

- 05 Ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự
- 08 Sảy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sảy thai liên tiếp
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sảy thai tái phát
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sảy thai liên tiếp
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Đỗ Đức Dũng
- 24 Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid trong thai kỳ
BSNT. Đinh Thế Hoàng
- 30 Cập nhật thrombophilia và sảy thai liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sảy thai liên tiếp
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sảy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sảy thai trong hỗ trợ sinh sản
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sảy thai và nguyên nhân đến từ bố
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 49 Các đặc tính và thói quen của mẹ làm tăng nguy cơ sảy thai
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sảy thai liên tiếp
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 57 Kết cục thai còn lại trong hội chứng “song thai biến mất”
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 61 Tiếp cận và xử trí sảy thai do hở eo cấp tính bằng phương pháp khâu eo tử cung cấp cứu
BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm
- 66 Các hệ thống chẩn đoán vách ngăn tử cung và mối liên quan giữa vách ngăn tử cung với sảy thai, hiếm muộn
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sảy thai
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sảy thai, sảy thai liên tiếp
BS. Võ Văn Cường, BS. Cao Thị Thúy
- 75 Giá trị siêu âm trong chẩn đoán khuyết sọ mở lấy thai và thai bám sọ mở lấy thai
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn
- 81 Cập nhật về nhiễm COVID-19 ở thai phụ và hướng tiếp cận trường hợp thai phụ nghi nhiễm COVID-19
BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân
- 85 Đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo?
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng
- 89 Khóc dạ đề (colic)
BS. CKI. Nguyễn Khôi

Journal Club

- 93 Siêu âm sớm và dự đoán thai lưu trong 3 tháng
- 95 Sự chênh lệch kích thước thai nhi trong song thai thời điểm 11 – 13 tuần và kết cục thai kỳ
- 96 So sánh ảnh hưởng của các thuốc tránh thai đường uống lên các chỉ số lâm sàng, sinh hóa trong hội chứng buồng trứng đa nang

❧ Mọi viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 56 – Quý IV/2020
Chủ đề “Thời điểm và các biện pháp chấm dứt thai kỳ”
Vui lòng nộp bài trước 30/8/2020



Y học sinh sản tập 57 – Quý I/2021
Chủ đề “Thai lạc chỗ”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2020

ĐA THAI TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM: NÊN MỪNG HAY NÊN LO?

ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng

Bệnh viện Mỹ Đức Tân Bình

LỜI MỞ ĐẦU

Hiện nay, tình trạng hiếm muộn ngày càng gia tăng trên toàn thế giới; vì vậy, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) ra đời là phương pháp cứu cánh cho nhiều vợ chồng mong muốn có con. Với một số bệnh nhân, vì hiếm muộn và chi phí làm IVF cao nên việc mang nhiều hơn 1 thai (đa thai) trong 1 thai kỳ là niềm hạnh phúc; tuy nhiên ít người biết rằng đa thai cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ cho mẹ và bé. Trong các trường hợp mang thai tự nhiên, đa thai có thể đến từ việc có nhiều hơn một trứng được phóng thích trong chu kỳ kinh nguyệt thụ tinh với tinh trùng, tạo thành nhiều phôi cùng phát triển; hoặc một trứng sau khi thụ tinh được phân tách tạo thành hai hay nhiều phôi giống hệt nhau. Ngoài ra cũng do một số nguyên nhân khác như: phụ nữ lớn tuổi, yếu tố di truyền... Với các kỹ thuật từ IVF, đa thai hình thành do một số nguyên nhân như: phác đồ kích thích buồng trứng, bệnh nhân lớn tuổi, chuyển nhiều phôi... Vậy thì đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo? Bài viết này có mục tiêu nêu lên một số vấn đề trong đa thai qua các khía cạnh:

- Các biến chứng thai kỳ của đa thai.
- Tình hình đa thai trong thụ tinh ống nghiệm.
- Chiến lược giảm đa thai.

CÁC BIẾN CHỨNG THAI KỲ CỦA ĐA THAI (Elster, 2000; Finona Cheong-See và cs, 2016)

Đa thai có nhiều nguy cơ trong thai kỳ như: mẹ bị tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, sinh

non, hội chứng truyền máu song sinh, tử vong sơ sinh và nhiều biến chứng khác.

Sinh non

Hơn 60% những trường hợp sinh đôi là sinh non. Số lượng thai càng nhiều càng làm tăng nguy cơ sinh non. Trẻ sinh non thường dễ gặp nhiều biến chứng sau sinh do cơ quan chưa hoàn thiện và cần được hỗ trợ để thở, ăn uống, chống lại bệnh tật và giữ ấm cơ thể. Trẻ sinh non trước 28 tuần tuổi cực kỳ yếu ớt, nhiều cơ quan chưa sẵn sàng hoạt động bên ngoài tử cung người mẹ nên cần chăm sóc đặc biệt để có thể sống sót.

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung

Là cân nặng của thai nhi nhỏ hơn so với thai kỳ đơn thai. Bên cạnh đó còn có sự bất tương xứng cân nặng giữa hai thai, thai nhỏ hơn nặng ít hơn 80% so với thai lớn hơn. Khoảng 14 – 25% song thai và 50 – 60% tam thai trở lên chậm tăng trưởng. Cân nặng những trẻ này cũng nhẹ hơn (< 2.500 g). Theo nghiên cứu của Martin có khoảng 58% song thai và 95% tam thai có cân nặng thấp khi sinh (Martin và cs, 2012).

Cao huyết áp thai kỳ

Phụ nữ mang đa thai có khả năng tăng huyết áp trong thai kỳ. Tình trạng này thường xảy ra và nặng hơn so với những người mang một thai. Điều này cũng có thể gây tách bánh nhau sớm.

Đa ối

Thường xảy ra vào thời kỳ cuối ba tháng giữa

thai kỳ. Hay gặp ở trường hợp sinh đôi một bánh nhau, mất cân bằng tuần hoàn giữa hai thai.

Dị tật bẩm sinh

Trẻ em sinh ra do đa thai có khả năng mắc các dị tật bẩm sinh cao gấp hai lần bình thường như tật nứt đốt sống, các khuyết tật về ống thần kinh, các vấn đề về tiêu hóa và tim mạch.

Nhau bám thấp

Do sự tăng bề mặt của bánh nhau, làm tăng nguy cơ đẻ non, chảy máu do bong nhau, ngôi thai bất thường.

Sảy thai

Song thai tiêu biến (vanishing twin – một thai biến mất ở phụ nữ mang thai đôi) rất thường gặp ở những sản phụ mang đa thai và thường xảy ra ở ba tháng đầu thai kỳ. Điều này cũng có thể xảy ra ở những tháng tiếp theo.

Hội chứng truyền máu song sinh

Hội chứng truyền máu song thai (Twin-to-twin transfusion syndrome – TTTS) là hội chứng liên quan đến bánh nhau ở những cặp song sinh cùng trứng có một nhau thai. Mạch máu nối bánh nhau với một thai và truyền máu cho thai còn lại. Tỷ lệ 3/20 cặp song sinh có chung bánh nhau. Với truyền máu song sinh, máu truyền từ một thai sang một thai khác thông qua mạch máu nối với bánh nhau. Từ đó một thai nhận quá nhiều máu, điều này khiến hệ thống mạch máu của thai bị quá tải và có quá nhiều nước ối để phát triển. Ngược lại, thai cho máu sẽ không nhận được đủ máu và phải phát triển trong môi trường thiếu nước ối. Hội chứng này có thể được điều trị trong thai kỳ bằng cách rút bớt phần dịch dư bằng cách sử dụng kim hoặc phẫu thuật bánh nhau. Đôi khi, cặp sinh đôi phải được mổ lấy thai sớm.

Ngoài ra lúc chuyển dạ còn có một số nguy cơ khác trong đa thai như: sa dây rốn, đẻ khó, sang chấn sản khoa, hai thai mắc nhau...

TÌNH HÌNH ĐA THAI TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM

Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ đa thai vào năm 1980, trước khi thụ tinh ồng nghiệm là 1,9% và tăng đều đến 3,4% trong năm 2008. Hiện nay tỷ lệ đa thai nhiều quốc gia khoảng 30%, cao hơn nhiều so với 0,9% đa thai trong tự nhiên. Hàng năm ESHRE báo cáo cho thấy tỷ lệ sinh đôi chậm và ổn định trong những năm qua, tỷ lệ đa thai đã giảm xuống 19,6% trong năm 2010. Trong khi đó tỷ lệ đa thai tại Mỹ vẫn còn lớn hơn 30% (Calhaz-Jorge và cs, 2017). Khi chuyển hai phôi trong IVF, tỷ lệ đa thai 30% với 25% thai đôi, 5% nhiều hơn hai thai. Tại Việt Nam, năm 2014 tỷ lệ đa thai (từ hai thai trở lên) lên đến 30%.

CHIẾN LƯỢC GIẢM ĐA THAI

Đa thai là biến chứng thường gặp trong hỗ trợ sinh sản nên cần có các biện pháp để tránh nguy cơ này. Việc ngăn ngừa đa thai chủ yếu dựa vào số phôi chuyển và do đó, vấn đề cần đặt ra là làm sao giảm số phôi chuyển nhưng vẫn không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai. Nhiều năm qua, nhiều quốc gia đã tiến hành các chiến lược khác nhau trong chuyển phôi để ngăn chặn đa thai.

Chuyển đơn phôi hoặc hai phôi

Năm 2003, đồng thuận ESHRE (Hiệp hội sinh sản người và phôi học châu Âu) đưa ra rằng đa thai trong hỗ trợ sinh sản mang nhiều biến chứng trong thai kỳ, vì vậy chuyển đơn phôi được đề xuất cho các trường hợp tiên lượng tốt (trẻ tuổi, chu kỳ đầu hoặc chu kỳ thứ hai có phôi chất lượng tốt) (Land và Evers, 2003). Những năm sau đó, một số nghiên cứu đưa ra chuyển đơn phôi không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai của các cặp vợ chồng (Debrock và cs, 2005; Titinen và Gissler, 2004).

Năm 2005, Cochrane kết luận chuyển đơn phôi giảm đáng kể nguy cơ đa thai đến 17 lần so với chuyển hai phôi. Ngoài ra, trẻ sinh ra có tỷ lệ sinh non và nhẹ cân thấp hơn trẻ sinh ra từ đa thai (Grady và cs, 2012). Một nghiên cứu khác tại Mỹ, tỷ lệ trẻ sinh sống 30% cho

chuyển đơn phôi, 50% cho chuyển hai phôi và 45% cho chuyển hơn hai phôi. Tỷ lệ đa thai là 3,7% cho chuyển đơn phôi; 37,7% cho chuyển hai phôi và hơn 45% cho chuyển hơn hai phôi. Việc chuyển đơn phôi giảm đáng kể tỷ lệ đa thai nhưng không làm giảm tỷ lệ thai tích lũy (Gremeau và cs, 2012). Nghiên cứu của Clua và cộng sự (2015) cũng so sánh việc chuyển đơn phôi và hai phôi, tác giả cho thấy chuyển đơn phôi giảm nguy cơ đa thai, tỷ lệ mang thai và tỷ lệ trẻ sinh sống giảm, nhưng sau 3,5 tháng tỷ lệ mang thai hai nhóm tương đương nhau. Nói chung việc chuyển một phôi hoặc hai phôi giảm đáng kể tình trạng đa thai ở bệnh nhân.

Chuyển phôi nang

Chuyển phôi ở giai đoạn phôi nang cho phép lựa chọn phôi có tiềm năng cao nhất, đồng thời cũng là thời điểm lý tưởng để chuẩn bị nội mạc tử cung. Nhiều tác giả khuyến cáo nên hạn chế số lượng phôi chuyển và với việc lựa chọn phôi nang thì nên chuyển một phôi. Đây là cách tốt nhất để giảm đa thai.

Nghiên cứu của Gardner và cộng sự so sánh chuyển đơn phôi và hai phôi giai đoạn phôi nang, kết quả cho tỷ lệ làm tổ lần lượt là 56% và 60,9%; tỷ lệ thai lâm sàng là 76% và 60,9% (Gardner và cs, 2004). Như vậy, việc chuyển đơn phôi cho hiệu quả tương tự như chuyển hai phôi. Năm 2016, Mancuso và cộng sự so sánh việc chuyển đơn phôi ở phôi ngày 5 – 6 và đơn phôi giai đoạn phôi phân chia, kết quả phôi giai đoạn phôi nang cho tỷ lệ làm tổ cao hơn so với phôi phân chia; và khi chuyển đơn phôi nang cho tỷ lệ đa thai giảm từ 37,5% còn 15,2% (A. C. Mancuso và cs, 2016).

Ngoài ra, chiến lược chuyển đơn phôi nang với phôi tốt không khác biệt về tỷ lệ trẻ sinh sống đối với chuyển hai phôi nang tốt trong khi lại làm giảm tỷ lệ đa thai (4,7% và 20%). Một kết quả khác ở nhóm chuyển hai phôi (1 phôi tốt và 1 phôi kém) cho tỷ lệ trẻ sinh sống cao hơn so với chuyển đơn phôi (1 phôi kém) và hai phôi (2 phôi kém). Như vậy, chuyển thêm phôi kém với

phôi tốt và hai phôi tốt ngày 5 không làm tăng tỷ lệ trẻ sinh sống mà còn tăng tỷ lệ trẻ sinh ra từ đa thai. Nghiên cứu mới nhất của Park và cộng sự (2019) liên quan đến chuyển phôi nang và tác giả đưa ra kết luận rằng nên chuyển một phôi tốt nhằm giảm tỷ lệ đa thai, chuyển một phôi tốt và một phôi xấu nên hạn chế vì không có thêm lợi ích nào. Việc chuyển cùng lúc hai phôi tốt, tỷ lệ trẻ sinh sống là tương đương với tỷ lệ trẻ sinh sống cộng dồn khi chuyển hai phôi liên tiếp ở 2 chu kỳ và giúp giảm nguy cơ đa thai (Park và cs, 2019). Chuyển đơn phôi nang với một phôi tốt giúp giảm đa thai và đảm bảo hiệu quả điều trị (A. Mancuso và Kapfhamer, 2018).

Ngày nay, nhiều quốc gia yêu cầu số lượng phôi chuyển trong một chu kỳ IVF/ICSI. Tại Thụy Điển, giới hạn chuyển là một phôi. Ở Anh, Đan Mạch và Hà Lan giới hạn là hai phôi (ba phôi chỉ với một số trường hợp đặc biệt). Bỉ khuyến cáo từ một đến hai phôi, Hoa Kỳ từ hai đến năm phôi... Mỗi quốc gia đều có điều luật riêng cho số phôi chuyển. Theo hiệp hội ASRM (Hiệp hội Y học sinh sản của Hoa Kỳ) 2004, khuyến nghị số phôi chuyển phụ thuộc vào độ tuổi người phụ nữ. Phụ nữ dưới 35 tuổi, chuyển đơn phôi trong trường hợp tiên lượng tốt và tối đa là hai phôi. Từ 35 – 37 tuổi, chuyển hai phôi trong trường hợp tiên lượng tốt và tối đa là ba phôi; từ 38 – 40 tuổi, không quá ba phôi cho trường hợp tiên lượng tốt và tối đa là bốn phôi; phụ nữ trên 40 tuổi, giới hạn là năm phôi. Nếu chiến lược này thất bại, sẽ tiến hành giảm đa thai trong thai kỳ (Tur và cs, 2006).

Chiến lược mới nhất của Viện Y tế và Chăm sóc Quốc gia Vương quốc Anh (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) năm 2013 về chuyển phôi trong IVF như trong **Bảng 1** (National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

Giảm thai

Giảm thai là kỹ thuật hút bớt số túi thai trong buồng tử cung, chỉ để lại 1 – 2 thai phát triển. Tại Việt Nam, giảm thai được thực hiện thành

Bảng 1.

Độ tuổi	Chiến lược chuyển phôi
< 37 tuổi	– Chu kỳ IVF đầu tiên: chuyển đơn phôi – Chu kỳ IVF thứ 2: chuyển đơn phôi nếu có ít nhất một phôi tốt. Chuyển 2 phôi nếu không có phôi tốt. – Chu kỳ IVF thứ 3: chuyển không quá 2 phôi.
37 - 39 tuổi	– Chu kỳ IVF đầu tiên và thứ 2: chuyển đơn phôi nếu có một phôi tốt. Chuyển 2 phôi nếu không có phôi tốt. – Chu kỳ IVF thứ 3: chuyển không quá 2 phôi.
40 - 42 tuổi	– Chuyển 2 phôi. – Nếu có một phôi nang tốt, chuyển đơn phôi. – Không có nhiều hơn 2 phôi nên chuyển sang chu kỳ điều trị khác.

công từ năm 2000. Trong khi đó, điều trị hiếm muộn ở Việt Nam ngày càng phát triển, mỗi năm có hàng chục ngàn trường hợp kích thích buồng trứng và khoảng hơn 10.000 trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm, vì vậy kỹ thuật giảm thai vô cùng cần thiết cho các bệnh nhân đa thai trong IVF.

Kỹ thuật giảm thai được thực hiện an toàn và hiệu quả nhất vào khoảng tuần thứ 7 - 8 của thai kỳ. Nếu thực hiện trễ sẽ khó khăn hơn và nhiều nguy cơ sảy thai hơn. Do đó cần chẩn đoán sớm các trường hợp đa thai để tư vấn và thực hiện giảm thai sớm. Nếu giảm thai được thực hiện sớm, khả năng thành công là trên 90%. Vào thời điểm này, giảm thai được tiến hành bằng cách dùng kim chọc qua cơ tử cung, vào túi thai, hút lấy phôi thai ra ngoài. Các túi thai còn lại có thể tiếp tục phát triển bình thường.

Kỹ thuật giảm thai giúp giảm các biến chứng cho thai nhi và mẹ. Giảm thai sẽ giúp các thai còn lại phát triển tốt hơn, tăng khả năng sống sót và giảm nguy cơ bị các di chứng lâu dài, đồng thời giúp mẹ có sức khỏe tốt hơn để mang thai và nuôi dưỡng các bé sau này.

Trên đây là một số phương pháp giảm đa thai trong thụ tinh ống nghiệm, tuy nhiên bên cạnh

đó cũng có một số nguyên tắc lưu ý điều trị hiếm muộn như sau:

- Khi kích thích buồng trứng để giao hợp tự nhiên hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung: bác sĩ cần cố gắng kiểm soát không quá 2 nang noãn phát triển đến giai đoạn rụng trứng ở những bệnh nhân trẻ tuổi, để thành công. Nếu có nhiều hơn 2 nang noãn phát triển và phóng noãn ở những trường hợp tiên lượng dễ có thai, nên tư vấn cho bệnh nhân khả năng giảm thai và theo dõi sát để phát hiện sớm đa thai.
- Khi chuyển phôi sau thụ tinh trong ống nghiệm: không nên chuyển quá 2 phôi nếu trường hợp trẻ tuổi, tiên lượng tốt và có nhiều phôi chất lượng tốt hoặc không chuyển quá 3 phôi với trường hợp tiên lượng khá. Đồng thời cũng nên tư vấn khả năng đa thai và kỹ thuật giảm thai khi cần thiết.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ đa thai trong hỗ trợ sinh sản hiện tại vẫn còn cao và biến chứng đa thai là điều không thể tránh khỏi trong điều trị hiếm muộn. Mặc dù các nghiên cứu hiện nay đều cho rằng kết quả lâm sàng của các cặp sinh đôi thụ tinh trong ống nghiệm tương tự như sinh đôi thụ thai tự nhiên, tuy nhiên trẻ từ ống nghiệm có nguy cơ biến chứng sản khoa, tử vong sau sinh và mắc bệnh cao hơn. Vì vậy nên có những chính sách để ngăn ngừa đa thai, các bệnh nhân khi điều trị hiếm muộn cần quan tâm và được nhân viên y tế tư vấn đầy đủ về vấn đề này.

Tóm lại:

- ART liên quan đến đa thai là 24% (Murray & Norman, 2014).
- Phụ nữ mang đa thai nên được thông báo về những bất lợi cho mẹ và trẻ sinh ra ở 1 thai kỳ.
- Song sinh thụ tinh trong ống nghiệm có tỷ lệ sinh mổ cao hơn với sinh đôi tự nhiên.
- Chuyển đơn phôi được khuyến nghị cho tất cả các phụ nữ độ tuổi < 37 tuổi ở chu kỳ điều trị đầu tiên.

 Mời xem tiếp
ở trang 92

khóc trung bình hàng ngày là 197 phút ở cả hai nhóm. Trong số 83 trẻ sơ sinh đã hoàn thành thử nghiệm, thời gian khóc trung bình hàng ngày ở nhóm lactobacillus reuteri thấp hơn so với nhóm simethicon vào ngày 7 (159 so với 177 phút) và ngày 28 (51 so với 145 phút).

- Thuốc có thể sử dụng cho trẻ: simethicon. Antispasmodics (dicyclomine) có thể giảm colic nhưng chống chỉ định trẻ < 6 tháng.
- Không khuyến cáo sử dụng thuốc an thần.

TIỀN LƯỢNG

Colic thường ngưng lại một cách bí ẩn như khi nó bắt đầu. Các triệu chứng được giải quyết 60% khi trẻ ba tháng tuổi và 80 – 90% khi trẻ bốn tháng tuổi. Các nhà nghiên cứu thừa nhận rằng colic làm rối loạn sự tương tác giữa cha mẹ và con cái, do đó có ảnh hưởng lâu dài đến gia đình và trẻ em.

- Tính cách và hành vi: trẻ có tiền sử colic dễ nóng tính và nổi cơn thịnh nộ
- Hen suyễn và dị ứng: có mối liên quan giữa colic và đau bụng tái phát, các rối loạn dị ứng như viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc, chàm dị ứng và dị ứng thực phẩm.
- Phát triển nhận thức: colic dường như không ảnh hưởng đến sự phát triển nhận thức lâu dài.

HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC TẠI NHÀ

- Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ.
- Đặt trẻ nơi yên tĩnh, thoáng mát.
- Hướng dẫn cách cho bú đúng, vỗ lưng ợ hơi.
- Vệ sinh tay trước khi chăm sóc bé.
- Tránh stress gia đình.
- Hướng dẫn tái khám khi có dấu hiệu báo động:
 - Sau cơn colic: lừ đừ, ngủ li bì, bú kém.
 - Cơn colic kéo dài > 6 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ bệnh viện Nhi Đồng 1.
2. Medscape.com
3. Uptodate.com
4. Mayoclinic.org
5. Merckmanuals.com



Tiếp theo
trang 88

ĐA THAI THỤ TINH TRONG
ỐNG NGHIỆM: NÊN MỪNG HAY LO?

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Calhaz-Jorge C, De Geyter C, Kupka MS, De Mouzon J, Erb K, Mocanu E, ... Baranowski R (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: Results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex264>
2. Clua E, Tur R, Coroleu B, Rodriguez I, Boada M, Gómez MJ, ... Veiga A. Is it justified to transfer two embryos in oocyte donation? A pilot randomized clinical trial. Reproductive BioMedicine Online. 2015; 31(2): 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.04.013>
3. Debrock S, Spiessens C, Meuleman C, Segal L, De Loecker P, Meeuwis L and D'Hooghe TM (2005). New Belgian legislation regarding the limitation of transferable embryos in in vitro fertilization cycles does not significantly influence the pregnancy rate but reduces the multiple pregnancy rate in a threefold way in the Leuven University Fertility Center. Fertility and Sterility. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.087>
4. Elster N. Less is more: the risks of multiple births. The Institute for Science, Law, and Technology Working Group on Reproductive Technology. Fertility and Sterility. 2000; 74(4): 617–623. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(00\)00713-5](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(00)00713-5)
5. Finona Cheong-See ES. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies systematic review and meta analysis. 2016.
6. Gardner DK, Surrey E, Minjarez D, Leitz A, Stevens J, and Schoolcraft WB (2004). Single blastocyst transfer: A prospective randomized trial. Fertility and Sterility. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.07.023>
7. Grady R, Alavi N, Vale R, Khandwala M & McDonald SD (2012). Elective single embryo transfer and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Fertility and Sterility. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.11.033>
8. Greteau AS, Brugnon F, Bouraoui Z, Pekrishvili R, Janney L, & Pouly JL. Outcome and feasibility of elective single embryo transfer (eSET) policy for the first and second IVF/ICSI attempts. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology. 2012; 160(1): 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.09.032>
9. Land JA and Evers JLH (2003). Risks and complications in assisted reproduction techniques: Report of an ESHRE consensus meeting. In Human Reproduction. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg081>
10. Mancuso AC, Boulet SL, Duran E, Munch E, Kissin DM and Van Voorhis, BJ. Elective single embryo transfer in women less than age 38 years reduces multiple birth rates, but not live birth rates, in United States fertility clinics Fertility and Sterility. 2016; 106(5): 1107–1114. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.06.017>
11. Mancuso A and Kapfhamer J. With a good quality blastocyst, single embryo transfer remains the best choice. Fertility and Sterility. 2018; 110(4): 631. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.024>
12. Martin JA, Hamilton BE and Osterman MJK (2012). Three decades of twin births in the United States, 1980–2009. NCHS Data Brief.
13. Murray SR and Norman JE. Multiple pregnancies following assisted reproductive technologies - A happy consequence or double trouble? Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2014; 19(4): 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.03.001>
14. National Institute for Health and Care Excellence N. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. NICE CLincal Guidelines. 2013.
15. Park DS, Kim JW, Chang EM, Lee WS, Yoon TK & Lyu SW. Strategies in the transfer of varying grades of vitrified-warmed blastocysts in women aged over 35 years: A propensity-matched analysis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2019; 45(4): 849–857. <https://doi.org/10.1111/jog.13897>
16. Tiitinen A and Gissler M. Effect of in vitro fertilization practices on multiple pregnancy rates in Finland. Fertility and Sterility. 2004; 82(6): 1689–1690. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.05.090>
17. Tur R, Coroleu B, Torelló MJ, Boada M, Veiga A and Barri PN. Prevention of multiple pregnancy following IVF in Spain. Reproductive BioMedicine Online. 2006; 13(6): 856–863. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)61035-8](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)61035-8)