

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, Hà Thanh Nhã Yến | 49 < Progesterone và dọa sảy thai
Lê Thị Hà Xuyên, Lê Khắc Tiến |
| 11 < Sử dụng estrogen qua da trong liệu pháp nội tiết thời kỳ mãn kinh
Lê Quang Thanh | 52 < Chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid
Trần Thị Minh Châu |
| 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 | 56 < Bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ
Trần Việt Thắng |
| 20 < Mãn kinh sớm
Nguyễn Thị Thủy | 60 < Tiền sản giật nặng khởi phát sớm: khi nào tiếp tục duy trì thai kỳ?
Nguyễn Thanh Hưng, Võ Minh Tuấn |
| 24 < Giảm ham muốn tình dục trong thời kỳ mãn kinh
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch | 66 < Tương tác tim phổi trẻ sơ sinh sau sinh
Nguyễn Khôi |
| 29 < Vai trò tập cơ sàn chậu trong cải thiện chất lượng tình dục tuổi mãn kinh
Hà Thanh Nhã Yến | 70 < Ứng dụng lâm sàng của kỹ thuật trưởng thành noãn trong ống nghiệm
Mai Đức Tiến |
| 31 < Hội chứng niệu sinh dục (GSM)
Cách tiếp cận trên phụ nữ mãn kinh
Huỳnh Hoàng Mi | 76 < Cải tiến liên tục thông qua các công cụ lean
Võ Thị Hà |
| 35 < Tiếp cận trầm cảm ở phụ nữ quanh mãn kinh
Võ Thị Thành, Hà 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 | |

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 < Tôm 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 THUYỀN 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



phát hiện trong máu mẹ nhưng có rất ít trong dây rốn.

Như vậy, liều 40 mg esomeprazole đường uống mỗi ngày không giúp kéo dài thai kỳ bị tiền sản giật cũng như không làm thay đổi nồng độ sFlt1 trong tuần hoàn.

Nghiên cứu này là một trong số rất ít các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên để tìm ra phương pháp điều trị cho tiền sản giật khởi phát sớm. Và đây cũng là thử nghiệm lâm sàng đầu tiên mà các biomarker của tiền sản giật được định lượng và đánh giá. Dù

kết quả không như mong đợi, tuy nhiên, các nhà nghiên cứu đã nhận thấy những vấn đề còn tồn tại: Việc tiểu đạm trong tiền sản giật có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị do thuốc được bài tiết qua thận 80%, và liều 40 mg đường uống có thể chưa đủ để điều trị tiền sản giật... Sau nghiên cứu khởi đầu này, nhóm nghiên cứu vẫn sẽ tiếp tục các thử nghiệm lâm sàng trong tương lai với liều cao hơn của esomeprazole và hướng tới mục tiêu phòng ngừa thay vì điều trị tiền sản giật đã diễn tiến./.

TÓM TẮT HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG VỀ XÉT NGHIỆM ĐỘ PHÂN MẢNH DNA TINH TRÙNG TRONG VÔ SINH NAM

Agarwal et al. Clinical practice guidelines for SDF testing in male infertility.

Transl Androl Urol. 2017. 6(4): S720-S733

Lê Khắc Tiến¹, Mai Đức Tiến², Nguyễn Thị Liên Thi¹
¹Bệnh viện Mỹ Đức Tân Bình; ²Bệnh viện Gia đình Đà Nẵng

XÉT NGHIỆM ĐỘ PHÂN MẢNH DNA TINH TRÙNG VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

Xét nghiệm độ phân mảnh DNA tinh trùng

Xét nghiệm độ phân mảnh DNA tinh trùng (SDF) được chia thành 2 phương pháp là trực tiếp và gián tiếp. Phương pháp trực tiếp sẽ đo lường độ phân mảnh dựa trên những mẫu dò và nhuộm trực tiếp. Phương pháp gián tiếp sẽ đo lường cả những đứt gãy đã tồn tại và sự nhạy cảm của DNA với sự

biến tính, một tình trạng thường gặp ở những DNA phân mảnh.

Các phương pháp tiến hành SDF và bằng chứng liên quan

Có 8 phương pháp có thể dùng để đo lường SDF, trong đó, TUNEL (Terminal deoxynucleotidyl transferase dUTP nick end labeling), SCSA (sperm chromatin structure assay), SCD (sperm chromatin dispersion, hay còn gọi là Halo test) là 3 phương pháp phổ biến nhất.

Bảng 1. Các phương pháp đo lường độ phân mảnh DNA tinh trùng (SDF).

Xét nghiệm SDF

Diễn giải

Đo lường SDF cung cấp một cái nhìn chính xác hơn về tình trạng vô sinh nam.

Những xét nghiệm SDF khác nhau chứng minh được mối liên quan mức độ trung bình và thường hướng đến nguồn gốc của tổn thương.

Bảng 1. Các phương pháp đo lường độ phân mảnh DNA tinh trùng (SDF) (tiếp theo).

Xét nghiệm SDF	Diễn giải
Mẫu tinh trùng trữ lạnh hay mẫu đã qua xử lý có thể sẽ bị tăng SDF, vì vậy không nên sử dụng những mẫu này để xét nghiệm SDF.	
Kết quả xét nghiệm SDF trên mẫu tinh trùng đã qua xử lý không thể dự đoán kết quả hỗ trợ sinh sản.	
Một quy trình xét nghiệm SDF chuẩn hóa là cần thiết để đảm bảo tính chính xác của kết quả.	
Việc sử dụng phân tích tế bào theo dòng chảy (flow cytometry) cải thiện độ tin cậy của xét nghiệm SDF.	
TUNEL và SCSA là 2 phương pháp phân tích SDF chính xác và khả thi nhất.	
Ngưỡng SDF phản ánh xác suất thành công trong hỗ trợ sinh sản.	- Chưa có một điểm cắt chuẩn của SDF, tuy nhiên, cũng không thể dùng 1 điểm cắt đơn thuần của một xét nghiệm để đánh giá về khả năng sinh sản, vốn dĩ rất phức tạp và có liên quan đến cả 2 người. - SDF > 30% (SCSA) thường liên quan đến khả năng có thai tự nhiên hoặc IUI thấp. - Điểm cắt của SDF trong hỗ trợ sinh sản còn chưa rõ ràng, khi SDF (SCSA) tăng trên 20 - 25% thì tỷ lệ có thai có xu hướng giảm xuống.
Một ngưỡng SDF tối ưu nên được cá thể hóa cho từng cặp vợ chồng hiếm muộn.	

Bảng 2. Tóm tắt hướng dẫn lâm sàng về xét nghiệm SDF.

Hướng dẫn lâm sàng về xét nghiệm SDF và chỉ định xét nghiệm DNA tinh trùng.
Xét nghiệm SDF - Mẫu tinh dịch sạch nên được dùng để xét nghiệm SDF (mức độ C). - Kiên xuất tinh cố định trước khi lấy mẫu tinh trùng 2 ngày nên được áp dụng (mức độ C). - Một quy trình chuẩn có sự quản lý chất lượng chặt chẽ cần thiết cho kết quả xét nghiệm SDF đáng tin cậy (mức độ B - C). - Ngưỡng SDF phản ánh khả năng về kết cục sinh sản (mức độ B - C).
Lâm sàng giãn tĩnh mạch thường tinh - Xét nghiệm SDF được đề nghị ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thường tinh ở mức độ 2/3 với tinh dịch đồ bình thường (mức độ C). - Xét nghiệm SDF được đề nghị ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thường tinh ở mức độ 1 và có bất thường tinh dịch đồ (mức độ C).
Vô sinh chưa rõ nguyên nhân / IUI thất bại / Sảy thai liên tiếp - Xét nghiệm SDF được đề nghị ở những cặp vợ chồng vô sinh có sảy thai liên tiếp hoặc trước khi điều trị IUI (mức độ C). - IVF hoặc ICSI có thể được thực hiện sớm ở những cặp vợ chồng vô sinh có sảy thai liên tiếp hoặc điều trị IUI thất bại (mức độ C).
IVF và / hoặc ICSI thất bại - Xét nghiệm SDF được chỉ định ở bệnh nhân thất bại liên tiếp với các biện pháp hỗ trợ sinh sản (mức độ C). - Sử dụng tinh trùng lấy từ tinh hoàn có thể lợi ích hơn tinh trùng lấy qua xuất tinh ở bệnh nhân nam có tình trạng thiểu tinh, SDF cao và IVF thất bại liên tiếp (mức độ B- C).
Tinh dịch đồ gần bất thường hoặc bình thường và yếu tố nguy cơ Xét nghiệm SDF được chỉ định ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ trong lối sống liên quan đến vô sinh nam (mức độ C).

Bảng 3. Chỉ định xét nghiệm SDF.

Chỉ định	Diễn giải
Giãn tĩnh mạch thường tinh	
– Có mối liên quan giữa SDF và giãn tĩnh mạch thường tinh	Ở cả nhóm nam giới vô sinh lẫn không vô sinh có giãn tĩnh mạch thường tinh đều có chỉ số SDF cao.
– Phẫu thuật cột giãn tĩnh mạch thường tinh có thể cải thiện chỉ số SDF, từ đó cải thiện kết quả thai.	Nhiều nghiên cứu ghi nhận sau phẫu thuật cột giãn tĩnh mạch thường tinh, chỉ số SDF có giảm. Nghiên cứu cũng ghi nhận nhóm giãn tĩnh mạch thường tinh đã qua phẫu thuật có tỷ lệ có thai cao hơn, với 37% trường hợp có thai tự nhiên. Lợi ích của phẫu thuật cột giãn tĩnh mạch thường tinh trên SDF khoảng 78 – 90% các trường hợp có chỉ số SDF cao và giãn tĩnh mạch thường tinh trên lâm sàng và lượng giá sau 3 – 6 tháng điều trị.
– Chưa có nhiều nghiên cứu về giãn tĩnh mạch thường tinh nhẹ và SDF.	
– Chỉ số SDF cao được báo cáo gặp trong những trường hợp giãn tĩnh mạch thường tinh độ 2 và 3; cải thiện chỉ số SDF trong tất cả các mức độ giãn tĩnh mạch thường tinh đã được ghi nhận.	
Vô sinh chưa rõ nguyên nhân	
– Chỉ số SDF cao có liên quan đến tỷ lệ có thai trong IUI thấp.	Nam giới có chỉ số SDF (SCSA) cao > 30% có liên quan đến tỷ lệ có thai sau IUI thấp với tỷ số chênh từ 7,0 - 8,7%.
– SDF là yếu tố tiên lượng độc lập về tình trạng vô sinh nam.	
– Nồng độ SDF có thể dự đoán được khả năng có thai tự nhiên.	Nam giới có chỉ số SDF (SCSA) cao có liên quan đến tỷ lệ có thai tự nhiên thấp với tỷ số chênh 7,1%.
Thất bại IUI liên tiếp	
– Chỉ số SDF cao có liên quan đến tỷ lệ có thai trong IUI thấp.	Nam giới có chỉ số SDF (SCSA) cao >30% có liên quan đến tỷ lệ có thai sau IUI thấp với tỷ số chênh từ 7,0 - 8,7%.
Sảy thai liên tiếp	
– Chỉ số SDF cao có liên quan với tần suất sảy thai cao.	Nhiều nghiên cứu cùng cho thấy nhóm bệnh nhân sảy thai liên tiếp có chỉ số SDF cao hơn bình thường, với đường cong ROC theo nghiên cứu của tác giả Kumar và cộng sự (2012) cho thấy điểm cắt > 26% cho giá trị độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 90% và độ chính xác 83%.
Thất bại IVF/ICSI	
– SDF có ảnh hưởng đến tỷ lệ thai sau IVF.	Có thể giải thích do trong IVF, tinh trùng được thả trong môi trường nuôi cấy và có thể những gốc oxy hóa tự do có thể ảnh hưởng đến kết quả.
– SDF không ảnh hưởng đến tỷ lệ thai sau ICSI.	
– Nhóm nam giới có SDF thấp hơn có tỷ lệ sinh sống cao hơn.	
– SDF cao có liên quan với tần suất sảy thai cao ở cả 2 nhóm IVF và ICSI.	
– Tinh trùng có nguồn gốc từ tinh hoàn có SDF thấp hơn so với tinh trùng từ tinh dịch.	

Bảng 3. Chỉ định xét nghiệm SDF (tiếp theo).

Chỉ định	Diễn giải
Thất bại IVF/ICSI	
– Tinh trùng từ tinh hoàn có tỷ lệ thành công cao hơn.	Tác giả Bradley và cộng sự (2016) đã so sánh tỷ lệ thai sinh sống và nguồn gốc tinh trùng cho thấy tinh trùng từ tinh hoàn có tỷ lệ có thai cao hơn (49,8%) so với tinh trùng được lựa chọn qua hình thái bào tương tinh trùng (28,7%) hay ICSI sinh lý (38,5%) so với không lựa chọn (24,2%).
Yếu tố nguy cơ	
– Những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, như hút thuốc lá hay béo phì, có tác động xấu đến SDF.	Chỉ số SDF trong nhóm nam giới hút thuốc lá cao hơn nhóm không hút, hơn nữa, không có mối liên quan giữa chỉ số SDF và kết quả sinh dịch đồ. Theo nghiên cứu của Kort và cộng sự (2006), chỉ số SDF tăng từ 19,9% ở nhóm nam giới có BMI trung bình lên 27% ở nhóm BMI béo phì. Thêm vào đó, một số nghiên cứu chỉ ra rằng giảm cân có thể cải thiện chỉ số SDF.
– Việc sử dụng những chất chống oxy hóa bằng đường uống có tác động giảm SDF.	

XÉT NGHIỆM MÁU DỰ ĐOÁN SINH NON VÀ CÓ THỂ TÍNH CHÍNH XÁC TUỔI THAI

Can an RNA blood test predict preterm birth – Contemporary Ob/Gyn – Aug 15, 2018.
Noninvasive blood tests for fetal development predict gestational age and preterm delivery – Science Jun 08, 2018 Vol. 360, Issue 6393, pp. 1133-1136 - DOI: 10.1126/science.aar3819

Lê Tiểu My - Bệnh viện Mỹ Đức

Xét nghiệm tiền sản không xâm lấn là một phương pháp đầy tiềm năng trong theo dõi và chăm sóc trước sinh. Một nghiên cứu vừa công bố gần đây cho thấy chỉ bằng xét nghiệm máu, người ta còn có thể tính chính xác tuổi thai và dự đoán cả sinh non.

Siêu âm gần như là tiêu chuẩn vàng để tính tuổi thai, nhưng không thể dự đoán sinh non – một nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu trên toàn thế giới. Tuy nhiên hiện nay, xét nghiệm đo các bản sao cell-free RNA (cfRNA) trong máu mẹ cho thấy có thể dự đoán sinh non với độ chính xác cao, dựa theo kết quả một nghiên cứu mới công bố trên

Science. Xét nghiệm này cũng có thể tính chính xác tuổi thai, ngày dự sinh như siêu âm với chi phí thấp hơn.

Về tính tuổi thai và ước đoán ngày dự sinh

Nhóm nghiên cứu đã xác định được 9 bản sao cfRNA (CGA, CAPN6, CGB, ALPP, CSHL1, PLAC4, PSG7, PAPP và LGALS14) chỉ thấy ở nhau thai và thử nghiệm trên 31 phụ nữ mang thai khỏe mạnh tại Đan Mạch nhằm dự đoán tuổi thai. Nhóm đã xây dựng mô hình thống kê sử dụng các mẫu máu từ 21 thai phụ sinh đủ tháng (>37 tuần), sau đó chứng minh mô hình với 10 mẫu máu của