intra-amniotic inflammation with or without microorganisms. *Am J Reprod Immunol*, 2018. 79(2).
8. Hassan, S., et al., A sonographic short cervix as the only clinical manifestation of intra-amniotic infection. *J Perinat Med*, 2006. 34(1): p. 13-9.
9. Vaisbuch, E., et al., Clinical significance of early (< 20 weeks) vs. late (20-24 weeks) detection of sonographic short cervix in asymptomatic women in the mid-trimester. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2010. 36(4): p. 471-81.
10. Bujold, E., et al., Intra-amniotic sludge, short cervix, and risk of preterm delivery. *J Obstet Gynaecol Can*, 2006. 28(3): p. 198-202.
11. Ventura, W., et al., Risk of impending preterm delivery associated with the presence of amniotic fluid sludge in women in preterm labor with intact membranes. *Fetal Diagn Ther*, 2011. 30(2): p. 116-21.
12. Saade, G.R., et al., Cervical funneling or intra-amniotic debris and preterm birth among nulliparous women with a midtrimester cervical length less than 30 mm. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2017.
13. Boyer, A., et al., Clinical significance of amniotic fluid sludge in twin pregnancies with a short cervical length. *Am J Obstet Gynecol*, 2014. 211(5): p. 506 e1-9.
14. Gorski, L.A., et al., Clinical implication of intra-amniotic sludge on ultrasound in patients with cervical cerclage. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2010. 36(4): p. 482-5.

HOSREM

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NƠI TIẾT SINH SẢN VÀ VỎ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON



Hà Nội Đại Học Y Dược
Thành Phố Hồ Chí Minh

BAN BIÊN SOẠN

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

GS. TS. Trần Thị Lợi

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

BAN THƯ KÝ

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh

Trần Hữu Yến Ngọc

Phạm Lê Khoa

Huỳnh Thị Thanh Hoa

Âu Thụy Kiều Chinh

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, 90 Trần Đình Xu, phường Cò Giang,

Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3836.5079 - 0933.456.650

Fax: (028) 3920.8788

Giờ tiếp hội viên:

Thứ hai - thứ sáu (8:00-11:30, 13:30-17:00)

hosrem@hosrem.vn, www.hosrem.org.vn

Y học sinh sản là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP. Hồ Chí Minh (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của *Y học sinh sản* mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

Y học sinh sản xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi và góp ý của hội viên và độc giả cho tài liệu.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.

HOSREM® 2018