

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 59

BỆNH TRUYỀN NHIỄM & THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 59 – QUÝ III/2021

BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ THAI KỲ

- 4 Vaccine COVID-19 và thai kỳ
BS. Nguyễn Khánh Duy và cộng sự
- 9 Nhiễm COVID-19 trong thai kỳ – cập nhật những kết quả nghiên cứu mới nhất
BS. Trần Ngọc Vân Anh, BS. CKI Châu Ngọc Minh
- 12 Cúm và thai kỳ
BS. Huỳnh Thanh Nguyệt,
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 17 Tầm soát nhiễm Rubella trong thai kỳ
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh,
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 23 Nhiễm virus Zika khi mang thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 28 Sàng lọc viêm gan C ở phụ nữ mang thai
BS. CKI Lê Đức Thắng
- 31 Liệu pháp kháng virus trong điều trị viêm gan B và kết cục thai kỳ
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 36 Tổng quan về giang mai trong thai kỳ
BS. CKI. Trần Thế Hùng
- 39 Nhiễm *Chlamydia Trachomatis* trong thai kỳ
BS. Trần Ngọc Vân Anh, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 44 Cập nhật về *Cytomegalovirus* và thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 48 Sảy thai sớm liên quan đến nhiễm khuẩn *Haemophilus influenza* không điển hình
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 51 Sùi mào gà và thai kỳ
BS. Dương Văn Sang
- 55 Nhiễm trùng đường tiết niệu trong thai kỳ
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 *Chlamydia trachomatis* ở nam giới: tình trạng bị ảnh hưởng như thế nào?
ThS. Nguyễn Ngọc Yến Nhi, ThS. Lâm Thị Mỹ Hậu
- 63 Vai trò của xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT) trong tầm soát lệch bội ở song thai
BS. Đào Thị Hải Yến, BS. Nguyễn Thành Nam
- 66 Quản lý trong và sau thai kỳ cho thai phụ có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 71 Khả năng sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân thalassemia
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 79 Mối tương quan giữa bất thường tình trùng và kết cục thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 83 Ứng dụng kỹ nghệ mô buồng trứng nhân tạo – Bước tiến mới trong bảo tồn khả năng sinh sản
CN. Đặng Thị Huyền Trang và cộng sự
- 88 Tổng quan về Zona Pellucida
CNSH. Trần Nhật Ánh Dương, CNSH. Hồ Lan Trâm
- 93 *Hỏi - Đáp lâm sàng*
- 95 *Journal Club*
- So sánh hiệu quả Oxytocin liều cao với liều tiêu chuẩn trong thúc đẩy chuyển dạ ở phụ nữ con so: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng
 - Nhiễm SAR-CoV-2 giai đoạn chu sinh và COVID-19 trẻ sơ sinh

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



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



Y học sinh sản tập 62 – Quý II/2022
Chủ đề “Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh, trước khi có thai”
Vui lòng nộp bài trước 30/02/2022

VACCINE COVID-19 VÀ THAI KỲ

BS. Nguyễn Khánh Duy¹, BS. Trần Thị Thu Vân², BS. Hồ Ngọc Anh Vũ²

¹Đại học Y Dược TP HCM, ²Bệnh viện Mỹ Đức

TỔNG QUAN

Vào cuối năm 2019, một loại coronavirus mới gây viêm đường hô hấp cấp tính ở người được Ủy ban quốc tế về phân loại Virus (International Committee on Taxonomy of Viruses, ICTV) đặt tên là SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), và được xác định là nguyên nhân gây ra một loạt các trường hợp viêm phổi ở Vũ Hán, một thành phố thuộc tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc. Virus nhanh chóng lây lan, dẫn đến một đại dịch toàn cầu và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đặt tên bệnh là COVID-19. Hiện nay, có nhiều biện pháp được đề ra nhằm dự phòng sự lây lan của virus, trong số đó vaccine được coi là phương pháp hứa hẹn nhất nhằm tạo miễn dịch cộng đồng và khống chế đại dịch. Cho đến cuối năm 2020, hơn 40 loại vaccine đã được điều chế và thử nghiệm trên người, và vài loại vaccine đã được sử dụng ở một số khu vực khác nhau trên thế giới (WHO, 2021). Bài viết dưới đây chúng tôi xin tổng hợp các bằng chứng hiện có về tính an toàn và hiệu quả của vaccine COVID-19 đối với thai phụ và phụ nữ cho con bú.

ĐẶC ĐIỂM VÀ ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH CỦA CƠ THỂ ĐỐI VỚI VIRUS SARS-COV-2

Cấu trúc của virus SARS-CoV-2

Do chưa có đủ dữ liệu thực nghiệm hay lâm sàng vững chắc, chúng ta chỉ có thể đưa ra những giả thuyết có cơ sở về sinh lý bệnh của virus SARS-CoV-2 dựa trên những kinh nghiệm đã có trước đây với các chủng virus Corona đặc hữu như 229E hay OC43, virus SARS-CoV và MERS-CoV. Cả SARS-CoV và SARS-CoV-2

đều có mức độ tương đồng cao về cấu trúc di truyền. Ở cả hai loại virus này, protein Spike (S) được biểu hiện trên bề mặt của các hạt virus, hình thành cấu trúc cầu gai. Protein này bao gồm hai tiểu đơn vị chính là S1 và S2. Tiểu đơn vị S1 bao gồm vùng đầu N và vùng liên kết với thụ thể (RBD). RBD này nhận biết và bám vào thụ thể đích của vật chủ (ACE2), đánh dấu sự khởi đầu của quá trình lây nhiễm. Tiểu đơn vị S2 bao gồm vùng peptide dung hợp (FP) và hai vùng lặp lại heptad (HR1 và HR2). Sau khi liên kết với thụ thể, tiểu đơn vị S1 bị tách ra khỏi protein S, làm lộ ra đoạn peptide dung hợp, đoạn peptide này chèn vào màng của tế bào chủ. Vùng S2 sau đó tự gấp lại để mang các vùng HR1 và HR2 lại với nhau. Việc gấp này kéo tế bào vật chủ và màng virus gắn lại với nhau, dẫn đến sự dung hợp, đẩy virus vào tế bào chất của tế bào chủ (Tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam, 2020).

Đáp ứng miễn dịch kháng SARS-CoV-2

Hiện nay có rất ít dữ liệu về các phản ứng miễn dịch tế bào đối với việc nhiễm SARS-CoV-2. Hầu hết các dữ liệu về phản ứng miễn dịch tế bào trong quá trình nhiễm coronavirus được suy ra từ SARS-CoV và MERS-CoV. Khoảng một tuần sau khi xuất hiện các triệu chứng, có thể quan sát thấy các phản ứng miễn dịch thích nghi của tế bào lympho T và lympho B đối với SARS-CoV-2. Những phản ứng miễn dịch thích nghi này diễn ra rất mạnh và đặc hiệu cho virus và/hoặc các tế bào bị nhiễm virus. Tế bào lympho T có hai vai trò chính là tấn công trực tiếp và tiêu diệt các tế bào bị nhiễm virus (TCD8+); chịu trách nhiệm kích thích tế bào lympho B và TCD8+, đồng thời sản xuất cytokine để tập hợp tế bào miễn dịch (TCD4+). Vai trò bảo vệ

chính của các tế bào lympho B trong các phản ứng miễn dịch với SARS-CoV và MERS-CoV là tiết ra các kháng thể trung hòa virus. Các kháng thể này liên kết đặc hiệu với các thụ thể trên vỏ virus và ngăn chặn sự liên kết của chúng với các thụ thể đích trên các tế bào chủ (Vabret, 2020).

CÁC LOẠI VACCINE VÀ HIỆU QUẢ

Việc phát triển vaccine là cần thiết đối với việc phòng bệnh và loại thải tối đa virus SARS-CoV-2. Mức độ tương đồng cao giữa protein S của 3 chủng virus (SARS-CoV, MERS-CoV và SARS-CoV-2) đã nhanh chóng được thiết lập sau khi SARS-CoV-2 được phát hiện và do vậy, đích tác động của vaccine cũng nhanh chóng được xác định (Vabret, 2020). Hiện nay có nhiều chiến lược cơ bản khác nhau đang được sử dụng để phát triển vaccine chống lại virus SARS-CoV-2.

Cách truyền thống nhất để sản xuất vaccine là sử dụng toàn bộ virus khi chúng đã bị làm yếu đi (live-attenuated vaccine) hoặc bất hoạt (inactivated vaccine). Vaccine virus sống giảm độc lực có thể được chế tạo bằng cách thay đổi về mặt di truyền của virus hoặc bằng cách nuôi cấy virus trong điều kiện bất lợi để độc lực mất đi nhưng tính sinh miễn dịch vẫn được duy trì. Vaccine COVID-19 sống giảm độc lực hy vọng sẽ kích thích cả miễn dịch dịch thể và miễn dịch tế bào đối với nhiều thành phần của toàn bộ virus giảm độc lực. Một ưu điểm khác của vaccine sống giảm độc lực là chúng có thể được sử dụng qua đường mũi, giống như vaccine cúm sống giảm độc lực, có thể tạo ra các phản ứng miễn dịch niêm mạc tại vị trí virus xâm nhập vào tế bào biểu mô đường hô hấp trên. Tuy nhiên, những lo ngại về tính an toàn đối với vaccine virus sống giảm độc lực, cụ thể khả năng virus đã bị làm cho suy yếu có thể trở lại nguyên thể toàn bộ độc lực và gây bệnh đã hạn chế khả năng phát triển của loại vaccine này. Hiện chỉ có một vài loại vaccine COVID-19 sống giảm độc lực đang trong giai đoạn phát triển tiền lâm sàng, nhưng chưa có vaccine nào được thử nghiệm

trên người. Đối với vaccine virus SARS-CoV-2 bất hoạt, virus có thể được bất hoạt bằng phương pháp hóa học và/hoặc vật lý học để kích hoạt tạo kháng thể trung hòa. Các phản ứng miễn dịch đối với vaccine bất hoạt SARS-CoV-2 sẽ không chỉ nhắm vào protein S mà còn nhắm vào các thành phần khác của virus. Đối với virus SARS-CoV và MERS-CoV, kháng thể trung hòa làm giảm hoạt động của virus và thể hiện hiệu quả của vaccine bất hoạt, điều này được ghi nhận trên tất cả các thử nghiệm trên động vật nhưng vẫn còn những lo ngại về hiện tượng gia tăng phụ thuộc kháng thể (antibody dependent enhancement, ADE) của nhiễm virus và tính an toàn vaccine. Vaccine COVID-19 bất hoạt đang được phát triển ở Trung Quốc, Ấn Độ và Kazakhstan và đang trong các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn cuối (Edwards, 2021).

Một cách tiếp cận khác là sử dụng vaccine tái tổ hợp (recombinant protein vaccines). Các vaccine tái tổ hợp COVID-19 đang được phát triển gồm vaccine protein S tái tổ hợp, vaccine vùng liên kết thụ thể (RBD) tái tổ hợp và vaccine dạng hạt giống virus (VLP). Một trong số đó, vaccine COVID-19 protein tái tổ hợp – NVX-CoV 2373 (Novavax) đang trong thử nghiệm lâm sàng giai đoạn cuối (WHO, 2021).

Một cách tiếp cận mới hơn là sử dụng các vector virus trong đó một kháng nguyên có liên quan của virus gây bệnh được biểu hiện (vector vaccine). Những loại vaccine như vậy thường dựa trên một loại virus khác đã được thiết kế để biểu hiện các “protein gai” và đã bị vô hiệu hóa khả năng sao chép. Phần lớn các loại vaccine này dựa trên vector adenovirus (AdV). Các vector thường cho thấy sự kích thích tốt các phản ứng miễn dịch của tế bào lympho B và tế bào lympho T; tuy nhiên, khả năng miễn dịch kháng AdV tồn tại từ trước có thể làm trung hòa một phần khả năng sinh miễn dịch của vaccine hiện tại. Trước năm 2020, vaccine Ebola là vaccine duy nhất được phê duyệt dựa trên nền tảng này. Hiện nay vaccine theo cơ chế này đang được phân phối bởi Oxford AstraZeneca có tên là

ChAdOx 1 nCoV-19. Ngoài ra, còn đang được phát triển bởi Janssen có tên là Ad26.COVS.2.S, bởi CanSino có tên là Adv5 – Convectavia; Gamaleya Research Institute có tên là Ad5/Ad26 – Sputnik V (WHO, 2021).

Vaccine mRNA là vaccine đầu tiên cho virus SARS-CoV-2 được sản xuất và đại diện cho một cách tiếp cận vaccine hoàn toàn mới. Sau khi được đưa vào trong tế bào, phân tử mRNA được đọc bởi một ribosome và được dịch mã để tạo thành các “spike protein” của virus SARS-CoV-2. Các spike protein được tạo ra sẽ kích hoạt hệ thống miễn dịch của cơ thể tạo ra các kháng thể chống lại virus SARS-CoV-2. Vaccine mRNA không tương tác hoặc tích hợp vào DNA của người nhận. Các vaccine này được sản xuất hoàn toàn trong ống nghiệm, tạo điều kiện thuận lợi cho việc sản xuất. Tuy nhiên, do công nghệ mới nên khả năng sản xuất số lượng lớn vaccine RNA còn hạn chế, và một số vaccine phải được duy trì ở nhiệt độ rất thấp gây khó khăn cho việc bảo quản (WHO, 2021).

Dù hiện nay có nhiều hướng nghiên cứu và các thử nghiệm để tạo ra vaccine, hiện tại, chỉ có 3 loại gồm 2 loại mRNA (mRNA-1273, Moderna Therapeutics, Cambridge, MA, Mỹ; BNT162b2, BioNtech, Fosun Pharma, Pfizer, Mainz, Đức) và 1 loại vector adenovirus (Ad.26.COVS.2, Janssen Pharmaceutica, Beerse, Bỉ) đã chính thức được phê duyệt ở cả châu Âu bởi Cơ quan Dược phẩm châu Âu (EMA) và ở Mỹ bởi Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA). Vaccine vector virus Oxford-AstraZeneca (AZD 1222) đã được Cơ quan quản lý Dược phẩm châu Âu (European Medicines Agency, EMA) phê duyệt, được sử dụng phổ biến ở Vương quốc Anh và Việt Nam. Hai loại vaccine mRNA được FDA chấp thuận đã được chứng minh là tạo phản ứng miễn dịch mạnh và có khả năng bảo vệ chống lại COVID-19.

Dữ liệu được Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) công bố vào cuối tháng sáu năm 2020 cho thấy phụ nữ có thai có khả năng cao sẽ mắc bệnh nặng hơn khi bị nhiễm

COVID-19 so với những người không mang thai, cụ thể người mang thai mắc COVID-19 có tỷ lệ nhập viện, tỷ lệ nhập chăm sóc đặc biệt (ICU) hoặc nguy cơ cần đến máy thở, nguy cơ sinh non và tỷ lệ tử vong cao hơn so với phụ nữ mang thai mà không mắc bệnh COVID-19 (CDC, 2021). Hơn nữa, phụ nữ mang thai là nhóm đối tượng bị loại khỏi phần lớn các nghiên cứu về thuốc và vaccine, do đó, nhóm đối tượng này có thể không nhận được các biện pháp điều trị, dự phòng hiệu quả. Dữ liệu về tính an toàn và hiệu quả của thuốc hoặc vaccine trong thai kỳ chỉ được tích lũy một cách ngẫu nhiên khi người phụ nữ sử dụng thuốc hoặc vaccine không biết mình đang có thai, hoặc có thai ngay sau khi sử dụng. Nếu không có bất kỳ biến cố bất lợi nào xảy ra, dần dần tích lũy đủ bằng chứng tin cậy, “bằng chứng không gây hại” hoặc “không có bằng chứng có hại” để đưa vào thử nghiệm chính thức hoặc có thể được xem xét áp dụng trên thực hành lâm sàng (Kalafat, 2021). Tương tự, điều này cũng giống như vaccine COVID-19, các đối tượng có thai bị loại khỏi nhóm nghiên cứu. Một số ít các trường hợp không biết tình trạng thai hoặc có thai ngay sau khi tiêm phòng đã được theo dõi.

TÓM TẮT MỘT SỐ CHỨNG CỨ VÀ KHUYẾN CÁO VỀ VIỆC TIÊM VACCINE COVID-19 TRONG THAI KỲ

Nguy cơ COVID-19 ở phụ nữ mang thai

Hầu hết những thai phụ mắc COVID-19 đều không biểu hiện triệu chứng hoặc chỉ mức độ nhẹ, những trường hợp bệnh nặng hoặc tử vong rất hiếm xảy ra. Tại Anh, tỷ lệ tử vong của bà mẹ liên quan đến COVID-19 là 2,2 trên 100.000 trường hợp (Khalil, 2020). Phân tích tổng quan hệ thống của Alloteghi và cộng sự ghi nhận nhóm thai phụ mắc COVID-19 có biểu hiện triệu chứng sẽ làm tăng nguy cơ kết cục thai kỳ bất lợi so với những trường hợp không biểu hiện triệu chứng, bao gồm kết cục nhập đơn vị chăm sóc tích cực, sinh non, triệu chứng giống tiền sản giật, khả năng mổ lấy thai và tử vong (Alloteghi, 2020). Dữ liệu hiện có về ảnh hưởng của

COVID-19 đối với thai chết lưu là không nhất quán. Tỷ lệ thai chết lưu tăng ở nhóm các nước thu nhập thấp – trung bình, nhưng lại không có sự khác biệt ở các nước thu nhập cao (Khalil, 2020; Chmielewska, 2021). Bệnh COVID-19 còn gây những ảnh hưởng gián tiếp cho kết cục của mẹ và thai như tăng tỷ lệ sang chấn tâm lý và bạo hành gia đình (Evans, 2020).

Tính an toàn của vaccine COVID-19 ở phụ nữ mang thai

Dựa trên cách thức hoạt động của vaccine mRNA và vector virus, các chuyên gia tin rằng chúng không có khả năng gây nguy hiểm cho phụ nữ mang thai, thai nhi hoặc trẻ sơ sinh đang bú mẹ. Tuy nhiên, hiện có rất ít dữ liệu về tính an toàn của vaccine COVID-19 ở phụ nữ mang thai và đang cho con bú. Các báo cáo ban đầu từ cơ quan quản lý EMA cho thấy có một số trường hợp mang thai tại thời điểm tiêm vaccine, các dữ liệu này vẫn đang chờ được phân tích, nhưng vẫn chưa ghi nhận bất kỳ tác dụng phụ đáng kể nào (EMA, 2021). Hơn 94.000 người tham gia kiểm tra sức khỏe bởi công cụ kiểm tra an toàn sau khi tiêm chủng V-safe của CDC (CDC's V-safe After Vaccination Health Checker) đã ghi nhận rằng họ đang mang thai tại thời điểm tiêm chủng. Hiện tại CDC đã có dữ liệu về 827 trường hợp hoàn thành thai kỳ (chủ yếu là ở những người được tiêm vaccine trong ba tháng cuối), kết quả phân tích dữ liệu cho thấy không có nguy cơ rõ ràng liên quan đến sẩy thai, dị tật bẩm sinh, sinh non, thai chết lưu hoặc chết chu sinh được ghi nhận (CDC, 2021).

Dữ liệu chưa công bố về vaccine mRNA (mRNA 1273) trên chuột mang thai chưa ghi nhận mối lo ngại về tính an toàn liên quan đến dị tật hoặc độc cho phôi (FDA, 2021). Dữ liệu về đáp ứng miễn dịch của phụ nữ mang thai và cho con bú đối với tiêm chủng COVID-19 hiện đã có. Trong một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu của Gray và cộng sự ghi nhận đáp ứng miễn dịch do vaccine mRNA tạo ra là tương đương ở nhóm phụ nữ có thai (n = 84), phụ nữ đang cho con bú (n = 31) và phụ nữ không mang thai (n = 16), ngoài ra hiệu giá kháng thể cao hơn

được ghi nhận ở nhóm phụ nữ có thai và cho con bú (Gray, 2021). Bên cạnh đó, dữ liệu từ các nghiên cứu trên động vật, người mang thai được tiêm phòng không cho thấy ảnh hưởng có hại, đồng thời ghi sự vận chuyển các kháng thể của mẹ qua nhau thai và sữa mẹ để tạo miễn dịch thụ động chống lại virus SARS-CoV-2 ở trẻ sơ sinh (ACIP, 2021; CDC, 2021). Kháng thể được ghi nhận trong máu cuống rốn 15 ngày sau lần tiêm chủng vaccine mRNA đầu tiên của người mẹ (Beharier, 2021).

Tác dụng phụ của vaccine COVID-19 ở phụ nữ mang thai

Những người có thai ghi nhận các tác dụng phụ không khác biệt so với những người không mang thai sau khi tiêm vaccine. Các tác dụng phụ có thể xảy ra sau khi tiêm bất kỳ loại vaccine COVID-19 nào, đặc biệt là sau liều thứ hai đối với vaccine cần hai liều. Các tác dụng phụ phổ biến là: đau, mẩn đỏ, sưng tấy tại chỗ tiêm, ngoài ra còn ghi nhận mệt mỏi, đau đầu, đau cơ, ớn lạnh, sốt, buồn nôn. Một số trường hợp thuyên tắc huyết khối kèm theo giảm tiểu cầu sau khi tiêm vaccine COVID-19 của AstraZeneca và Janssen đã được ghi nhận trong các báo cáo của các Cơ quan quản lý dược và tổ chức giám sát an toàn vaccine tại nhiều quốc gia. Triệu chứng lâm sàng của giảm tiểu cầu huyết khối miễn dịch liên quan đến vaccine (Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia – VIPIT) thường xuất hiện từ 4 – 28 ngày sau tiêm vaccine COVID-19, người bệnh có thể biểu hiện một trong những triệu chứng sau: đau đầu dai dẳng và dữ dội; các triệu chứng thần kinh khu trú; co giật, hoặc mờ hoặc nhìn đôi (gợi ý huyết khối tĩnh mạch não hoặc đột quỵ); khó thở hoặc đau ngực (gợi ý thuyên tắc phổi hoặc hội chứng vành cấp); đau bụng (gợi ý huyết khối tĩnh mạch cửa); đau, phù chi dưới (gợi ý huyết khối tĩnh mạch sâu). Sau khi xem xét kỹ lưỡng các dữ liệu hiện có và các cân nhắc về tác động đến sức khỏe cộng đồng, Ban cố vấn thực hành tiêm chủng của Mỹ (ACIP) và Ủy ban về tiêm chủng và miễn dịch của Vương quốc Anh (UK's Joint Committee on Vaccination and

Immunisation, JCVI) khuyến cáo chỉ nên tiêm vaccine AstraZeneca và Janssen cho người từ 18 tuổi trở lên (ACOG, 2021; RCOG 2021).

Tiêm chủng là một lựa chọn cá nhân

Từ những dữ liệu cho đến thời điểm hiện tại, phụ nữ mang thai vẫn có thể được tiêm vaccine COVID-19 sau khi được giải thích, tư vấn đầy đủ những lợi ích và nguy cơ có thể có. Cần tư vấn nguy cơ tăng khả năng mắc COVID-19 mức độ nặng cho những trường hợp thai phụ béo phì, lớn tuổi, có bệnh lý mạn tính. Nhóm bệnh nhân này có thể có lợi khi được tiêm phòng COVID-19 (ISUOG, 2021). Liên đoàn Sản Phụ khoa thế giới (FIGO) và Hiệp hội Sản Phụ khoa Canada là những tổ chức sớm ủng hộ việc không giới hạn tiêm phòng COVID-19 trong thai kỳ (SOGC 2021; FIGO 2021). Tại châu Âu và Vương quốc Anh, tuyên bố chung của Liên đoàn quốc tế về vô sinh và Hiệp hội Sinh sản và Phôi học châu Âu (IFFS/ESHRE), Hội Sản Phụ khoa Hoàng gia Anh (RCOG) khuyến cáo những phụ nữ mang thai có nguy cơ cao mắc bệnh COVID-19 và/hoặc mắc bệnh lý nặng nên được coi là đủ điều kiện để tiêm chủng (IFFS/ESHRE, 2021; RCOG, 2021). Tại Mỹ, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) cũng đề nghị “Không trì hoãn tiêm vaccine cho phụ nữ mang thai đủ tiêu chuẩn nhóm ưu tiên tiêm phòng theo khuyến cáo của Ban cố vấn thực hành tiêm chủng – ACIP” (ACOG, 2021).

ACOG khuyến cáo nên tiêm vaccine COVID-19 cho phụ nữ đang cho con bú. Mặc dù những phụ nữ đang cho con bú không được đưa vào hầu hết các thử nghiệm lâm sàng, vaccine COVID-19. Những lo ngại về tính an toàn của vaccine cho phụ nữ đang cho con bú không hơn so với lợi ích mà việc tiêm vaccine mang lại. Đồng thời không cần phải tránh bắt đầu hay ngừng cho con bú ở những phụ nữ được chủng ngừa COVID-19 (ACOG, 2021).

Hiện tại không có bằng chứng cho thấy bất kỳ loại vaccine nào, kể cả vaccine COVID-19 gây ra các vấn đề về khả năng sinh sản – các vấn đề khi cố gắng mang thai. Hội Sản Phụ khoa

Hoa Kỳ khuyến cáo nên tiêm chủng cho những người đang mong con hoặc dự định mang thai và đáp ứng các tiêu chuẩn nhóm ưu tiên tiêm phòng của ACIP.

Ngoài ra, không cần thiết phải trì hoãn mang thai sau khi hoàn thành cả hai liều vaccine COVID-19. Nếu một người có thai sau liều đầu tiên của vaccine COVID-19 yêu cầu hai liều thì nên tiêm liều thứ hai theo chỉ định. Nếu một cá nhân tiêm vaccine COVID-19 và mang thai trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận vaccine, thì nên tham gia khai báo sau tiêm theo ứng dụng V-safe của CDC. Bên cạnh đó, việc thử thai thường quy trước khi tiêm bất kỳ loại vaccine COVID-19 nào được phê duyệt không được khuyến cáo (ACOG, 2021).

Gần đây nhất, dựa trên các chứng cứ y học, khuyến cáo và tình hình hiện tại, Bộ Y tế Việt Nam đã chấp thuận việc tiêm vaccine COVID-19 cho các thai phụ có tuổi thai từ 13 tuần trở lên. Bộ Y tế cũng yêu cầu các cơ quan chức năng dựa trên tình hình cụ thể của địa phương mình (nguồn cung cấp vaccine, nhân lực, vật tư) xem xét ưu tiên tiêm vaccine cho nhóm đối tượng phụ nữ này cũng như phụ nữ đang cho con bú. Đối tượng này cần được khám, sàng lọc kỹ lưỡng và thận trọng. Các loại vaccine hiện tại ngoại trừ Sputnik-V đều được phép tiêm cho phụ nữ mang thai và cho con bú. Việc tiêm ngừa cần được tiến hành tại các cơ sở y tế có năng lực tiến hành cấp cứu sản khoa.

KẾT LUẬN

Mặc dù những lợi ích và thông tin về tính an toàn của vaccine COVID-19 ngày càng nhiều và theo hướng tích cực, phụ nữ mang thai cần được bác sĩ tư vấn đầy đủ về những nguy cơ và lợi ích của việc chủng ngừa vaccine COVID-19 trong thai kỳ. Để tiếp tục phòng chống dịch COVID-19 hiệu quả, cùng với việc tiêm vaccine, việc thực hiện nghiêm thông điệp 5K (“Khẩu trang – Khử khuẩn – Khoảng cách – Không tập trung – Khai báo y tế”) có vai trò quan trọng trong công tác phòng chống dịch.

Mời xem tiếp
ở trang 11

sinh ra từ mẹ nhiễm COVID-19 có kết quả SARS-CoV-2 dương tính. Nguy cơ biến chứng sơ sinh; gồm thời gian trẻ ở trong NICU ≥ 7 ngày, tỷ suất bệnh sơ sinh và tỷ suất bệnh/tử vong chu sinh tăng cao rõ rệt ở trẻ được sinh ra từ mẹ nhiễm COVID-19. Vì những nguy cơ này vẫn tăng sau khi đã điều chỉnh yếu tố sinh non, tác giả nghiên cứu nghi ngờ ảnh hưởng trực tiếp của COVID-19 trên trẻ sơ sinh.

Trong khi đó, PregCOV-19 Living Systemic Review chỉ ghi nhận tỷ lệ nhập NICU cao hơn ở trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm COVID-19. Điều này được quy kết do quy định và yếu tố cản trở nhiều hơn là do tình trạng sức khỏe của trẻ sơ sinh. Ngoài ra, PregCOV-19 Living Systemic Review không ghi nhận sự khác biệt về tổng trạng của hai nhóm trẻ. Một nghiên cứu lớn khác ở New York cũng có kết luận khá tích cực. Trong tổng số 1.481 ca sinh, có 116 (8%) sản phụ (sinh 120 trẻ) dương tính với SARS-CoV-2. Da kề da được thực hiện khi đủ điều kiện. Sản phụ được hướng dẫn đeo khẩu trang và rửa sạch tay mỗi khi tiếp xúc hoặc cho con bú. Tất cả 120 trẻ này đều âm tính với SARS-CoV-2 trong lần test 24 giờ sau sinh. 79 trẻ tham gia test lại 5 – 7 ngày sau sinh, tất cả đều âm tính. 72 trẻ tham gia test lại sau 14 ngày và tất cả vẫn âm tính với SARS-CoV-2. Không có trẻ nào có triệu chứng nhiễm COVID-19 (Salvatore và cs, 2020). Một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp trên 86 nghiên cứu cũng báo cáo tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2 của trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm COVID-19 chỉ ở mức 1 – 2% (Khalil và cs, 2020).

Cho đến hiện tại, chưa có bằng chứng nào cho thấy sự hiện diện của SARS-CoV-2 trong sữa mẹ. WHO vẫn khuyến khích việc thực hiện da kề da và nuôi con bằng sữa mẹ ở phụ nữ nhiễm COVID-19, trên tinh thần tuân thủ chặt chẽ các biện pháp phòng dịch như đeo khẩu trang và vệ sinh tay.

LỜI KẾT

Dịch bệnh COVID-19 vẫn đang hoành hành

và biến đổi từng ngày. Rất nhiều câu hỏi về tính chất, ảnh hưởng trực tiếp và lâu dài của SARS-CoV-2 vẫn chưa có lời giải đáp. Sẽ còn nhiều nghiên cứu về COVID-19 tiếp tục ra đời và thay đổi sự hiểu biết của chúng ta về dịch bệnh toàn cầu này. Việc cập nhật kiến thức về COVID-19 trở nên quan trọng và thiết thực hơn bao giờ để bác sĩ sản phụ khoa có kế hoạch tư vấn và thăm khám hợp lý cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Docherty, Annemarie B, Ewen M Harrison, Christopher A Green, et al. "Features of 20133 UK Patients in Hospital with Covid-19 Using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: Prospective Observational Cohort Study." *BMJ*, 2020, m1985. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1985>.
2. Allotey, John, Elena Stallings, Mercedes Bonet, et al. "Clinical Manifestations, Risk Factors, and Maternal and Perinatal Outcomes of Coronavirus Disease 2019 in Pregnancy: Living Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ*, September 1, 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>.
3. Zambrano, Laura D, Sascha Ellington, Penelope Strid, et al. "Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020." *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 69, no. 44 (2020). <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3>.
4. Villar, José, Shabina Ariff, Robert B. Gunier, et al. "Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection." *JAMA Pediatrics*, April 22, 2021. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>.
5. Adhikari, Emily H, Wilmer Moreno, Amanda C. Zofkie, et al. "Pregnancy Outcomes Among Women With and Without Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection." *JAMA Network Open* 3, no. 11 (2020). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29256>.
6. Delahoy, Miranda J, Michael Whitaker, et al. "Characteristics and Maternal and Birth Outcomes of Hospitalized Pregnant Women with Laboratory-Confirmed COVID-19 — COVID-NET, 13 States, March 1–August 22, 2020." *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 69, no. 38 (2020): 1347–54. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6938e1>.
7. Vousden, Nicola, Kathryn Bunch, Edward Morris, Nigel Simpson, Christopher Gale, Patrick O'Brien, Maria Quigley, Peter Brocklehurst, Jennifer J. Kurinczuk, and Marian Knight. "The Incidence, Characteristics and Outcomes of Pregnant Women Hospitalized with Symptomatic and Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in the UK from March to September 2020: A National Cohort Study Using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS)." *PLOS ONE* 16, no. 5 (2021). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251123>.
8. Khalil, Asma, Erkan Kalafat, Can Benlioglu, Pat O'Brien, Edward Morris, Tim Draycott, Shakila Thangaratnam, et al. "SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Features and Pregnancy Outcomes." *The Lancet* 395 (July 3, 2020). <https://doi.org/10.1016/j.lancet.2020.100446>.
9. Salvatore, Christine M, Jin-Young Han, Karen P Acker, et al. "Neonatal Management and Outcomes during the COVID-19 Pandemic: an Observation Cohort Study." *The Lancet Child & Adolescent Health* 4, no. 10 (October 1, 2020): 721–27. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30235-2](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30235-2).

➡ Tiếp theo bài ở trang 8 ➡ **VACCINE COVID-19 VÀ THAI KỲ**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (2021). Vaccinating Pregnant and Lactating Patients Against COVID-19. Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19> [Accessed May 22, 2021].
2. Bộ Y tế Việt Nam (2021). Bộ Y tế hướng dẫn tạm thời tiêm chủng vắc xin COVID-19. Truy cập tại: <https://ncov.moh.gov.vn/en/web/guest/-/6847426-6799> [truy cập 01/09/2021].
3. Centers for Disease Control and Prevention (2021). Vaccines for COVID-19. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines> [Accessed May 22, 2021].
4. Kalafat E, O'Brien, et al (2021). Benefits and potential harms of COVID-19 vaccination during pregnancy: evidence summary for patient counseling. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 57: 681-686
5. Ory S, Veiga A, Horton M, Gianaroli L (2021). Joint IFFS/ESHRE statement on COVID-19 vaccination for pregnant women and those considering pregnancy. https://www.eshre.eu/Europe/Positionstatements/COVID19/JointESHRE_IFFSvaccination [Accessed May 14, 2021].
6. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2021). Updated advice on COVID-19 vaccination in pregnancy and women who are breastfeeding. <https://www.rcog.org.uk/en/news/updated-advice-on-covid-19-vaccination-in-pregnancy-and-women-who-are-breastfeeding> [Accessed May 14, 2021].
7. Vabret N, Britton GJ, Gruber C, et al (2020). Immunology of COVID-19: Current State of the Science. *Immunity*, 52(6): 910-941.