

# Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 58

## THAI KỲ & CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA



Nhà xuất bản Tổng hợp  
Thành phố Hồ Chí Minh

# Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 58 – QUÝ II/2021

## THAI KỲ VÀ CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA

- 4 Thay đổi chức năng tuyến giáp trong thai kỳ  
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 7 Điều trị cường giáp trong thai kỳ  
TS. Lê Thị Thu Hà
- 13 Tổng quan chẩn đoán và xử trí suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ  
BS. Phạm Thị Mỹ Tú
- 18 Viêm giáp tự miễn và thai kỳ  
BS. Trần Thị Thu Vân
- 22 Tăng huyết áp áo choàng trắng trong thai kỳ cùng những hệ lụy ở thai phụ và thai nhi  
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 25 Tiền sản giật – Một dạng hội chứng tim mạch loại 5 chưa được công nhận trong sức khỏe tim mạch của phụ nữ  
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 29 Góc nhìn toàn diện về đái tháo đường thai kỳ  
BS. Trần Thế Hùng
- 32 Nguy cơ thai nhỏ so với tuổi thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung trên phụ nữ đái tháo đường mạn tính  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 35 Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ  
BS. Tô Mỹ Anh, BS. Huỳnh Mạnh Tiến
- 40 Tiếp cận Hội chứng Cushing trên thai kỳ  
BS. Phạm Trần Hồng Vân, BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Cập nhật các nghiên cứu mới nhất trong xử trí dọa sảy thai  
TS. BS. Lê Quang Thanh
- 47 Mối liên quan giữa hội chứng buồng trứng đa nang và hoạt động não bộ  
BS. Trần Thái Hữu Lộc và cộng sự
- 50 Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống  
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 56 Thai già tháng  
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 Bất sản thể chai – chẩn đoán và tiên lượng  
ThS. BS. Cao Thị Mai Phương, BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 67 Điều trị hỗ trợ sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân có hội chứng Turner  
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 73 Xét nghiệm bộ ba endometrio: Một góc nhìn tổng quát về nội mạc tử cung ở những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 79 Trẻ sinh ra từ chỉnh sửa gen bằng CRISPR/CAS9: cơ hội và thách thức của hướng ứng dụng mới này trong hỗ trợ sinh sản  
KS. Trương Văn Hải, ThS. Huỳnh Trọng Kha
- 84 Tinh hoàn không xuống và vô sinh  
BS. Võ Văn Cường và cộng sự

### 89 *Hỏi - Đáp lâm sàng*

### 92 *Journal Club*

- Hoạt động thể chất – tập thể dục khi mang thai và sau sinh
- Tiếp cận bạch cầu trong tinh dịch
- Chỉ định chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và vừa đủ tháng

❧ Mời viết bài *Y học sinh sản* ❧



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021  
Chủ đề “**Tiền sản giật – Sản giật**”  
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022  
Chủ đề “**Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản**”  
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021

# THAI GIÀ THÁNG

ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ

Đại học Y Dược Cần Thơ

## ĐẠI CƯƠNG

Thai già tháng được định nghĩa là thai đã kéo dài đến hoặc vượt quá 42 tuần tuổi thai (294 ngày), hoặc ngày sinh dự kiến (EDD) + 14 ngày (ACOG, 2004). Các thuật ngữ prolonged pregnancy, postdates và postdatism được sử dụng đồng nghĩa để mô tả tình trạng tương tự. Đây là 1 thai kỳ nguy cơ cao. Thai già tháng có liên quan đến việc tăng tỷ lệ bệnh suất và tử suất của thai nhi cũng như trẻ sơ sinh. Do đó, tỷ lệ tử vong của thai nhi tăng lên do thai già tháng có thể được phòng ngừa bằng cách khởi phát chuyển dạ. Tuy nhiên, các bác sĩ lâm sàng lo ngại về nguy cơ khởi phát chuyển dạ bao gồm cơn co tử cung cường tính, khởi phát chuyển dạ thất bại và tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Tỷ lệ thai già tháng khoảng 7% của tất cả các trường hợp mang thai (Martin và cs, 2007). Tỷ lệ lưu hành khác nhau tùy thuộc vào đặc điểm dân số và quản lý thai kỳ ở từng quốc gia. Các đặc điểm dân số ảnh hưởng đến tỷ lệ lưu hành bao gồm: tỷ lệ con so trong dân số được nghiên cứu, tỷ lệ béo phì, thai già tháng cũng như khuynh hướng di truyền. Tỷ lệ phụ nữ bị biến chứng thai kỳ và tần suất sinh non tự phát cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ thai già tháng. Không có mối liên hệ rõ ràng giữa chủng tộc và thai già tháng.

Ví dụ ở Hoa Kỳ, việc xác định tuổi thai ở giai đoạn sớm của thai kỳ và khởi phát chuyển dạ theo quy định. Khởi phát chuyển dạ sẽ làm giảm số lần mang thai sau 41 và 42 tuần từ 18% và 10% năm 1998 (Ventura và cs, 1998) đến 14% và 4% năm 2005 (Martin và cs, 2005). Tương tự

như vậy, việc xác định tuổi thai ở giai đoạn sớm của thai kỳ làm giảm tỷ lệ thai già tháng từ 12% xuống còn 3% (Savitz và cs, 2002).

## YẾU TỐ NGUY CƠ

Nguyên nhân phổ biến nhất của thai già tháng là xác định tuổi thai không chính xác. Các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm: con so, tiền căn mang thai già tháng, thai nhi nam, béo phì, yếu tố nội tiết tố và khuynh hướng di truyền.

Hiện tại chưa rõ nguyên nhân nhưng thai phụ béo phì có tỷ lệ thai già tháng cao hơn. Giả thuyết là do hoạt động của các nội tiết tố trong mô mỡ, và vì thai phụ béo phì có thể có tình trạng trao đổi chất thay đổi, nên có thể các yếu tố nội tiết liên quan đến khởi phát chuyển dạ ở thai phụ béo phì. Đây là yếu tố có thể thay đổi được bằng chế độ ăn và tập thể dục trước hoặc trong khi mang thai.

Yếu tố di truyền có thể liên quan đến thai già tháng. Những thai phụ có tiền căn thai già tháng sẽ có nguy cơ cao thai già tháng ở lần mang thai này (RR 1,3). Những thai phụ có tiền căn thai già tháng 1 lần thì lần mang thai sau sẽ có nguy cơ thai già tháng là 27%, nếu có 2 lần bị thai già tháng thì nguy cơ thai già tháng là 39%. Yếu tố di truyền cũng có thể liên quan đến thai già tháng, trong những ca song thai, nếu người chị (hay em) đã bị thai già tháng thì nguy cơ thai già tháng ở người còn lại cũng tăng cao. Yếu tố này thường gặp ở những trường hợp song thai đồng hợp tử hơn là song thai dị hợp tử.

Sự thay đổi nồng độ của các hormone lưu hành trong máu (được cho là có vai trò trong chuyển dạ tự nhiên) cũng có thể là nguyên nhân gây thai già tháng. Thiếu hụt sulphatase của nhau thai, dẫn đến giảm nồng độ estriol (E3) trong máu dẫn đến không có khởi phát chuyển dạ gây thai già tháng. Suy thượng thận và suy tuyến thượng thận của thai nhi đều liên quan đến thai già tháng.

### SINH BỆNH HỌC

Cơ chế bệnh sinh của thai già tháng chưa được hiểu rõ ràng. Chúng ta chưa hiểu biết rõ cơ chế chính xác khởi phát và thúc đẩy tiến triển của chuyển dạ. Có một số yếu tố nguy cơ liên quan đến thai già tháng đã được xác định. Có nhiều yếu tố tham gia chuyển dạ như: nội tiết tố, yếu tố cơ học và viêm, trong đó nhau thai, mẹ và thai nhi đều đóng một vai trò quan trọng.

Bánh nhau tiết ra một chất có tên là corticotrophin releasing hormone (CRH) chất này làm thai kỳ bị kéo dài (McLean và cộng sự, 1995). Sự tổng hợp CRH của nhau thai tăng theo cấp số nhân theo tuổi thai và đạt đỉnh điểm tại thời điểm chuyển dạ. Ở những trường hợp sinh non, sự tổng hợp CRH của nhau thai nhanh hơn so với những phụ nữ sinh đủ tháng, trong khi ở những phụ nữ có thai già tháng thì tốc độ tăng chậm hơn. Dữ liệu này cho thấy rằng thai già tháng là do sự thay đổi sinh học gây kéo dài thời gian mang thai. CRH có thể kích thích thượng thận của thai nhi sản xuất DHEAs, đây là tiền chất để tổng hợp estriol. Nồng độ CRH huyết tương của mẹ tương quan với nồng độ estriol. Tăng estriol do CRH tăng vào cuối thời kỳ mang thai nhanh hơn so với tăng nồng độ estradiol dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ estriol so với estradiol dẫn đến nồng độ estrogen huyết tương tăng trong những tuần cuối của thai kỳ. Ngoài ra, CRH ức chế sự tổng hợp progesterone của nhau thai dẫn đến nồng độ progesterone trong huyết tương của mẹ giảm trong những tháng cuối thai kỳ. Khi nồng độ progesterone giảm

và estriol tăng sẽ dẫn đến hiện tượng khởi phát chuyển dạ. Những thay đổi về tỷ lệ này đã được quan sát thấy ở những trẻ sinh non, sinh đơn thai đủ tháng và sinh đôi.

### NGUY CƠ CỦA THAI GIÀ THÁNG

Tỷ lệ tử vong chu sinh (bao gồm thai chết lưu cộng với tử vong sơ sinh sớm) khi thai  $\geq 42$  tuần cao gấp đôi so với thai đủ tháng (tương ứng 4 – 7 so với 2 – 3 trên 1.000 lần sinh). Tỷ lệ tử vong tăng gấp 4 lần sau 43 tuần và gấp 5 lần sau 44 tuần. Giảm tuần hoàn nhau thai, hội chứng hít phân su và nhiễm trùng tử cung là những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong chu sinh.

Hội chứng hít phân su đặc trưng bởi các dấu hiệu thở nhanh, tím tái và giảm hoạt động của phổi ở trẻ sơ sinh hít phân su trong tử cung. Hội chứng này chiếm tỷ lệ cao hơn ở trẻ sơ sinh già tháng. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc hội chứng hít phân su đã giảm 4 lần trong khoảng thời gian từ năm 1990 đến 1998 (từ 5,8% xuống 1,5% ở trẻ sơ sinh hơn 37 tuần;  $P < 0,003$ ). Theo Yoder và cộng sự (năm 2002), nguyên nhân chủ yếu là giảm tỷ lệ thai già tháng.

Trẻ sơ sinh già tháng có tỷ lệ thai to (trọng lượng ước tính của thai nhi  $\geq 4,5$  kg (ACOG, 2000)) cao hơn thai đủ tháng (2,5 – 10% so với 0,8 – 1%). Thai to có liên quan đến chuyển dạ kéo dài, bất xứng đầu – chậu và sinh khó do vai (kẹt vai). Sinh khó do vai (kẹt vai) có liên quan đến nguy cơ chấn thương (gãy xương cánh tay và xương đòn) cũng như tổn thương đám rối cánh tay và bại não.

Thai già tháng cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập làm nồng độ pH của dây rốn thấp, điểm Apgar 5 phút thấp, bệnh não ở trẻ sơ sinh và tử vong ở trẻ sơ sinh năm đầu tiên.

Khoảng 20% thai nhi sau khi sinh mắc hội chứng rối loạn tiêu hóa, trẻ sơ sinh có đặc điểm giống như chậm tăng trưởng trong tử cung do giảm tuần hoàn tử cung nhau. Dấu hiệu thường gặp là: da bong tróc nhăn nheo (bong tróc quá mức), cơ thể mỏng (suy dinh dưỡng), tóc và

móng tay dài, thiếu ối. Những trường hợp mang thai này có nguy cơ chèn ép dây rốn do thiếu ối, hít phân su và các biến chứng sơ sinh như hạ đường huyết, co giật và suy hô hấp. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu lớn, theo dõi trẻ em ở độ tuổi 1 và 2 tuổi. Các thông số đánh giá: chỉ số thông minh chung, các mốc quan trọng về thể chất và tần suất các bệnh. Kết quả không khác biệt đáng kể giữa trẻ sơ sinh bình thường ở trẻ sơ sinh và trẻ sau sinh (Shime và cs, 1986).

## QUẢN LÝ MỘT TRƯỜNG HỢP THAI GIÀ THÁNG

### Xác định tuổi thai

Xác định tuổi thai chính xác là rất quan trọng để chẩn đoán và quản lý thai già tháng. Tuổi thai có thể được tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối nhưng có nhiều bất cập như chu kỳ kinh không đều, sử dụng viên thuốc tránh thai hoặc do xuất huyết trong giai đoạn sớm của thai kỳ. Siêu âm định kỳ để xác định tuổi thai đã chứng minh giảm tỷ lệ chẩn đoán dương tính giả và do đó, tỷ lệ thai già tháng từ 10 – 15% xuống còn khoảng 2 – 5%, và do đó giảm thiểu những can thiệp không cần thiết. Một tổng quan hệ thống của Cochrane năm 2000 đã tìm thấy sự giảm tỷ lệ khởi phát chuyển dạ khi thai già tháng (OR, 0,68; KTC 95%, 0,57 – 0,82) trong số những thai phụ được xác định tuổi thai khi thai  $\leq$  24 tuần (Neilson, 2000).

Mức độ chính xác của siêu âm 3 tháng đầu cao hơn 3 tháng giữa để xác định tuổi thai. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát ngẫu nhiên (cỡ mẫu nhỏ), siêu âm ba tháng đầu định kỳ để xác định tuổi thai với thai đã giảm tỷ lệ thai già tháng từ 13% xuống còn 5% khi so sánh với siêu âm ba tháng giữa. Một nghiên cứu khác về vấn đề này, cho thấy thai già tháng ít phổ biến hơn ở phụ nữ được siêu âm trước 12 tuần so với phụ nữ được siêu âm trong khoảng từ 12 – 24 tuần (tương ứng 2,7 so với 3,7%;  $P = 0,02$ ). Ngoài ra, nghiên cứu này cho thấy là việc xác định tuổi thai tốt sẽ làm giảm tỷ lệ biến

chứng chu sinh của thai già tháng.

### Phòng ngừa thai già tháng

Khởi phát chuyển dạ theo chỉ định là cách phòng ngừa chủ yếu. Tuy nhiên, các bác sĩ lâm sàng và thai phụ đều lo ngại về những rủi ro liên quan đến khởi phát chuyển dạ bao gồm tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Một số biện pháp có thể ứng dụng: kích thích núm vú, quan hệ tình dục, tách ối, đặt sonde Foley, thuốc.

Tách ối là một kỹ thuật tương đối đơn giản thường được thực hiện mà không cần nhập viện, tách ối có khả năng gây khởi phát chuyển dạ bằng cách tăng sản xuất prostaglandin. Một số nghiên cứu cho thấy việc tách ối có thể làm giảm thời gian chuyển dạ tự phát và giảm tỷ lệ thai già tháng. Tuy nhiên, không có bằng chứng rõ ràng cho thấy nó làm giảm tỷ lệ giúp sinh bằng dụng cụ, tỷ lệ mổ lấy thai, các biến chứng của mẹ hoặc trẻ sơ sinh. Một tổng quan của Cochrane về việc tách ối để khởi phát chuyển dạ năm 2010 đã kết luận rằng việc tách ối, làm giảm tỷ lệ mang thai sau 41 và 42 tuần. Khó chịu và các tác dụng phụ khác (chảy máu, cơn co tử cung không đều) là các dấu hiệu thường gặp.

### Đánh giá sức khỏe thai nhi

Các phương pháp để đánh giá sức khỏe của thai nhi thường được chọn là: NST (Non stress test), trắc đồ sinh vật lý (biophysical profile – BPP) hoặc trắc đồ sinh vật lý cải tiến (CTG kết hợp với AFI).

### Siêu âm đánh giá thể tích nước ối

Siêu âm đánh giá thể tích nước ối là rất quan trọng. Nên có chỉ định chấm dứt thai kỳ nếu có thiếu ối đi kèm. Kết cục bất lợi cho thai kỳ sẽ tăng (ví dụ: nhịp tim thai bất thường, nhập đơn vị chăm sóc đặc biệt cho trẻ sơ sinh (NICU), điểm số Apgar thấp) khi có thiếu ối. Thiếu ối có thể là kết quả của tình trạng thiếu dinh dưỡng bánh nhau hoặc tăng sức cản động mạch thận và có thể dẫn đến chèn ép dây rốn, do đó dẫn đến tình trạng thiếu oxy liên tục của thai nhi.

Việc sàng lọc thường xuyên (2 lần 1 tuần) trong các trường hợp thai già tháng được đề xuất vì nước ối có thể giảm mạnh trong vòng 24 đến 48 giờ. Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu ối trên siêu âm có thể là: xoang ối lớn nhất (MVP) < 2 cm hoặc chỉ số nước ối (AFI) < 5 cm (Crowley và cs, 1984; Chamberlin và cs, 1984).

### Khởi phát chuyển dạ

Khởi phát chuyển dạ được chỉ định khi lợi ích của việc sinh ngả âm đạo lớn hơn các rủi ro liên quan đến khởi phát chuyển dạ. Mối quan tâm chính xung quanh khởi phát chuyển dạ trong thai kỳ có nguy cơ thấp sau khi sinh có liên quan đến cơ co tử cung cường tính, suy thai, khởi phát chuyển dạ thất bại và tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Khởi phát chuyển dạ có nhiều khả năng thành công khi cổ tử cung thuận lợi.

Có đến 80% thai phụ đạt đến 42 tuần tuổi thai có cổ tử cung không thuận lợi (Bishop <6). Sử dụng các phương pháp làm chín mùi cổ tử cung trước khi khởi phát chuyển dạ trong những trường hợp này dường như có một số lợi thế về kết quả bất kể tương đương hoặc phương pháp cảm ứng. Làm chín mùi cổ tử cung trước khi khởi phát chuyển dạ làm giảm tỷ lệ thất bại, giảm tỷ lệ mắc bệnh của thai nhi và mẹ, giảm chi phí y tế và có thể giảm tỷ lệ sinh mổ trong dân số sản khoa nói chung.

Mặc dù thai già tháng được định nghĩa là mang thai từ 42 tuần trở lên, nhưng một số nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm lớn về quản lý thai  $\geq 40$  tuần đã báo cáo kết quả thuận lợi với khởi phát chuyển dạ thường quy ngay từ đầu của 41 tuần thai. Nghiên cứu lớn nhất từ trước đến nay đã chỉ định ngẫu nhiên 3.407 phụ nữ có nguy cơ thấp mang thai đơn thai không biến chứng sau 41 tuần, nhóm thai phụ này chia làm 2 hoặc được khởi phát chuyển dạ (có hoặc không có thuốc làm chín mùi cổ tử cung) trong vòng 4 ngày hoặc theo dõi chuyển dạ tự nhiên cho

đến khi thai được 44 tuần. Khởi phát chuyển dạ thường quy dẫn đến tỷ lệ sinh mổ thấp hơn (21,2% so với 24,5%), chủ yếu liên quan đến ít ca phẫu thuật được thực hiện ở những trường hợp nhịp tim thai không yên tâm. Sự hài lòng cao hơn đáng kể ở nhóm thai phụ được phân ngẫu nhiên vào nhóm khởi phát chuyển dạ.

### TÓM TẮT

Thai già tháng là thai kỳ có tuổi thai  $\geq 42$  tuần.

Nguyên nhân của thai già tháng thường không được xác định rõ. Đa số là do xác định tuổi thai không chính xác.

Giảm tuần hoàn tử cung – nhau, hội chứng hít phân su và nhiễm trùng tử cung là những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong chu sinh.

Xác định tuổi thai bằng siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ sẽ làm giảm tỷ lệ thai già tháng.

Khởi phát chuyển dạ theo chỉ định là phương pháp phòng ngừa hiệu quả nhất. Khởi phát chuyển dạ trước 42 tuần (đặc biệt là từ 40 – 42 tuần) có liên quan đến việc giảm các biến chứng chu sinh mà không làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Monitoring sản khoa và đánh giá thể tích nước ối là xét nghiệm dùng để đánh giá sức khỏe thai nhi. Nên thực hiện mỗi 2 lần/tuần.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế 2016.
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Từ Dũ 2019.
3. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation. *Obstet Gynecol.* 2000;96:291-294. [PubMed] [Google Scholar].
4. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. *Obstet Gynecol.* 2001;97:911. [PubMed] [Google Scholar].
5. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Management of Postterm Pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 6 (1997) *Int J Gynaecol Obstet.* 1998;60:86-91. [PubMed] [Google Scholar].
6. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Fetal Macrosomia. Washington, DC; ACOG; 2000. ACOG Practice Bulletin #22 [Google Scholar].
7. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Management of Postterm Pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 55. *Obstet Gynecol.* 2004;104:639-646. [PubMed] [Google Scholar].
8. Bochner CJ, Medearis AL, Davis J, và cộng sự. Antepartum predictors of fetal distress in postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;157:353-358. [PubMed] [Google Scholar].
9. Bochner CJ, Williams J 3rd, Castro L, và cộng sự. The efficacy of starting postterm antenatal testing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;159 [PubMed] [Google Scholar].