

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



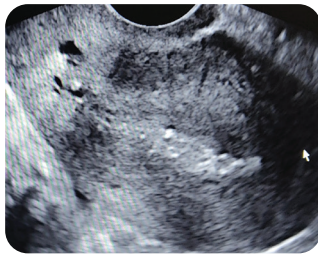
HỎI – ĐÁP LÂM SÀNG

BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Đào Thị Hải Yến

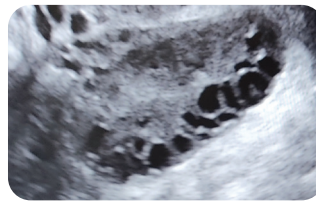
Bệnh viện Mỹ Đức



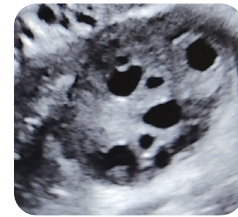
Chị L.T.N., sinh năm 1984, PARA 0020, có kinh ngày 7, tới bệnh viện để chuẩn bị nội mạc tử cung – chuyển phôi trữ. Tiền sử kinh nguyệt không đều (3 – 4 tháng). Siêu âm như 3 hình bên dưới. Chẩn đoán sơ bộ của bạn là gì? Có nên chuẩn bị nội mạc tử cung để chuyển phôi trữ cho chị N hay không?



Tử cung và nội mạc tử cung.



Buồng trứng (P).



Buồng trứng (T).



CHẨN ĐOÁN

Đây có thể là một trường hợp tăng sinh nội mạc tử cung vì:

1. Yếu tố nguy cơ

Mặc dù chị N. không béo phì (BMI=23,12 kg/m²), không tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa cũng như tiền căn gia đình mắc các bệnh lý ung thư, hiện tại chị không đang sử dụng các thuốc tamoxifen hay estrogen ngoại sinh kéo dài. Tuy nhiên, chị N. có các yếu tố nguy cơ của tăng sinh nội mạc tử cung như sau:

- Tuổi >35.
- Chưa từng sinh (PARA 0020).
- Hội chứng buồng trứng đa nang với ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn chẩn đoán (đồng thuận Rotterdam, 2003) là:
 - Rối loạn phóng noãn.
 - Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.

2. Triệu chứng lâm sàng

Có xuất huyết tử cung bất thường do chu kỳ kinh nguyệt không đều (3 – 4 tháng). Lẫn ra

huyết hiện tại kéo dài đã 7 ngày (từ 30/3/2021), kinh áp chót là 11/2/2021 nên chưa loại trừ tình huống rong huyết (FIGO, 2018).

3. Siêu âm:

- Thực hiện vào ngày 7 của chu kỳ kinh.
- Có hình ảnh nghi ngờ với đặc điểm nội mạc tử cung dày 9 mm, với nhiều nốt phản âm dày và tăng sáng trong nội mạc tử cung, mật độ nội mạc tử cung không đều.

CÓ NÊN CHUẨN BỊ NỘI MẠC TỬ CUNG NGAY?

Hiện tại không nên chuẩn bị nội mạc tử cung ngay vì:

- Chẩn đoán tăng sinh nội mạc tử cung là một chẩn đoán mô học, do đó cần thực hiện lấy mẫu mô nội mạc tử cung gửi giải phẫu bệnh.
 - Có thể lấy mẫu mô thông qua nong và nạo (D&C) hoặc nạo hút, cả hai phương pháp này đã được chứng minh là có khả năng phát hiện ung thư nội mạc tử cung với tỷ lệ tương đương ở những phụ nữ có

xuất huyết tử cung bất thường. Tuy nhiên, các phương pháp này đều bộc lộ những nhược điểm riêng. Ít hơn 50% buồng tử cung được lấy mẫu trong khoảng 60% các trường hợp. Sự hiện diện của một khối tổn thương trong tử cung có thể làm chệch hướng nạo sinh thiết, có thể cản trở việc lấy mẫu mô nội mạc tử cung. Theo quan điểm của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) về phương pháp lấy mẫu mô, nội soi buồng tử cung lấy mẫu với D&C có thể lấy mẫu cả những tổn thương khu trú ở nội mạc tử cung và có thể có tỷ lệ phát hiện bất thường cao hơn (Hoffman và cs, 2016).

- Trong trường hợp này lấy mẫu mô học trực tiếp bằng nội soi buồng tử cung tốt hơn do có tiền sử sảy thai 2 lần liên tiếp, được gọi là sảy thai liên tiếp (ESHRE, 2018). Nội soi buồng tử cung có thể phát hiện các tổn thương khu trú như polyp buồng tử cung có thể bỏ sót khi lấy mẫu ngẫu nhiên.
- Nếu có tăng sinh nội mạc tử cung, cần điều trị trước khi chuyển phôi:

- RCOG (2016) khuyến cáo cần đảm bảo ít nhất một lần mẫu sinh thiết nội mạc tử cung cho kết quả đã thoái triển trước khi mang thai vì tăng sinh nội mạc tử cung có thể là nguyên nhân dẫn đến vô sinh.
- Trước khi thực hiện hỗ trợ sinh sản, điều trị thoái triển tăng sinh nội mạc tử cung làm cho tỷ lệ làm tổ và mang thai sẽ cao hơn (RCOG, 2016). Liên quan đến những phụ nữ bị tăng sinh nội mạc tử cung điển hình, một thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ có đối chứng được thực hiện ở những phụ nữ bị tăng sinh nội mạc tử cung đơn thuần và hội chứng buồng trứng đa nang được thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm (in vitro fertilisation – IVF). Thử nghiệm này so sánh việc điều trị bằng LNG-IUS với việc quan sát đơn thuần và phát hiện ra rằng phụ nữ được điều trị bằng LNG-IUS có khả năng thoái triển cao hơn (88% so

với 15%), tỷ lệ làm tổ cao hơn (29% so với 17%, $P < 0,05$) và cũng có tỷ lệ thụ thai cao hơn (46% so với 28%, $P < 0,05$) sau điều trị IVF (Bian và cs, 2015).

- Tăng sinh nội mạc tử cung có thể tiến triển thành ung thư, đặc biệt khi có các tế bào không điển hình. Nếu không được điều trị thích hợp, tăng sinh nội mạc tử cung sẽ tiến triển thành ung thư nội mạc tử cung trong vòng 20 năm đối với:
 - ▷ 28% các trường hợp tăng sinh không điển hình (Lacey và cs, 2010).
 - ▷ 5% trường hợp tăng sinh điển hình (Lacey và cs, 2010).

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. ESHRE (2018). ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Human Reproduction Open*, 2018(2), 1–12. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoy004>.
2. FIGO (2018). The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding during reproductive years: 2018 revisions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143(3), 393–408. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>.
3. Hoffman BL, Schorge JQ, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI & Corton MM (2016). *Williams gynecology*. 1270.
4. RCOG (2016). Management of Endometrial Hyperplasia Green-top Guideline No. 67 RCOG/BSGE Joint Guideline |. 67, 10–11. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf
5. Rotterdam (2003). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 81(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.004>.

Tiếp theo bài ở trang 92 → **TỔNG QUAN VỀ ZONA PELLUCIDA**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Familiari G, Nottola SA, Macchiarelli G, Micara G, Aragona C & Motta PM (1992). Human zona pellucida during in vitro fertilization: An ultrastructural study using saponin, ruthenium red, and osmium-thiocarbohydrazide. *Molecular Reproduction and Development*, 32(1), 51–61.
2. Halim B, Lubis HP, Novia, D & Thaharuddin M (2017). Does oval oocyte have an impact on embryo development in in vitro fertilization? *JBRA Assisted Reproduction*, 21(1).
3. Petersen CG, Vagnini LD, Mauri AL, Massaro FC, Silva LF, Cavagna M ... Franco JG (2011). Evaluation of zona pellucida birefringence intensity during in vitro maturation of oocytes from stimulated cycles. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 9(1), 53.
4. Sauerbrun-Cutler M-T, Vega, M., Breborowicz A, Gonzales E, Stein D, Lederman M, & Keltz M (2015). Oocyte zona pellucida dysmorphology is associated with diminished in-vitro fertilization success. *Journal of Ovarian Research*.
5. Sen-Lin Shi, Gui-Dong Yao, Hai-Xia Jin, Wen-Yan Song, Fu-Li Zhang, Hong-Yi Yang, Ying-Pu Sun (2016). Correlation between morphological abnormalities in the human oocyte zona pellucida, fertilization failure and embryonic development.
6. Törmälä, Reeta-Maria (2016). Human zona pellucida abnormalities: a genetic approach to the understanding of fertilization failure.
7. Xu H, Deng K, Luo Q, Chen, J, Zhang X, Wang X, ... Zhang C (2016). High Serum FSH is Associated with Brown Oocyte Formation and a Lower Pregnancy Rate in Human IVF Practice. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 39(2), 677–684.
8. Zhou Z, Ni C, Wu L, Chen B, Xu Y, Zhang Z, ... Wang L (2019). Novel mutations in ZP1, ZP2, and ZP3 cause female infertility due to abnormal zona pellucida formation. *Human Genetics*.