

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 Hè 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 Hè 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



THUYỀN TẮC MẠCH TRONG THAI KỲ

Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Cần Thơ



Thuyên tắc mạch trong thai kỳ chủ yếu gặp hai hình thái là thuyên tắc phổi và thuyên tắc tĩnh mạch sâu có tỷ lệ từ 0,5 – 2,2/1.000 trường hợp sinh. Trong thai kỳ, nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch sâu tăng từ 5 đến 10 lần so với thời điểm không mang thai. Trong thời kỳ hậu sản thì nguy cơ này còn tăng rất nhiều lần từ 15 đến 35 lần, thời gian xuất hiện là từ 3 đến 6 tuần hậu sản, sau đó nguy cơ giảm dần và còn rất ít sau 12 tuần hậu sản. Mặc dù tỷ lệ thuyên tắc tĩnh mạch rất thấp nhưng nó là nguyên gây ra bệnh tật và tử vong trong thai kỳ. Điều trị thuyên tắc mạch trong thai kỳ là một thử thách vì gồm điều trị cho sản phụ và cả thai nhi. Mặc dù có nhiều bằng chứng và hướng dẫn sử dụng thuốc kháng đông trong thai kỳ. Nhưng đa phần là ở trên người không mang thai. Còn đối với thai kỳ thì còn nhiều hạn chế do thiếu những kết quả có giá trị cao^[2,4].

Bộ Y tế Malaysia đã ban hành chính sách để dự phòng và điều trị thuyên tắc tĩnh mạch^[3] (Bảng 1)

Các yếu tố đông máu tăng trong thai kỳ và các yếu tố kháng đông lại giảm là một yếu tố thuận lợi cho thuyên tắc mạch, mặt khác, do sản phụ ít vận động đặc biệt là sau sinh. Nguy cơ cao nhất trong 3 tháng cuối so với 3 tháng đầu và 3 tháng giữa, nhưng nguy cơ tắc mạch nó tồn tại từ 3 tháng đầu. Tiền sử có huyết khối thì tăng nguy cơ tái phát lên 3 đến 4 lần và 15 – 25% các trường hợp thuyên tắc là do tái phát. Ngoài ra, còn do thay đổi sinh lý khi mang thai, béo phì, tăng huyết áp, bệnh tim, bệnh tự miễn, bệnh hồng cầu hình liềm, tiền sản giật, đa thai

và cả sinh mổ. Một nghiên cứu mô tả phân tích, cho rằng nguy cơ thuyên tắc mạch và mổ lấy thai độc lập với nhau và tỷ lệ 3/1.000 ca tăng 4 lần so với sinh ngã âm đạo^[1].

Chẩn đoán thuyên tắc mạch trong thai kỳ là một thử thách đối với các nhà sản khoa. Theo nghiên cứu của Mc Lean 2018^[7] có 3 lý do:

– Một là, có sự chồng chéo các dấu hiệu và triệu chứng của thuyên tắc mạch, thuyên tắc phổi và huyết khối tĩnh mạch não và khoang màng cứng. Do sinh lý và hoặc do chẩn đoán, trong thuyên tắc mạch thường gặp là phù 2 chi dưới do tư thế tử cung chèn vào tĩnh mạch chủ dưới. Một phần của huyết khối tĩnh mạch lan vào tĩnh mạch vùng chậu

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ thuyên tắc mạch.

Ung thư tiến triển
Tuổi trên 60
Mất nước
Điều trị tại khoa hồi sức tích cực
Béo phì (BMI > 30 kg/m ²)
Sử dụng thuốc tránh thai đường uống
Liệu pháp hormone thay thế
Hậu sản (6 tuần)
Tiền sử bản thân và gia đình bị thuyên tắc mạch
Một hoặc nhiều dấu hiệu: bệnh tim, nhiễm trùng cấp tính, bệnh hồng cầu hình liềm, thalassaemia, bệnh chuyển hóa, nội tiết, hô hấp, điều kiện viêm
Viêm dẫn tĩnh mạch

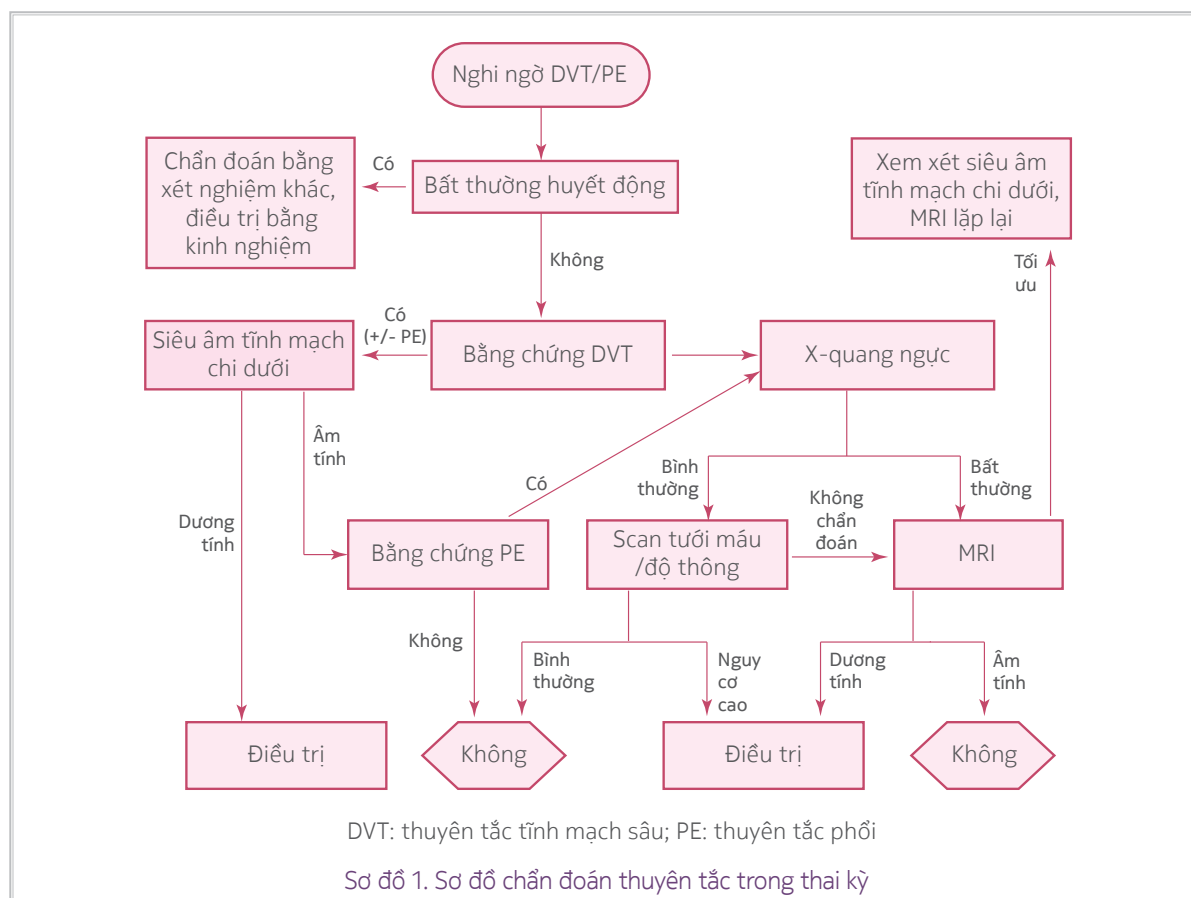
gây đau bụng dẫn đến nhầm lẫn với các triệu chứng bình thường của thai kỳ. Trong thuyên tắc phổi ở giai đoạn sau của thai kỳ thường hay gặp khó thở và tăng nhịp tim. Huyết khối tĩnh mạch não được chẩn đoán muộn triệu chứng giống đau đầu migraine và tiền sản giật.

– Hai là, thiếu các xét nghiệm cận lâm sàng chính xác trong thai kỳ, không thể chỉ dựa vào vai trò của D-dimer. Có nhiều công cụ được đưa ra để có thể cải thiện việc chẩn đoán. Công cụ Chan's LEEt đưa ra 3 biến: triệu chứng chân trái, chênh lệch chu vi bắp chân > 2 cm, những triệu chứng ở tam cá nguyệt I có thể dự đoán thuyên tắc mạch. Nhưng nó không áp dụng trong tam cá nguyệt II, III và hậu sản. D-dimer được sử dụng ở người không mang thai, nhưng khi mang thai nó gia tăng trong thai kỳ bình thường và không có sự đồng thuận điểm cut off của sự gia tăng D-dimer trong thuyên tắc mạch sâu.

– Ba là, nguy cơ phơi nhiễm bức xạ. Có một số ít nguy cơ gây sẩy thai và/hoặc dị tật thai khi tiếp xúc với bức xạ. Tuy nhiên, chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán thuyên tắc mạch. Tỷ lệ

chẩn đoán thuyên tắc mạch trong thai kỳ thấp hơn không mang thai. (Sơ đồ 1)

Vấn đề điều trị và dự phòng thuyên tắc tĩnh mạch chưa được triển khai đồng nhất ở các nơi. Do thiếu kinh nghiệm sử dụng thuốc kháng đông cũng như việc theo dõi điều trị chưa thật sự sâu sắc. Nên hầu hết các nhà sản khoa còn chưa triển khai đồng loạt. Kháng vitamin K qua được nhau thai gây một số dị tật cho thai nhi, sẩy thai, chảy máu sau sinh, dị tật về thần kinh. Nếu ngưng trước 6 tuần thì có thể hạn chế ảnh hưởng của Warfarin^[2]. Các thuốc ức chế thrombin và kháng Xa (rivaroxaban, apixaban, edoxaban, betrixaban) tránh sử dụng trong thai kỳ, thai nhi và cho con bú. Vì thiếu dữ liệu lâm sàng về độ an toàn và tất cả đều qua được nhau thai^[1,2]. Heparin không phân đoạn và heparin trọng lượng thấp đều an toàn trong thai kỳ. Cả hai đều sử dụng được trong thai kỳ nhưng heparin trọng lượng thấp an toàn hơn heparin không phân đoạn, ít gây chảy máu và tác dụng phụ như giảm tiểu cầu, loãng xương. Được bài tiết qua thận, nếu những người có suy thận hay độ lọc cầu thận giảm < 30 ml/phút thì



cân nhắc có sử dụng không. Thời gian bán hủy và lưu lượng đỉnh của heparin trong thai kỳ ngắn hơn nên sử dụng liều cao và duy trì liều để có sự hiệu quả tốt nhất^[1,2,6].

Lựa chọn các thuốc kháng đông trong thai kỳ. (Bảng 2)

Liều lượng thuốc kháng đông. (Bảng 3)

Thời gian thực hiện giảm đau trực thần kinh khi có kháng đông. (Bảng 4)

TÓM LẠI

Thuyên tắc mạch trong thai kỳ khó chẩn đoán do các dấu hiệu lâm sàng trùng lặp, do thiếu các xét nghiệm chuyên biệt. Nhưng chúng ta có thể sàng lọc những đối tượng nguy cơ và dự phòng thuyên

tắc mạch trong thai kỳ đặc biệt là thuyên tắc phổi. Thuốc kháng đông heparin trọng lượng thấp là an toàn trong thai kỳ, chúng ta cần xem xét sử dụng trong thai kỳ và sau sinh. Theo dõi các dấu hiệu thuyên tắc mạch tái phát trong thời kỳ hậu sản cũng như những tác dụng của thuốc kháng đông khi sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG 2018, Practice bulletin: Thromboembolism in pregnancy.
2. Bates 2016, guidance for the treatment and prevention of obstetric - associated venous thromboembolism, J thromb thrombolysis (2016) 41: 92-128.
3. Clinical practice guidelines 2013, prevention and treatment of venous thromboembolism, ministry of health Malaysia.
4. Fukuda 2016, management of deep vein thrombosis and pulmonary embolism during pregnancy, gen thorac cardiovasc surg.
5. Linnemann 2016, treatment of pregnancy- associated venous thromboembolism-position paper from the working group in women's health of the society of thrombosis and haemostasis, vasa (2016),45 (2), 103-118.
6. James 2013, prevention and treatment of venous thromboembolism in pregnancy in patients with hereditary antithrombin deficiency, international journal of women's health, 233-241.
7. Mc Lean 2018, diagnosis and management of VTE in pregnancy, clinical obstetrics and gynecology, volume 00, number 00, 1-13.

Bảng 2. Lựa chọn các thuốc kháng đông trong thai kỳ^[2].

Hiệp hội	Lựa chọn
ACOG	Heparin (Heparin không phân đoạn và heparin trọng lượng thấp) đều được sử dụng. Dị ứng heparin hay giảm tiểu cầu thay bằng fondaparinux. Warfarin và heparin trọng lượng thấp được sử dụng trong thời kỳ cho con bú.
SCOG	Heparin trọng lượng thấp được lựa chọn nhiều hơn heparin không phân đoạn trước mang thai, mang thai và hậu sản. Kháng vitamin K chỉ sử dụng trong trường hợp đặc biệt. Thuốc uống ức chế thrombin và yếu tố Xa được đề nghị sử dụng. Dị ứng heparin hay giảm tiểu cầu thì hội chẩn bác sĩ huyết học hay huyết khối sử dụng các heparinoids.
RCOG	Heparin trọng lượng thấp được sử dụng trước mang thai, mang thai và hậu sản. Kháng vitamin K không sử dụng trước khi mang thai, nếu đã sử dụng trước đó thời gian dài thì ngưng và chuyển sang heparin trọng lượng thấp càng sớm càng tốt nếu nghi ngờ có thai (2 tuần trễ kinh và trước thai 6 tuần). Thuốc uống ức chế thrombin và kháng Xa không sử dụng trong thai kỳ. Dị ứng heparin hay giảm tiểu cầu thì sử dụng fondaparinux, argatroban, hoặc r-hirudin. Heparin không phân đoạn hoặc danaparoid có thể tiếp tục liệu pháp. Thời kỳ hậu sản, cả heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng thấp và warfarin đều chống chỉ định.
Australia New Zealand	Phụ nữ đang mang thai không được chỉ định điều trị thuốc kháng vitamin K cũng như warfarin. Heparin trọng lượng thấp được sử dụng thay vì là heparin không phân đoạn. Thuốc uống ức chế thrombin và yếu tố Xa nên tránh trong thai kỳ.
ACCP	Nếu phụ nữ sử dụng kháng vitamin K trong thời gian dài nên chuyển sang heparin trọng lượng thấp vì lợi ích và các tác dụng của vitamin K trên thai kỳ. Bằng chứng hạn chế về việc sử dụng fondaparinux và ức chế thrombin khi có dị ứng heparin và không sử dụng được danaparoid. Thời kỳ cho con bú, nếu đang sử dụng heparin, warfarin và aspirin liều thấp thì tiếp tục sử dụng. Chỉ thay thế fondaparinux, ức chế thrombin và yếu tố Xa bằng thuốc kháng đông kháng.

Bảng 3. Liều lượng thuốc kháng đông^[1,5]

Các liệu pháp	Hàm lượng
Dự phòng bằng heparin trọng lượng thấp	Enoxaparin 40 mg tiêm dưới da 1 lần/ngày.
	Dalteparin 5.000 UI tiêm dưới da 1 lần/ngày.
	Tinzaparin 4.500 UI tiêm dưới da 1 lần/ngày.
	Nadroparin 2.850 UI tiêm dưới da 1 lần/ngày.
Liều trung gian bằng heparin trọng lượng thấp	Enoxaparin 40 mg tiêm dưới da mỗi 12 giờ.
	Dalteparin 5.000 UI tiêm dưới da mỗi 12 giờ.
Liều điều trị bằng heparin trọng lượng thấp	Enoxaparin 1 mg/kg mỗi 12 giờ.
	Dalteparin 200 UI/kg 1 lần/ngày.
	Tinzaparin 175 UI/kg 1 lần/ngày.
	Dalteparin 100 UI/kg mỗi 12 giờ.
Dự phòng bằng heparin không phân đoạn	Mục tiêu là anti Xa từ 0,6 - 1 UI/ml sau 4 giờ tiêm liều cuối cùng cho phác đồ 2 lần/ngày.
	Heparin không phân đoạn 5.000 - 7.500 UI tiêm dưới da mỗi 12 giờ ở tam cá nguyệt I.
	Heparin không phân đoạn 7.500 - 10.000 UI tiêm dưới da mỗi 12 giờ ở tam cá nguyệt II.
	Heparin không phân đoạn 10.000 UI tiêm dưới da mỗi 12 giờ trong tam cá nguyệt III, nếu aPTT không tăng.
Liều điều trị bằng heparin không phân đoạn	Heparin không phân đoạn 10.000 UI tiêm dưới da mỗi 12 giờ, mục tiêu là aPTT khoảng 1,5 - 2 lần trị số bình thường sau 6 giờ tiêm.
Hậu sản	Dự phòng, điều trị, duy trì tiếp tục cho đến 6 - 8 tuần. Thuốc uống có thể xem xét tùy theo thời gian của liệu pháp, cho con bú và mong muốn của bệnh nhân.
Theo dõi	Những triệu chứng của thuyên tắc mạch sâu và thuyên tắc phổi. Nguy cơ được xác định trong thai kỳ hoặc những biến chứng xuất hiện, đặc biệt là bệnh nhân nhập viện và bất động lâu dài.

Bảng 4. Thời gian thực hiện giảm đau trực thần kinh khi có kháng đông^[1,5].

Liều	Trong khi sinh	Khi sinh, tình trạng cấp cứu	Hậu sản
Heparin không phân đoạn dự phòng liều 7.500 hoặc 10.000 UI 2 lần mỗi ngày.	Giữ liều 12 giờ và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi cho giảm đau bằng đường tủy sống.	Giữ liều 12 giờ và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi cho giảm đau bằng đường tủy sống. Khi tình trạng cấp cứu, xem xét nguy cơ gây mê giữa toàn thân và gây tê vùng có thể thay thế.	Chờ ít nhất 1 giờ sau khi giảm đau hoàn toàn và rút catheter trước khi bắt đầu lại heparin.
Liều heparin không phân đoạn > 10.000 hoặc > 20.000/1 ngày.	Giữ liều 24 giờ, đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi cho giảm đau bằng đường tủy sống.	Ít nhất 24 giờ kể từ liều cuối và aPTT bình thường hoặc không thấy anti Xa, nguy cơ thấp cho ức chế thần kinh hoàn toàn.	Chờ ít nhất 1h sau khi giảm đau hoàn toàn và rút catheter trước khi bắt đầu lại heparin
Liều dự phòng bằng heparin trọng lượng thấp.	Chờ ít nhất 1 giờ trước khi làm giảm đau hoàn toàn.	Không đủ dữ liệu để thay thế gây tê bằng đường tủy sống dưới 12 giờ sau liều cuối. Trong tình huống khẩn cấp cần can thiệp, nguy cơ gây mê toàn thân lớn hơn nguy cơ tụ máu cột sống.	Chờ ít nhất 12 giờ sau khi ức chế thần kinh hoàn toàn và ít nhất 4 giờ sau khi rút catheter mới bắt đầu sử dụng lại heparin trọng lượng thấp.
Liều điều trị và trung gian heparin trọng lượng thấp.	Chờ ít nhất 24 giờ sau liều cuối trước khi làm giảm đau hoàn toàn.	Chờ ít nhất 24 giờ nhưng thiếu bằng chứng cho quá trình giảm đau hoàn toàn.	Chờ ít nhất 12 giờ sau khi ức chế thần kinh hoàn toàn và ít nhất 4 giờ sau rút catheter, mới bắt đầu sử dụng lại heparin trọng lượng thấp.