

Chuyên đề
Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH TP. HỒ CHÍ MINH • TẬP 45 - THÁNG 02/2018

**CÁC BIỆN PHÁP
NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT**



NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG



MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 45

CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT

- 06 < Tránh thai nội tiết trong thời kỳ hậu sản
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 10 < Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel
Triệu Thị Thanh Tuyền, Huỳnh Hoàng Mi
- 16 < Sử dụng thuốc nội tiết ngừa thai ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Khánh Linh
- 20 < Các biện pháp tránh thai cho phụ nữ tiền mãn kinh
Nguyễn Hữu Nghị
- 24 < Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone - ứng dụng tránh thai khẩn cấp
Võ Thị Thành
- 27 < Thuốc ngừa thai và dự trữ buồng trứng
Lê Thị Ngân Tâm
- 31 < Hiệu quả khác của thuốc ngừa thai
Trần Thế Hùng
- 33 < Ngừa thai nam bằng hormone
Nguyễn Văn Học
- 36 < Ối vỡ – Khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi?
Lê Hồng Cẩm
- 42 < Cập nhật các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng vết mổ lấy thai
Bùi Chí Thương
- 47 < Chiến thuật phòng ngừa lây truyền viêm gan siêu vi B từ mẹ sang con
Phan Thị Mai Hoa
- 51 < Cập nhật về vai trò của aspirin trong dự phòng tiền sản giật
Bùi Quang Trung
- 56 < Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nhau cài răng lược
Nguyễn Thu Thủy
- 59 < Cập nhật khuyến cáo về tầm soát và dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm B
Nguyễn Mai An, Phạm Thị Minh Trang
- 63 < Thuật ngữ phân loại và chẩn đoán thai ngoài tử cung
Lê Tiểu My
- 69 < Khuyến cáo về tầm soát ung thư vú ở những phụ nữ có nguy cơ (ACOG)
Phan Hà Minh Hạnh
- 75 < Tổng quan tầm soát ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 79 < Hiếm muộn và u lạc nội mạc tử cung
Hồ Mạnh Tường
- 81 < Theo bước chân Gemba ở môi trường bệnh viện
Nguyễn Phạm Hoàng Lan
- 83 < Ứng dụng Lean vào y tế
Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 87 < Sử dụng metformin ở nhóm vô sinh nữ có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)
- 89 < Cập nhật khuyến cáo lâm sàng trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa băng huyết sau sinh
- 90 < Biện pháp tránh thai tác dụng kéo dài: que cấy và dụng cụ tử cung
- 92 < Vai trò của việc tuân thủ điều trị trong hiệu quả dự phòng tiền sản giật của aspirin liều thấp
- 93 < Lập kế hoạch sinh sản để giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn
- 95 < Góc tử cung - cổ tử cung: phương tiện tầm soát mới trên siêu âm giúp tiên đoán khả năng sinh non tự phát
- 96 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 104 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 46: "TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ"
Tập 46 sẽ xuất bản vào tháng 5/2018. Hạn gửi bài cho tập 45 là 20/02/2018.

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 47: "UNG THƯ PHỤ KHOA"
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 8/2018. Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

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 hệ Unicode (Times New Roman hoặc Arial), bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo vui lòng trích dẫn ở bài vui lòng đặt trong ngoặc đơn (Tác giả, năm xuất bản), 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 toàn bài). 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 và hình ảnh minh họa rõ ràng.

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).

HIỂM MUỘN VÀ U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Hồ Mạnh Tường

IVFMD



GIỚI THIỆU

Tần suất lạc nội mạc tử cung trên các phụ nữ hiếm muộn được ghi nhận là từ 20% đến 50%. U lạc nội mạc tử cung (Ovarian endometrioma – OMA) xuất hiện ở 17% đến 44% các phụ nữ bị lạc nội mạc tử cung. Nhiều tác giả cho thấy sự liên quan giữa OMA với các tổn thương khác của lạc nội mạc tử cung đi kèm như lạc nội mạc tử cung phúc mạc chậu và lạc nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu. Mức độ nặng của các tổn thương này cũng được dùng để tiên lượng khả năng có thai tự nhiên sau điều trị ngoại khoa và khả năng có thai sau hỗ trợ sinh sản.

Tuy nhiên, cho đến nay, việc chẩn đoán xác định và xử trí OMA kết hợp với tình trạng hiếm muộn vẫn còn nhiều tranh cãi. Bài viết nhằm cung cấp một số bằng chứng và quan điểm hiện nay đối với hiếm muộn có đi kèm OMA.

U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ KHẢ NĂNG SINH SẢN

Lạc nội mạc tử cung vào buồng trứng có thể là sự cấy ghép mô lạc nội mạc tử cung lên bề mặt buồng trứng hoặc kết hợp với sự xâm nhiễm vào sâu trong buồng trứng của mô lạc nội mạc tử cung. U lạc nội mạc tử cung thường biểu hiện dưới dạng các nang chứa dịch giống như “sô-cô-la”, có kích thước thay đổi từ 1cm đến 15 cm. U lạc nội mạc tử cung thường đi kèm với các dạng lạc nội mạc tử cung khác.

Một số tác giả cho rằng OMA có thể làm giảm khả năng có thai tự nhiên, giảm dự trữ buồng trứng và giảm khả năng thành công khi điều trị thụ tinh

trong ống nghiệm.

Tuy nhiên chưa có đủ các bằng chứng cho thấy OMA có liên quan trực tiếp đến việc giảm dự trữ buồng trứng, giảm đáp ứng buồng trứng hay giảm khả năng có thai khi làm IVF.

CHẨN ĐOÁN U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Trước đây, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán OMA và lạc nội mạc tử cung là phẫu thuật nội soi nhìn thấy tổn thương và khẳng định bằng giải phẫu bệnh. Phẫu thuật nội soi thường được chỉ định, ngoài việc giúp chẩn đoán, còn có thể điều trị ngoại khoa bằng cách lấy đi các mô bị lạc nội mạc tử cung và gỡ dính. Tuy nhiên, gần đây, với việc hạn chế can thiệp phẫu thuật với lạc nội mạc tử cung, xu hướng nghiên cứu tìm cách sử dụng các phương pháp khác để chẩn đoán, thay thế phẫu thuật. Hai phương pháp chẩn đoán hình ảnh được quan tâm hiện nay là siêu âm ngả âm đạo và MRI.

Ưu điểm của siêu âm ngả âm đạo là rẻ tiền, phổ biến, hình ảnh động. Siêu âm còn có thể khảo sát sự di động của các cấu trúc trong ổ bụng. Siêu âm cho chẩn đoán chính xác và bệnh nhân dễ chấp nhận hơn. Siêu âm Doppler có thể giúp phân biệt OMA với các khối u ác tính. Với các chuyên gia siêu âm được đào tạo và kinh nghiệm tốt, giá trị độ nhạy và đặc hiệu khi chẩn đoán OMA có thể lên đến trên 90%. Tuy nhiên, hiệu quả siêu âm chẩn đoán phụ thuộc nhiều vào người sử dụng, độ phân giải và chất lượng hình ảnh của máy siêu âm.

MRI có thể là một phương tiện hỗ trợ khi thiếu các chuyên gia siêu âm giỏi hoặc còn nghi ngờ với chẩn đoán của siêu âm. Cũng có thể kết hợp MRI cho các trường hợp nghi ngờ có lạc nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu, đặc biệt trước khi thực hiện phẫu thuật nghi ngờ có các tổn thương lạc nội mạc tử cung đa dạng, phức tạp.

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA CHO U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Phẫu thuật là phương pháp điều trị OMA khá phổ biến trong quá khứ. Phẫu thuật bóc OMA cho thấy có thể cải thiện triệu chứng đau. Tuy nhiên, hiệu quả của bóc OMA trong việc cải thiện khả năng sinh sản hoặc cải thiện kết quả thụ tinh trong ống nghiệm còn nhiều tranh cãi. Mối quan ngại chính của điều trị phẫu thuật cho các trường hợp hiếm muộn có OMA là gây tổn thương mô buồng trứng lành, làm giảm khả năng sinh sản của phụ nữ. Phẫu thuật viên và phương pháp mổ khác nhau có thể ảnh hưởng đến mức độ tổn thương mô buồng trứng khi mổ.

Số liệu của các nghiên cứu lớn và các phân tích gộp cho thấy mổ bóc u lạc nội mạc tử cung không cải thiện khả năng có thai hay cơ hội có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm. Nhiều nghiên cứu cho thấy sau mổ bóc OMA, có sự giảm AMH có ý nghĩa thống kê.

Có 3 yếu tố nguy cơ đối với biến chứng giảm dự trữ buồng trứng sau mổ bóc OMA.

- Mổ bóc OMA 2 bên buồng trứng làm giảm dự trữ buồng trứng nhiều hơn 1 bên.
- Khối u càng lớn, giảm dự trữ buồng trứng sau mổ càng nhiều.
- Mổ bóc OMA tái phát giảm dự trữ buồng trứng càng nhiều hơn.

Nghiên cứu Santulli và cộng sự năm 2016 cho thấy trong dân số phụ nữ có các loại lạc nội mạc tử cung khác nhau, bệnh nhân có OMA không bị giảm khả năng có thai so với bệnh nhân khác. Tuy nhiên, tiền căn mổ lạc nội mạc tử cung là yếu tố nguy cơ dẫn đến giảm khả năng sinh sản. U lạc nội mạc tử cung có thể không ảnh hưởng lên khả năng sinh sản ở tất cả trường hợp. Ngược lại, phẫu thuật bóc khối u ở OMA có thể làm giảm khả năng có thai sau mổ.

Nghiên cứu của Maignien và cộng sự 2017, cho thấy yếu tố tiên lượng khả năng có thai của phụ nữ hiếm muộn, có OMA, khi làm thụ tinh trong ống nghiệm là dự trữ buồng trứng và tiền căn mổ bóc OMA. Nếu phụ nữ có dự trữ buồng trứng kém và có tiền căn mổ bóc OMA trước đó, khả năng có thai giảm sau khi làm thụ tinh trong ống nghiệm. Các đặc điểm khác của lạc nội mạc tử cung không có giá trị tiên lượng khả năng thành công. Các trường hợp có OMA mà dự trữ buồng trứng tốt, thì khả năng sinh sản có thể không ảnh hưởng nhiều nếu không có các nguyên nhân khác đi kèm. OMA có dự trữ buồng trứng giảm trước mổ hoặc sau mổ có thể có tiên lượng kém hơn khi điều trị hỗ trợ sinh sản.

Một phân tích gộp năm 2017 của Laursen và cộng sự, so sánh điều trị phẫu thuật và không điều trị đối với OMA trước khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm, cho thấy:

- Phẫu thuật OMA trước thụ tinh trong ống nghiệm không làm cải thiện khả năng sinh sống, OR 0,87 (KTC 95%: 0,64 – 1,18).
- Số nang noãn có hốc đầu chu kỳ (AFC) có xu hướng giảm ở nhóm có phẫu thuật, giảm trung bình hơn 2 nang noãn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số AFC giảm trung bình -2.09 (KTC 95%: -4,84 – 0,67).

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN CÓ U LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Cần đánh giá các yếu tố khác của chồng và vợ có thể ảnh hưởng lên khả năng sinh sản. Nếu có các yếu tố khác đi kèm với mức độ trung bình và nặng, nên cân nhắc thực hiện hỗ trợ sinh sản. Nếu chưa muốn có con, có thể làm thụ tinh trong ống nghiệm và trữ lạnh phôi.

Nếu có OMA kèm giảm dự trữ buồng trứng, nên cân nhắc làm thụ tinh trong ống nghiệm sớm.

Nếu không có các nguyên nhân gây hiếm muộn khác đi kèm và dự trữ buồng trứng bình thường, có thể theo dõi có thai tự nhiên hoặc kích thích buồng trứng và bơm tinh trùng vào buồng tử cung. Nếu thất bại sau 6-12 tháng điều trị, có thể thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

 Mời xem tiếp
ở trang 86

