HOSREM
Knowledge for Better Healthcare

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 49

Mãn kinh

Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 49

MÃN KINH

06 < Hệ thống thuật ngữ về vấn đề sức khỏe mãn kinh
Phạm Nguyễn Hoa Hạ, Hê Thanh Nhã Yến

11 < Sử dụng estrogen qua da trong liệu pháp nội tiết thời kỳ mãn kinh Lê Quang Thanh

16 < Sự đồng thuận của ACOG về vai trò của siêu âm trong các trường hợp xuất huyết âm đạo sau mãn kinh
Phạm Thị Phương Anh

20 < Mãn kinh sớm
Nguyễn Thị Thủy

24 < Giảm ham muốn tình dục trong thời kỳ mãn kinh
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch

29 < Vai trò tập cơ sàn chậu trong cải thiện chất lượng tình dục tuổi mãn kinh Hê Thanh Nhã Yến

31 < Hội chứng niệu sinh dục (GSM)
Cách tiếp cận trên phụ nữ mãn kinh
Huỳnh Hoàng Mi

35 < Tiếp cận trầm cảm ở phụ nữ quanh mãn kinh
Võ Thị Thành, Hê Thanh Nhã Yến

38 < Ung thư vú ở tuổi mãn kinh – mối nguy cần quan tâm và chiến lược tầm soát cơ bản
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch

42 < Phụ nữ mãn kinh xin noãn: những điều lưu ý
Lê Long Hồ

45 < Ung thư nội mạc tử cung: quan điểm về nạo hạch trong phẫu thuật Lê Thị Thu Hà

49 < Progesterone và dọa sẩy thai
Lê Thị Hà Xuyên, Lê Khắc Tiến

52 < Chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid
Trần Thị Minh Châu

56 < Bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ
Trần Viết Thắng

60 < Tiền sản giật nặng khởi phát sớm: khi nào tiếp tục duy trì thai kỳ? Nguyễn Thanh Hưng, Võ Minh Tuấn

66 < Tương tác tim phổi trẻ sơ sinh sau sinh
Nguyễn Khôi

70 < Ứng dụng lâm sàng của kỹ thuật trưởng thành noãn trong ống nghiệm
Mai Đức Tiến

76 < Cải tiến liên tục thông qua các công cụ lean
Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

80 < Acid folic liều cao không dự phòng tiền sản giật
81 < Estradiol qua da và progesterone vi hạt trong phòng ngừa triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ trong giai đoạn chuyển tiếp mãn kinh
82 < Bổ sung L-Carnitine cải thiện kết quả mang thai
83 < Hiệu quả của esomeprazole trong điều trị tiền sản giật khởi phát sớm: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng
84 < Tóm tắt hướng dẫn lâm sàng về xét nghiệm độ phân mảnh DNA tinh trùng trong vô sinh nam
87 < Xét nghiệm máu dự đoán sinh non và có thể tính chính xác tuổi thai

89 < TIN ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 51
BIẾN CHỨNG HUYẾT KHỐI VÀ THUYÊN TẮC TRONG SẢN PHỤ KHOA
Tập 51 sẽ xuất bản vào tháng 9/2019.
Hạn gửi bài cho tập 51 là 20/5/2018.

Chuyên đề tập 52
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG - BỆNH TUYẾN CƠ TỬ CUNG

Tập 52 sẽ xuất bản vào tháng 12/2019.
Hạn gửi bài cho tập 52 là 20/8/2019.

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 gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2019

Hội viên liên kết Vàng 2019

TIỀN SẢN GIẬT NẶNG KHỞI PHÁT SỚM: KHI NÀO TIẾP TỤC DUY TRÌ THAI KỲ?

Nguyễn Thanh Hưng[1], Võ Minh Tuấn[2]

[1] Học viên cao học, Đại học Y Dược TPHCM
[2] Đại học Y Dược TPHCM

MỞ ĐẦU

Tiền sản giật là một rối loạn đa cơ quan với đặc trưng là sự khởi phát mới của tăng huyết áp và protein niệu sau 20 tuần thai, chiếm 2 – 8% tổng số thai phụ trên toàn thế giới[1],[4]. Đặc biệt ở Việt Nam, tiền sản giật là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở thai phụ với tỷ lệ mắc là 4 – 8%[10],[12]. Tại Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ này là 4,8%[14].

Tiền sản giật được phân loại nặng khi đi kèm với tăng huyết áp nghiêm trọng và/hoặc có bằng chứng tổn thương cơ quan đích[3]. Các kết cục xấu ở thai phụ chiếm 5,9% tổng số ca, bao gồm: hội chứng HELLP (tán huyết, tăng men gan và giảm tiểu cầu, chiếm 2 – 25%), tổn thương thận cấp (0,3 – 5%), phù phổi cấp (0,6 – 5%), nhau bong non (0,3 – 4%) và tử vong (0 – 1,7%). Các kết cục xấu ở thai nhi bao gồm: thai chậm tăng trưởng trong tử cung (chiếm 50% các trường hợp tiền sản giật nặng), suy thai, thai chết lưu (chiếm 41% trường hợp bị hội chứng HELLP dưới 30 tuần), sinh non tháng (24% các trường hợp tiền sản giật), sinh nhẹ cân và tăng huyết áp ở trẻ sơ sinh. Chấm dứt thai kỳ là biện pháp điều trị triệt để duy nhất[5].

Tiền sản giật nặng xảy ra trước tuần thứ 34 của thai kỳ được gọi là khởi phát sớm và thường đi kèm với bệnh suất và tử suất cao ở cả thai phụ và thai nhi[7]. Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp ở các trường hợp này vẫn còn là một thách thức trong thực hành sản khoa hiện nay. Chấm dứt thai kỳ ngay sẽ giúp tránh được các biến chứng nặng xảy ra trên thai phụ. Tuy nhiên, với các thai kỳ non tháng có khả năng sinh sống, lựa chọn dưỡng thai (ở các cơ sở y tế có đủ điều kiện) sẽ giúp cho thai nhi giảm được các biến chứng sau sinh. Điều trị dưỡng thai ở thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm cũng đặc biệt có ý nghĩa trong những trường hợp con hiếm, con so lớn tuổi hay những trường hợp có thai nhờ sự giúp đỡ của các biện pháp hỗ trợ sinh sản. Do đó, điều trị dưỡng thai và xác định được các yếu tố dự đoán khả năng dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng có tuổi thai dưới 34 tuần là hết sức quan trọng, giúp bác sĩ mạnh dạn hơn khi ra chỉ định dưỡng thai nhằm tối ưu hóa lợi ích cho thai nhi nhưng vẫn đảm bảo an toàn cho thai phụ, cũng như giúp thai phụ và những gia đình mong con có thêm một tia hy vọng về việc có được một bé có khả năng sống sau sinh ở ngay thai kỳ này.

QUẢN LÝ CÁC THAI KỲ CÓ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG

Các hướng dẫn thực hành hiện nay đối với các thai kỳ có tiền sản giật nặng đều dựa trên sự cân nhắc cả nguy cơ cho thai phụ và nguy cơ cho thai nhi khi đưa ra các khuyến cáo điều trị.

Với các trường hợp tiền sản giật nặng từ 34 tuần trở lên hoặc các trường hợp mà có tình trạng mẹ hoặc tình trạng thai không ổn định ở bất kể tuổi thai nào, chấm dứt thai kỳ được chỉ định ngay khi ổn định xong tình trạng mẹ (Sơ đồ 1)[13],[11].

Với các trường hợp tiền sản giật nặng có tuổi

thai từ 28 tuần (tuổi thai có thể bắt đầu nuôi sống được tại các cơ sở y tế ở Việt Nam) đến dưới 34 tuần có tình trạng mẹ và thai ổn định, dưỡng thai được khuyến cáo thực hiện ở những nơi có đầy đủ nguồn lực để xử trí các vấn đề cho thai phụ và thai nhi sau khi sinh[2],[6].

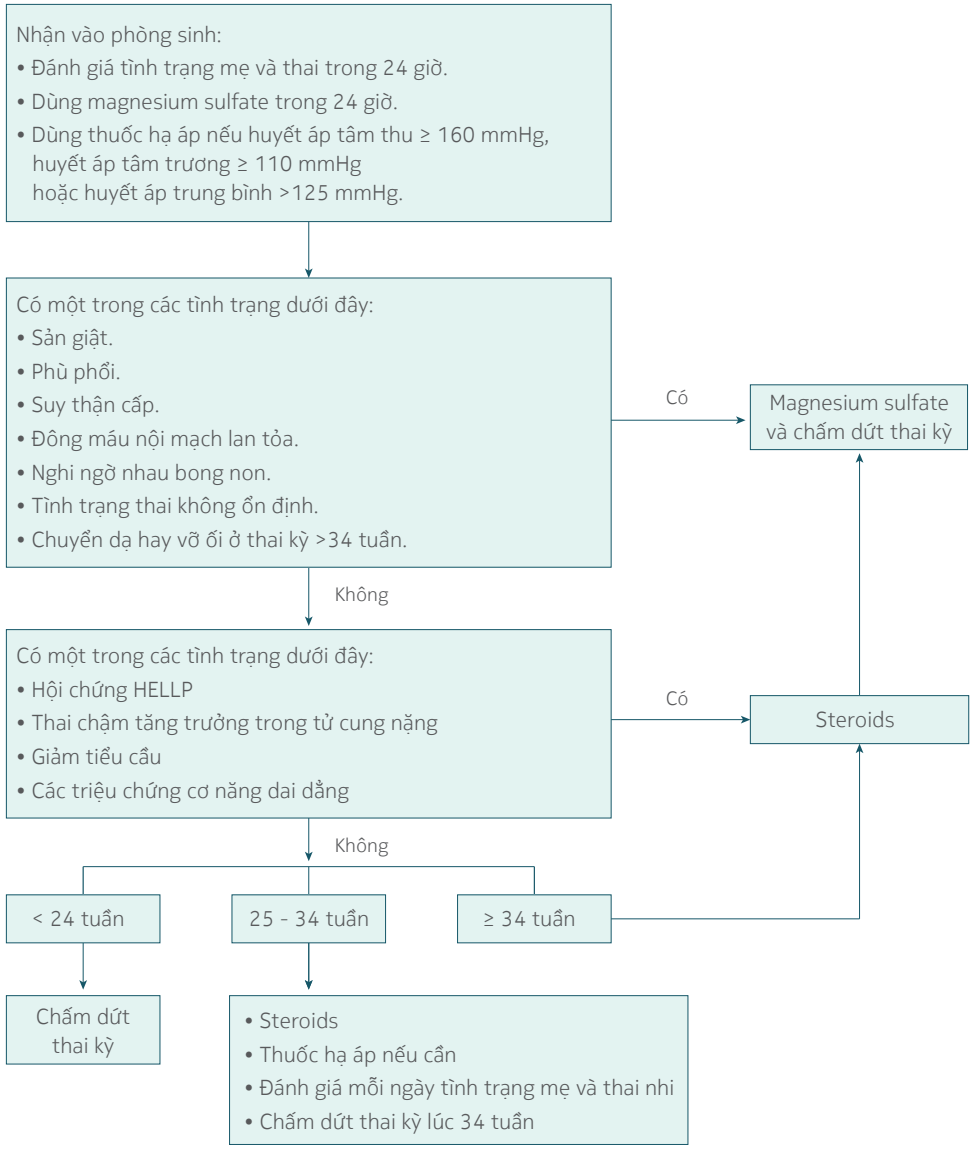
Tuy nhiên, có một điều quan trọng cần lưu ý là cho dù có được điều trị dưỡng thai nhằm cải thiện khả năng sinh sống và giảm bệnh suất lúc sinh nhưng tiên lượng thai nhi ở các thai kỳ có tiền sản giật khởi phát sớm là hết sức dè dặt. Những số liệu dưới đây thể hiện thực tế hết sức khó khăn này và tiền sản giật nặng khởi phát ở tuổi thai càng lớn thì khả năng dưỡng thai thành công càng cao[13]:

– Thai kỳ < 22 tuần 6 ngày: 56 ca dưỡng thai, 2% sinh sống;

– Thai kỳ từ 23 đến 23 tuần 6 ngày: 60 ca dưỡng thai, 13% sinh sống;

– Thai kỳ từ 24 đến 24 tuần 6 ngày: 75 ca dưỡng thai, 33% sinh sống;

– Thai kỳ từ 25 đến 26 tuần: 52 ca dưỡng thai, 60% sinh sống.



Sơ đồ 1. Quản lý các thai kỳ có tiền sản giật nặng

Nguồn: Sibai BM. Expectant management of preeclampsia. OBG management. 2005; 2:18-36[11].

CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN KHẢ NĂNG DƯỠNG THAI

Quan điểm trước đây

Dưỡng thai ở thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm là nhằm giảm các nguy cơ cho thai nhi do việc sinh non tháng gây ra, và nên thực hiện ở nơi có đầy đủ các nguồn lực cần thiết[2]. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, chấm dứt thai kỳ được chỉ định nhằm đảm bảo an toàn cho thai phụ và lợi ích cho thai nhi là nhiều hơn so với việc tiếp tục dưỡng thai. Với quan điểm đó, hướng điều trị dưỡng thai chỉ có thể được đặt ra nếu tình trạng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng của thai phụ và thai nhi không chạm vào một trong các chống chỉ định dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm.

Các nguyên nhân cần phải chấm dứt thai kỳ ngay (sau khi tiến hành các bước ổn định tình trạng thai phụ) theo quan điểm trước đây được chúng tôi trình bày thành hai nhóm như dưới đây.

– Các nguyên nhân từ thai phụ[2]:
  - Tái diễn tình trạng tăng huyết áp trầm trọng.
  - Tái diễn các triệu chứng cơ năng của tiền sản giật nặng.
  - Suy thận tiến triển (nồng độ creatinine huyết tương lớn hơn 1,1 mg/dL hay tăng gấp đôi trong bối cảnh thai phụ không mắc các bệnh khác về thận).
  - Giảm tiểu cầu kéo dài hoặc hội chứng HELLP kéo dài.
  - Phù phổi.
  - Sản giật.
  - Nghi ngờ nhau bong non.
  - Chuyển dạ không trì hoãn được hay vỡ ối.
– Các nguyên nhân từ thai nhi[2]:
  - Tuổi thai chạm mốc 34 tuần.
  - Thai chậm tăng trưởng nặng (ước lượng cân nặng thai nhi qua siêu âm dưới bách phân vị thứ 5).
  - Thiểu ối kéo dài (độ sâu khoang ối lớn nhất dưới 2 cm).
  - Trắc đồ sinh vật lý thai nhi từ ngưỡng 4/10 trở xuống, tối thiểu sau 2 lần đánh giá cách nhau 6 giờ.
  - Đảo ngược dòng Doppler động mạch rốn cuối thì tâm trương.
  - Non-stress test có nhịp giảm muộn lặp lại hoặc nhịp giảm bất định lặp lại.
  - Thai chết lưu.

Quan điểm hiện nay

Trong quá trình thực hành lâm sàng, người ta nhận thấy rằng việc chỉ định chấm dứt thai kỳ ở các thai kỳ có tiền sản giật nặng khởi phát sớm dựa vào các chống chỉ định dưỡng thai đơn độc là chưa đủ sự chuẩn xác (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo đa số không cao) và thường dẫn đến các quyết định chấm dứt thai kỳ quá tay, đi kèm với các kết cục không tốt ở trẻ sơ sinh (Bảng 1)[8]. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để đánh giá xem liệu trong những trường hợp nào thì điều trị dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng là khả thi và đem đến sự thành công. Và nhiều yếu tố được đưa ra với hy vọng giúp dự đoán khả năng dưỡng thai ở thai kỳ từ 28 đến trước 34 tuần có tiền sản giật nặng[9].

Trong những khuyến cáo mới gần đây (được công bố năm 2017), các tác giả khuyến cáo rằng: nếu các thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm nhưng không có sự hiện diện của các triệu chứng lâm sàng (đau đầu dai dẳng, rối loạn thị giác, co giật, đau bụng ¼ trên phải hoặc đau thượng vị, thiểu niệu) và bệnh nhân đơn thuần chỉ có các chỉ số cận lâm sàng ở mức nặng (men gan tăng gấp đôi giá trị ngưỡng trên, tiểu cầu < 100.000/mcL) thì cũng có thể cân nhắc cho điều trị dưỡng thai nếu các chỉ số cận lâm sàng đó trở về bình thường sau 24 đến 48 giờ nhập viện[13]. Bên cạnh đó, nếu bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng ở mức nhẹ, chúng ta cũng có thể trì hoãn việc chấm dứt thai kỳ, sau đó tiến hành hỗ trợ phổi cho thai nhi và làm lại các xét nghiệm cận lâm sàng (AST, ALT, PLT) mỗi 6 – 12 giờ để đánh giá khả năng cải thiện của các chỉ số này trước khi đưa ra quyết định cuối cùng.

Đối với các thai kỳ có tiền sản giật nặng khởi phát sớm không có sự hiện diện của các triệu chứng lâm sàng và bệnh nhân đơn thuần chỉ có huyết áp tăng đến mức độ nặng thì việc dưỡng thai cũng có thể được xem xét. Ở những trường hợp này, thuốc hạ áp sẽ được sử dụng với hy vọng sẽ kiểm soát được mức huyết áp này.

Với những dẫn chứng khoa học mà chúng tôi đã trình bày ở trên, điều trị dưỡng thai ở các thai kỳ

Bảng 1. Độ chính xác của các dấu hiệu lâm sàng và mô hình tiên lượng kết cục thai kỳ xấu xảy ra ở thai phụ bị tiền sản giật

	AUC (KTC 95%)	Độ nhạy (KTC 95%)	Độ đặc hiệu (KTC 95%)	LR+ (KTC 95%)	LR- (KTC 95%)
Triệu chứng cơ năng					
Nhức đầu – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,58 (0,24 – 0,86)	0,54 (0,27 – 0,79	0,59 (0,38 – 0,76)	–	–
Đau thượng vị – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,70 (0,30 – 0,93)	0,34 (0,22 – 0,50)	0,83 (0,76 – 0,89)	–	–
Nhìn mờ – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,74 (0,33 – 0,94)	0,27 (0,07 – 0,65)	0,81 (0,71 – 0,88)	–	–
Nôn và buồn nôn – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,54 (0,48 – 0,60)	0,24 (0,21 – 0,27)	0,87 (0,85 – 0,89)	–	–
Đau ngực hay khó thở – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,64 (0,54 – 0,74)	–	–	–	–
Triệu chứng thực thể					
Tăng huyết áp – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,68 (0,29 – 0,92)	–	–	–	–
Tăng huyết áp tâm thu – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,65 (0,59 – 0,70)	–	–	–	–
Tăng huyết áp tâm trương – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,63 (0,57 – 0,68)	–	–	–	–
Tăng huyết áp trung bình – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,65 (0,60 – 0,71)	–	–	–	–
Độ bão hòa oxy máu – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,72 (0,67 – 0,78)	–	–	–	–
Cận lâm sàng					
Tăng đạm niệu 24h được chẩn đoán khi có 2g/ 24 giờ					
– Gây sản giật	–	–	–	0,41 (0,04 – 4,5)	2,0 (0,83 – 4,6)
– Gây nhau bong non	–	–	–	1,1 (0,75 – 1,6)	0,88 (0,42 – 1,9)
– Gây hội chứng HELLP	–	–	–	1,1 (0,74 – 1,6)	0,86 (0,38 – 2,0)
Dipstick – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,65 (0,59 – 0,71)	–	–	–	–
Tăng men gan – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,79 (0,51 – 0,93)	–	–	–	–
Tăng creatinine huyết thanh – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,63 (0,57 – 0,69)	–	–	–	–
Giảm tiểu cầu – Kết cục xấu ở thai phụ	0,69 (0,63 – 0,75)	–	–	–	–
Tăng acid uric					
– Gây sản giật	–	–	–	2,1 (1,4 – 3,5)	0,38 (0,18 – 0,81)
– Gây tăng huyết áp nặng	–	–	–	1,7 (1,3 – 2,2)	0,49 (0,38 – 0,64)
– Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,59 (0,53 – 0,65)	–	–	–	–

Bảng 1. Độ chính xác của các dấu hiệu lâm sàng và mô hình tiên lượng kết cục thai kỳ xấu... (tiếp theo).

	AUC (KTC 95%)	Độ nhạy (KTC 95%)	Độ đặc hiệu (KTC 95%)	LR+ (KTC 95%)	LR- (KTC 95%)
Mô hình tiên lượng					
Full PIERS – Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,88 (0,84–0,92)	–	–	–	–
Mini PIERS Kết cục thai kỳ xấu ở thai phụ	0,77 (0,74–0,80)	–	–	–	–

tiền sản giật nặng có tuổi thai từ 28 đến trước 34 tuần có thể được chỉ định trong 2 trường hợp dưới:

– Chỉ có bất thường các chỉ số cận lâm sàng thoáng qua (khuyến cáo mức độ 2B);

– Chẩn đoán tiền sản giật nặng chỉ do số đo huyết áp ở mức độ nặng (khuyến cáo mức độ 2B).

THEO DÕI KHI DƯỠNG THAI

Dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng có tuổi thai từ 28 đến trước 34 tuần nhằm tối ưu hóa lợi ích cho thai nhi khi sinh, nhưng đó là một lựa chọn điều trị tiềm ẩn nhiều nguy cơ[11].

Các nguy cơ cho thai phụ trong quá trình dưỡng thai bao gồm: bệnh diễn tiến xấu trong quá trình chuyển dạ (từ nhẹ đến trầm trọng, LH là 10%), sản giật (LH là 1 – 2%), đột quỵ (bệnh lý đoan não hay xuất huyết não, LH <1%), phù phổi (thường xảy ra ở trường hợp quá tải dịch hay khi tăng huyết áp mạn kháng trị, LH là 1 – 2%).

Các nguy cơ có thể xảy ra ở thai nhi bao gồm: thiểu ối (có thể cao đến khoảng 10 – 30%), thai chậm tăng trưởng là kết quả của tình trạng thiếu máu tử cung – bánh nhau và đặc biệt thường hiện diện ở các trường hợp tiền sản giật khởi phát trước 32 tuần, chiếm 15 – 20%), nhau bong non (thường < 1% các thai kỳ, ở tiền sản giật khởi phát trước 32 tuần sẽ tăng lên khoảng 1 – 2%; gò cường tính, nhịp giảm muộn/ bất định lặp lại và xuất huyết âm đạo có thể là những dấu hiệu sớm), vỡ ối, xuất huyết âm đạo (có thể là dấu hiệu của bệnh diễn tiến nặng và/ hoặc nhau bong non).

Với những lý do nêu trên, trong suốt quá trình dưỡng thai, tình trạng thai phụ và thai nhi nên được theo dõi thường xuyên.

Nội dung theo dõi trong quá trình dưỡng thai cụ thể như sau[2]:

Theo dõi ở thai phụ:

– Sinh hiệu, lượng dịch nhập và lượng nước tiểu tối thiểu mỗi 8 giờ.

– Các triệu chứng cơ năng của tiền sản giật nặng (nhức đầu, rối loạn thị giác, đau sau xương ức, khó thở và thở gấp, nôn và buồn nôn, đau thượng vị) tối thiểu mỗi 8 giờ.

– Xác định có hay không sự hiện diện của các cơn gò tử cung, vỡ ối, đau bụng, ra huyết tối thiểu mỗi 8 giờ.

– Xét nghiệm cận lâm sàng (công thức máu và số lượng tiểu cầu, men gan, creatinine huyết tương) mỗi ngày. Tuy nhiên, các xét nghiệm trên có thể làm cách ngày nếu kết quả ổn định và thai phụ không có triệu chứng.

Theo dõi tình trạng thai nhi:

– Cử động thai, non-stress test và gò tử cung mỗi ngày.

– Trắc đồ sinh vật lý 2 lần mỗi tuần.

– Đánh giá sự phát triển của thai nhi 2 lần mỗi tuần; và nếu nghi ngờ thai chậm tăng trưởng, Doppler động mạch rốn nên thực hiện mỗi 2 tuần.

KẾT LUẬN

Tiền sản giật nặng xảy ra trước tuần thứ 34 của thai kỳ được gọi là khởi phát sớm và thường đi kèm với bệnh suất và tử suất cao ở cả thai phụ và thai nhi. Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp ở các trường hợp này vẫn còn là một thách thức trong thực hành sản khoa hiện nay. Chấm dứt thai kỳ ngay sẽ giúp tránh được các biến chứng nặng xảy ra trên thai phụ. Tuy nhiên, với các thai kỳ non tháng có khả năng sinh sống, lựa chọn dưỡng thai (ở các cơ sở y tế có đủ điều kiện) sẽ giúp cho thai nhi giảm

được các biến chứng sau sinh. Điều trị dưỡng thai ở thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm cũng đặc biệt có ý nghĩa trong những trường hợp con hiếm, con so lớn tuổi hay những trường hợp có thai nhờ sự giúp đỡ của các biện pháp hỗ trợ sinh sản. Do đó, điều trị dưỡng thai và xác định được các yếu tố dự đoán khả năng dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng có tuổi thai dưới 34 tuần là hết sức quan trọng, giúp bác sĩ mạnh dạn hơn khi ra chỉ định dưỡng thai nhằm tối ưu hóa lợi ích cho thai nhi nhưng vẫn đảm bảo an toàn cho thai phụ, cũng như giúp thai phụ và những gia đình mong con có thêm một tia hy vọng về việc có được một bé có khả năng sống sau sinh ở ngay thai kỳ này.

Điều trị dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng có tuổi thai từ 28 đến trước 34 tuần có thể được chỉ định trong hai trường hợp dưới đây:

– Chỉ có bất thường các chỉ số cận lâm sàng thoáng qua (khuyến cáo mức độ 2B).

– Chẩn đoán tiền sản giật nặng chỉ do số đo huyết áp ở mức độ nặng (khuyến cáo mức độ 2B).

Dưỡng thai ở các thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm nhằm tối ưu hóa lợi ích cho thai nhi khi sinh, nhưng đó là một lựa chọn điều trị tiềm ẩn nhiều nguy cơ. Do đó, trong suốt quá trình dưỡng thai, tình trạng thai phụ và thai nhi nên được theo dõi thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfirevic Z, Stampalija T, MedLey N. Fetal and umbilical Doppler ultrasound nomal pregnancy. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2015; Issue 4.Art.No: CD0001450.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists's Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013; 122:1122-1131.
3. Arulkumaran N, Lightstone L. Severe pre-eclampsia and hypertensive crises. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013; 27(6):877-884.
4. Cunningham FG, Kenneth JL, Steven LB. Hypertensive Disorders. In: Williams Obstetrics. New York: McGraw-Hill Education. 2014. P.728-770.
5. Erez O, Romero R, Maymon E, Chaemsaithong P, et al. The prediction of late-onset preeclampsia: Results from a longitudinal proteomics study. PloS ONE. 2017: 12(7):e0181468.
6. Magee LA, Yong PJ, Espinosa V, Cote AM, Chen I, Von DP. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: a structured systematic review. Hypertens Pregnancy. 2009; 28:312-47.
7. Marozio L, Gibbone E, Polarolo G, Carbonara C, Berchialla P, et al. Expectant Management of Severe Preeclampsia Remote from Term: A Hospital-Based Survey. Ann Reprod Med Treat. 2016; 1(1):1005.
8. Mol BW, Roberts CT, Thangaratinam S, et al. Pre-eclampsia. The Lancet. 2016; 387: 999-1011.
9. Norwitz ER, Funai EF. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: hope for the best, but expect the worst. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008; 6(84):209-12.
10. Phan Lê Nam. Nghiên cứu nồng độ acid uric máu trong bệnh lý tiền sản giật – sản giật và mối liên quan với những biến chứng mẹ và kết quả thai nhi. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế; 2016.
11. Sibai BM. Expectant management of preeclampsia. OBG management. 2005; 18-36.
12. Trương Thị Linh Giang. Nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y dược Đại học Huế; 2015.
13. Uptodate.com [homepage on the Internet] Expectant management of pre-eclampsia features [updated 2017 July 25; cited 2018 February 14]. Available from: https://www.uptodate.com.
14. Vũ Duy Minh. Khảo sát các yếu tố nguy cơ ở những thai phụ tiền sản giật, sản giật. Luận văn chuyên khoa II, Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh; 2009.

Mời viết bài nội san Y học sinh sản tập 52

Tập 52 được phát hành đầu tháng 12 năm 2019

Lạc nội mạc tử cung - Bệnh tuyến cơ tử cung

Hướng dẫn gửi bài cộng tác

Về bài viết cho chuyên mục Sản khoa - Phụ khoa - Vô sinh - Nhi khoa

- Nội san sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề chính tập 52 là **"Lạc nội mạc tử cung - Bệnh tuyến cơ tử cung"** với *hạn nhận bài 20/8/2019*.
- 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). Hình ảnh, bảng, biểu đồ, sơ đồ vui lòng sử dụng tiếng Việt.

Về bài cho mục Journal Club

- 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: 700 – 1.000 từ, thông tin nguồn bài đã sử dụng làm tư liệu (ghi 3 tên tác giả chính, tên bài, tên tài liệu), bảng biểu và hình ảnh minh họa rõ ràng. File gửi về gồm: bài cho mục Journal Club (file word) và toàn văn nguồn bài đã sử dụng (file pdf).