

# Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 57

## Thai lạc chỗ



Nhà xuất bản Tổng hợp  
Thành phố Hồ Chí Minh

# Mục lục

## Y HỌC SINH SẢN TẬP 57 – QUÝ I/2021

### THAI LẠC CHỖ

- 04 Thai lạc chỗ: cập nhật phân loại và chẩn đoán  
Hồ Ngọc Lan Nhi, PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan
- 10 Phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc tử cung và thai ở sừng tử cung  
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng và cộng sự
- 15 Một số cơ chế phân tử liên quan đến tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng  
ThS. Võ Như Thanh Trúc
- 20 Vai trò của đại thực bào trong cơ chế bệnh sinh thai ngoài tử cung  
ThS. BS. Trần Doãn Tú
- 23 Các chất chỉ điểm sinh học trong thai ngoài tử cung hiện tại và tương lai  
ThS. BS. Trần Thị Ngọc Bích
- 30 Phân biệt các trường hợp thai làm tổ gần vị trí nối tử cung với vòi tử cung  
ThS. BSNT. Lê Quang Đò, PGS. TS. Lê Hoàng
- 34 Thai đoạn kẽ  
ThS. BSNT. Dương Văn Sang, GS. TS. Cao Ngọc Thành
- 38 Thai bám sẹo mổ lấy thai: các biện pháp quản lý hiện nay  
BS. CKI Trần Nguyễn Phương An và cộng sự
- 44 Thai ở cổ tử cung  
BSNT. Nguyễn Thị Kim Mai và cộng sự
- 49 Thai ống cổ tử cung: ca lâm sàng tổng quan chẩn đoán và điều trị  
ThS. BS. Lê Nam Hùng và cộng sự
- 54 Thai lạc chỗ ở cổ tử cung và mối liên quan đến hỗ trợ sinh sản  
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lý Thiện Trung
- 58 Những yếu tố tiên đoán thành công của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 63 Phẫu thuật nội soi trong thai bám vết mổ cũ: triển vọng và thách thức  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 67 Thai ngoài tử cung đồng thời với thai trong tử cung  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 70 Tử cung một sừng và thai ở sừng tử cung chột  
BS. Nguyễn Đức Minh Quân và cộng sự
- 74 Nhân một trường hợp thai trong ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi An Giang  
BS. Mai Tấn Đạt, BS. CKII Hồ Thái Phong
- 78 Thai ngoài tử cung và các yếu tố liên quan đến chuyển phôi trong hỗ trợ sinh sản  
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ và cộng sự
- 82 Thai ngoài tử cung: những vị trí hiếm gặp  
BS. Vũ Quốc Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyễn
- 93 Sinh chọn lọc trước 39 tuần có đáng không?  
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 96 Kích hoạt nang noãn nguyên thủy (In vitro Activation – IVA): hướng ứng dụng mới trong điều trị hỗ trợ sinh sản  
ThS. Huỳnh Trọng Kha, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh

### 101 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

### 104 *Journal Club*

Đáp ứng tạo kháng thể sau tiêm ngừa vắc xin ở trẻ sinh non

Khởi phát chuyển dạ bằng Foley và nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp: kết quả của nghiên cứu nối tiếp hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (PROBAAT-1 và PROBAAT-2)

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021  
Chủ đề “**Bệnh truyền nhiễm và thai kỳ**”  
Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021



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

Journal Club là chuyên mục của Y học sinh sản, nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần đây.

## ĐÁP ỨNG TẠO KHÁNG THỂ SAU TIÊM NGỪA VẮC XIN Ở TRẺ SINH NON

Rouers IDM, Bruijning-Verhagen PCJ, van Gageldonk PGM, et al. Association of Routine Infant Vaccinations With Antibody Levels Among Preterm Infants. *JAMA* 2020; 324(11):1068-77. DOI: 10.1001/jama.2020.12316.

BS. CKI Võ Thị Minh Thư - Bệnh viện Mỹ Đức

Trẻ sinh non là đối tượng nguy cơ cao mắc các bệnh lý truyền nhiễm, một phần do giảm lượng kháng thể nhận được từ mẹ, mặt khác còn do hệ thống miễn dịch của trẻ cũng chưa được hoàn thiện. Chính vì thế, chương trình chủng ngừa quốc gia luôn mang một vai trò cực kỳ quan trọng trong việc giúp trẻ ngăn ngừa những căn bệnh truyền nhiễm có thể ngừa bằng vắc xin.

Những chứng cứ có được qua một số nghiên cứu trước đây, mặc dù còn rất hạn chế, đã cho thấy khả năng đáp ứng tạo kháng thể ở trẻ sinh non sau tiêm các vắc xin có bản chất protein nhìn chung là đạt. Mặc dù vậy, khả năng đáp ứng miễn dịch đối với vắc xin bản chất polysaccharide ngừa phế cầu và ngừa *Haemophilus influenzae* type b lại giảm thấp ở nhóm đối tượng trẻ sinh non so với trẻ đủ tháng. Tuy nhiên, các nghiên cứu này thiếu sự đồng nhất và dân số ở các nghiên cứu đa phần tập trung vào nhóm trẻ sinh non trong khoảng tuổi từ 32 – 36 tuần tuổi. Chính vì thế, có rất ít dữ liệu về khả năng đáp ứng miễn dịch sau tiêm vắc xin ở trẻ sinh non, đặc biệt là nhóm sinh cực non (< 28 tuần).

Xuất phát từ vấn đề trên, Rouers cùng các cộng sự tiến hành nghiên cứu đoàn hệ, tiền cứu, đa trung tâm trên các trẻ sinh non từ 8 bệnh viện tại Hà Lan trong khoảng thời gian từ 10/2015 đến 10/2017, với mục tiêu nhằm đánh giá tính sinh miễn dịch sau các mũi vắc xin theo chương trình quốc gia đối với nhóm đối tượng này.

Trẻ tham gia vào nghiên cứu sẽ nhận các mũi vắc xin bao gồm: (i) ba liều cơ bản vắc xin phối hợp bạch hầu – uốn ván – ho gà vô bào – bại liệt bất hoạt – *Haemophilus influenzae* type b – viêm gan siêu vi B (vào các thời điểm 2, 3, và 4 tháng tuổi) kèm liều nhắc khi trẻ 11 tháng tuổi và (ii) ba liều cơ bản vắc xin cộng hợp phế cầu 10 giá (vào các thời điểm trẻ 2, 3, 4 tháng tuổi) kèm mũi tiêm nhắc khi trẻ 11 tháng tuổi.

Những trẻ tham gia nghiên cứu sẽ được theo dõi đến 12 tháng tuổi để thu thập các kết cục chính bao gồm (i) tỷ lệ trẻ sinh non đạt được nồng độ kháng thể IgG ở mức bảo vệ sau chuỗi ba liều vắc xin cơ bản và liều nhắc và (ii) nồng độ trung bình kháng thể IgG trong huyết thanh (geometric mean concentrations, GMCs) sau chuỗi liều cơ bản và liều nhắc. Các kết cục chính trên sẽ được so sánh giữa nhóm trẻ sinh non và nhóm chứng bao gồm những trẻ sinh đủ tháng tham gia vào một nghiên cứu trước đó trong năm 2011, những trẻ trong nhóm chứng được tiêm chủng với cùng lịch chủng ngừa và cùng loại vắc xin (nhóm chứng lịch sử).

Nghiên cứu đã thu được một số kết quả chính như sau:

- Có 296 trẻ sinh non tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ nam chiếm 56,1% với tuổi thai trung bình 30 tuần.
- Các mẫu máu xét nghiệm được thu thập từ 220 trẻ (74,3%), bao gồm các mẫu thu thập

trước chủng ngừa, 1 tháng sau chủng chuỗi liều cơ bản, và 1 tháng sau mũi nhắc.

- Sau chuỗi liều cơ bản, tỷ lệ trẻ sinh non ở tất cả các nhóm tuổi thai (gồm cả nhóm sinh cực non) có nồng độ kháng thể IgG đạt ngưỡng bảo vệ chống độc tố ho gà, bạch hầu, uốn ván, và 6 trong 10 type huyết thanh của phế cầu dao động trong khoảng 83% đến 100%. Tuy nhiên, nồng độ IgG chống Haemophilus influenzae type b chỉ đạt trong khoảng 34,7% đến 46,2% (40,6% khi xét chung ở tất cả trẻ sinh non) và trong khoảng 45,8% đến 75,1% đối với phế cầu type huyết thanh 4, 6B, 18C, và 23F.
- Sau mũi tiêm nhắc, hơn 95% trẻ sinh non ở tất cả các nhóm tuổi (bao gồm cả nhóm sinh cực non) đạt được mức kháng thể bảo vệ, ngoại trừ

đối với Haemophilus influenzae type b (88,1%).

– Nhìn chung, GMCs của tất cả kháng thể IgG tạo từ vắc xin đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở trẻ sinh non so với trẻ đủ tháng, ngoại trừ kháng thể kháng độc tố ho gà và phế cầu các type huyết thanh 4 và 19F sau các mũi vắc xin cơ bản và mũi nhắc.

Nghiên cứu của Rouers đã chứng tỏ, đối với nhóm trẻ sinh non, chủng ngừa theo chương trình quốc gia trong năm tuổi đầu tiên có tương quan với các mức kháng thể bảo vệ ở phần lớn trẻ sau các mũi chủng cơ bản và mũi nhắc, ngoại trừ đối với Haemophilus influenzae type b. Tuy nhiên, nồng độ kháng thể nhìn chung thấp hơn đáng kể ở nhóm trẻ sinh non so với nhóm chứng lịch sử./.

## KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG FOLEY VÀ NGUY CƠ SINH NON TRONG THAI KỲ KẾ TIẾP: KẾT QUẢ CỦA NGHIÊN CỨU NỐI TIẾP HAI THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN CÓ NHÓM CHỨNG (PROBAAT-1 VÀ PROBAAT-2)

de Vaan MDT, Blel D, Bloemenkamp KWM, Jozwiak M, Ten Eikelder MLG, de Leeuw JW, Oudijk MA, Bakker JJH, Rijnders RJP, Papatsonis DN, Woiski M, Mol BW, de Heus R. Induction of labor with Foley catheter and risk of subsequent preterm birth: follow-up study of two randomized controlled trials (PROBAAT-1 and -2). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021 Feb;57(2):292-297. doi: 10.1002/uog.23117. PMID: 32939850.

BS. Nguyễn Thành Nam - Bệnh viện Mỹ Đức

Khởi phát chuyển dạ là thủ thuật sản khoa phổ biến, thực hiện khi những nguy cơ của việc kéo dài thai kỳ nhiều hơn những lợi ích mang lại. Có đến 25 – 30% thai phụ được khởi phát chuyển dạ, theo thống kê tại Hoa Kỳ và Anh Quốc. Khởi phát chuyển dạ bằng Foley là một phương pháp cơ học phổ biến, hiệu quả và tính an toàn tương đương các biện pháp khác. Tuy nhiên, có một số lo ngại cho rằng các kích thích cơ học bằng bóng chèn này làm giãn cổ tử cung, gây phá hủy cấu trúc mô cổ tử cung và do đó, làm tăng nguy cơ sinh non ở những thai kỳ kế tiếp.

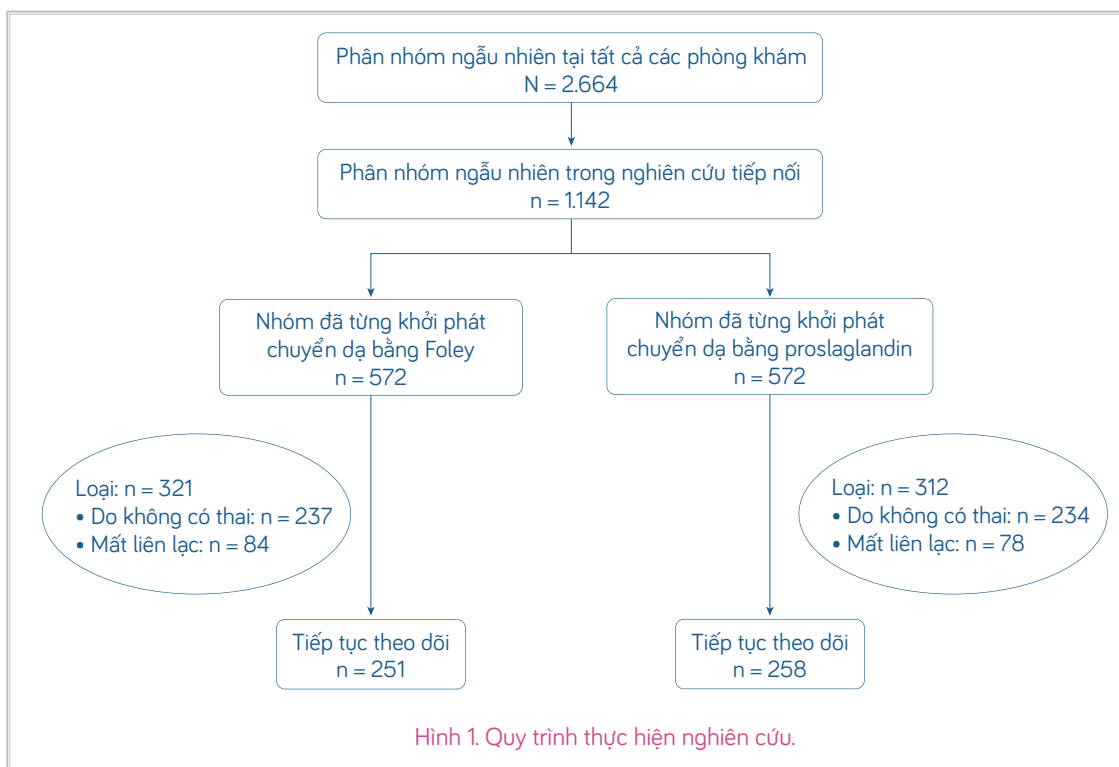
Trước đây, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, đa trung tâm (RCT) PROBAAT-1 (2009 – 2010, n = 824) đã so sánh 412 thai phụ khởi phát chuyển dạ bằng Foley và 412 thai phụ khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin E2 dạng gel đường âm đạo, cho thấy ưu điểm của khởi phát chuyển dạ bằng Foley trong việc giảm tỷ lệ thai suy trong chuyển dạ. Sau đó, RCT PROBAAT-2 (2012 – 2013, n = 1.859) tiếp tục chứng minh tính hiệu quả tương đương giữa nhóm khởi phát chuyển dạ bằng Foley (n = 929) và nhóm khởi phát chuyển dạ bằng misoprostol đường uống (n

= 932). Khởi phát chuyển dạ bằng Foley không làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong cả hai RCTs khi so sánh với nhóm chứng.

Gần đây, Vaan và cộng sự (2020) đã công bố kết quả của một nghiên cứu tiến cứu nối tiếp hai thử nghiệm trên nhằm đánh giá tỷ lệ sinh non trong thai kỳ kế tiếp ở những phụ nữ đã từng khởi phát chuyển dạ bằng Foley, so sánh với nhóm phụ nữ từng khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin. Có 1.142 phụ nữ tham gia nghiên cứu, trong đó 251/572 phụ nữ từng khởi phát chuyển dạ bằng Foley và 258/570 phụ nữ từng khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin có thai diễn tiến > 16 tuần và tiếp tục được theo dõi tại 14 bệnh viện. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm dân số về mặt tuổi tác, BMI, chủng tộc, số lần sinh và phương pháp sinh. Tỷ lệ sinh non là 9/251 (3,6%) trong nhóm từng khởi phát chuyển dạ bằng Foley, so sánh với 10/258 (3,9%) trong nhóm từng khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin (RR 0,93; KTC 95%, 0,38 – 2,24), và tỷ lệ sinh non tự phát lần lượt là 5/251

(2,0%) và 5/258 (1,9%), (RR 1,03, KTC 95%, 0,30 – 3,51). Nhóm tác giả kết luận rằng việc khởi phát chuyển dạ bằng Foley 30cc không liên quan đến tăng nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp, so sánh với nhóm khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin. Điểm mạnh của nghiên cứu là dựa trên 2 RCTs lớn, giảm thiểu tối đa các yếu tố làm sai lệch hoặc các yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn. Tuy nhiên, nghiên cứu còn tồn tại một số nhược điểm như chưa thu thập thông tin về quá trình điều trị phụ khoa có can thiệp lên cổ tử cung giữa 2 lần mang thai, chưa xem xét đến các biến cố thể ảnh hưởng đến tỷ lệ sinh non lần này như khoảng cách giữa 2 lần mang thai, tiền sử sinh non trước đây hoặc các yếu tố kinh tế – xã hội khác.

Tóm lại, nghiên cứu phủ định giả thuyết cho rằng khởi phát chuyển dạ bằng Foley gây tăng nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp. Khởi phát chuyển dạ bằng Foley là một phương pháp hiệu quả, an toàn hơn các phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng thuốc khác./.



Hình 1. Quy trình thực hiện nghiên cứu.