

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

JOURNAL CLUB

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.

HOẠT ĐỘNG THỂ CHẤT – TẬP THỂ DỤC KHI MANG THAI VÀ SAU SINH

Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 804. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e178–88.

BS. Nguyễn Thị Tố Uyên, ThS. BS. Hà Thanh Nhã Yến - Bệnh viện Mỹ Đức

Khuyến cáo

Hoạt động thể chất thường xuyên trong các giai đoạn của cuộc đời, bao gồm cả khi mang thai, mang lại nhiều lợi ích cho sức khỏe. Mang thai là thời điểm lý tưởng để duy trì hoặc áp dụng lối sống lành mạnh. Vì vậy, Hội Sản Phụ khoa Mỹ đưa ra các khuyến nghị sau:

- Hoạt động thể chất và tập thể dục trong thai kỳ làm giảm thiểu nhiều rủi ro và mang lại lợi ích cho hầu hết phụ nữ, dù vậy, một vài điều chỉnh trong phương thức tập luyện thông thường là cần thiết để phù hợp hơn với những thay đổi về giải phẫu và sinh lý trong thai kỳ cũng như nhu cầu của thai nhi.
- Đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng nên được tiến hành trước khi hướng dẫn một chương trình tập luyện cho thai phụ nhằm đảm bảo không có lý do nào về y khoa khiến thai phụ cần tránh tập luyện.
- Phụ nữ mang thai không có nguy cơ nên được khuyến khích tham gia các bài tập thể dục nhịp điệu và tập sức bền cả trước mang thai, trong thai kỳ và sau sinh.
- Bác sĩ sản phụ khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa khác nên đánh giá cẩn thận những phụ nữ mang thai có nguy cơ hoặc biến chứng trước khi đưa ra khuyến cáo về việc tham gia hoạt động thể chất trong thai kỳ. Hạn chế vận động không nên được chỉ định thường quy như 1 phương pháp giảm nguy cơ sinh non.
- Cần thêm nhiều nghiên cứu về tác động của

tập thể dục trong những trường hợp riêng biệt và kết cục thai kỳ và làm rõ các biện pháp tư vấn hiệu quả về thay đổi thói quen cũng như hình thức, tần suất và cường độ tập thể dục tối ưu. Nghiên cứu tương tự rất cần thiết để tạo ra cơ sở chứng cứ y khoa về tác động của hoạt động thể chất trong công việc đến sức khỏe mẹ và thai nhi.

Lợi ích của tập thể dục trong thai kỳ

- Tăng tỷ lệ:
 - Sinh ngả âm đạo
- Giảm tỷ lệ:
 - Tăng cân quá mức trong thai kỳ
 - Đái tháo đường thai kỳ
 - Rối loạn tăng huyết áp thai kỳ (được định nghĩa là tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật)
 - Sinh non
 - Mổ lấy thai
 - Sinh con nhẹ cân

Dấu hiệu cảnh báo cần ngừng tập thể dục khi mang thai

- Xuất huyết âm đạo
- Đau bụng
- Các cơn co thắt thường xuyên
- Rỉ nước ối
- Khó thở trước khi gắng sức
- Chóng mặt
- Đau đầu

- Đau ngực.
- Yếu cơ ảnh hưởng khả năng giữ thăng bằng.
- Đau hoặc phù bắp chân.

Đặc điểm của một chế độ tập thể dục an toàn và hiệu quả trong thai kỳ

- Thời gian bắt đầu: tam cá nguyệt thứ nhất, tuổi thai > 12 tuần.
- Thời gian của một buổi tập: 30 – 60 phút.
- Số lần tập mỗi tuần: ít nhất 3 – 4 lần (có thể tập hàng ngày).

- Cường độ tập: nhịp tim khi tập < 60 – 80% nhịp tim tối đa theo tuổi mẹ (thường không quá 140 nhịp/phút).
- Môi trường tập: thông thoáng hoặc nhiệt độ được kiểm soát (có máy điều hòa nhiệt độ, tránh tiếp xúc lâu với nhiệt độ cao).
- Cường độ tập thể dục tự theo dõi (thang Borg): trung bình (12 – 14 theo thang Borg).
- Giám sát tập thể dục: ưu tiên, nếu có thể.
- Thời gian kết thúc: đến khi sinh (nếu có thể).

TIẾP CẬN BẠCH CẦU TRONG TINH DỊCH

Velez D, Ohlander S, Niederberger C, 2021. Pyospermia: background and controversies. *F&S Reports* 2, 2-6. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2021.01.001>.

BS. Lê Khắc Tiến – Bệnh viện Mỹ Đức

Giới thiệu

Bạch cầu trong tinh dịch (leukocytospermia) hay mũ trong tinh dịch (pyospermia) là trường hợp xuất hiện > 1×10^6 tế bào bạch cầu/ml tinh dịch, theo định nghĩa của Hiệp hội Niệu khoa Hoa Kỳ (AUA). Đây là một vấn đề gây bối rối cho nhiều bác sĩ niệu khoa hay nam khoa – hiếm muộn vì chưa rõ cơ chế bệnh sinh cũng như chưa có đồng thuận rõ ràng về cách xử trí. Bài viết sau đây lược dịch từ bài tổng quan của tác giả Velez và cộng sự về tình trạng bạch cầu trong tinh dịch và những hướng tiếp cận hiện tại, hy vọng sẽ cung cấp thêm cho các đồng nghiệp cái nhìn tổng quan cũng như cách tiếp cận hiện tại dựa trên chứng cứ đối với tình trạng này.

Phương pháp tìm kiếm y văn của tác giả

Nhóm tác giả tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu PubMed với từ khóa “pyospermia”, “leukocytospermia”, “male infertility” và “treatment” cũng như tìm kiếm các hướng dẫn

của các hiệp hội chính quy trên thế giới về chẩn đoán và điều trị bạch cầu trong tinh dịch.

Chẩn đoán

Theo hướng dẫn của AUA, nghi ngờ bạch cầu trong tinh dịch khi xuất hiện > 1×10^6 tế bào tròn (round cells) trên kính hiển vi. Các tế bào tròn được chia làm hai nhóm: tế bào viêm và tế bào không viêm. Tế bào viêm bao gồm bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu lympho và đại thực bào. Tế bào không viêm bao gồm tinh trùng non, tế bào biểu mô hoặc tinh trùng thoái hóa thiếu các đặc điểm nhận dạng điển hình như acrosome, thân, đuôi,... Trong trường hợp phát hiện các tế bào tròn trong tinh dịch, nên sử dụng thêm các loại thuốc nhuộm hoặc các phương pháp khác để phân biệt bạch cầu và các tế bào tròn trông giống bạch cầu. Mặc dù bạch cầu đóng vai trò giám sát miễn dịch và loại trừ các tinh trùng bất thường thông qua cơ chế thực bào, sự hiện diện của một số lượng lớn bạch cầu

lại làm tăng nồng độ gốc oxy hóa tự do, gây ảnh hưởng nghiêm trọng khả năng di động và thụ tinh của tinh trùng. Những phương pháp giúp phân biệt bạch cầu với các tế bào tròn khác gồm:

- Nhuộm Peroxidase orthotoluidine blue. Đây là phương pháp nhuộm được WHO khuyến cáo, dù độ nhạy thấp (4760%) hơn so với phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch hoặc dòng chảy tế bào (> 90%).
- Nhuộm Papanicolaou.
- Phương pháp dòng chảy tế bào (Flow cytometry).
- Nhuộm kháng thể bạch cầu (Antibody stains for leukocyte antigens (VD: CD18, CD45)).
- Lai huỳnh quang tại chỗ (Fluorescence in situ hybridization).

Nghiên cứu của Signman và Lope đã cho thấy tầm quan trọng của việc phân biệt bạch cầu với các tế bào tròn khác. Khi phân tích 627 trường hợp nam giới hiếm muộn, 9% trường hợp có >1 triệu tế bào tròn trong tinh dịch. Tuy nhiên, khi nhuộm hóa mô miễn dịch để tìm các kháng nguyên trên bề mặt bạch cầu, chỉ có 35% trong số đó thực sự là có bạch cầu trong tinh dịch.

Bệnh nguyên

Khó để thiết lập một ngưỡng tăng bạch cầu trong tinh dịch để phân biệt giữa tăng do nhiễm trùng hay chỉ do phản ứng viêm đơn thuần. Các nguyên nhân không do nhiễm bao gồm các độc tố (từ môi trường, thuốc lá, rượu hoặc sử dụng cần sa,...), dẫn tinh mạch tinh, bệnh lý tự miễn, tinh trùng di động kém, viêm tuyến tiền liệt mãn tính, dị dạng niệu dục bẩm sinh (ví dụ van niệu đạo sau). Mối quan hệ giữa sự hiện diện của vi khuẩn và bạch cầu trong tinh dịch vẫn còn là một câu hỏi chưa có lời đáp. Một hồi cứu 7.852 trường hợp của tác giả Domes và cộng sự cho thấy không có mối liên quan giữa tình trạng vi khuẩn trong tinh dịch và mật độ, độ di động và hình thái của tinh trùng. Thêm vào đó, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng vi khuẩn trong tinh dịch và bạch cầu trong tinh dịch (trong nghiên cứu này, định nghĩa bạch cầu

trong tinh dịch là có >1 bạch cầu đa nhân trung tính/100 tinh trùng). Nghiên cứu của nhóm tác giả Filipiak và cộng sự cũng cho kết quả tương đương khi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng có vi khuẩn trong tinh dịch và các chỉ số tinh dịch đồ, với định nghĩa có vi khuẩn trong tinh dịch là khi có >10.000 cụm/mL xuất tinh. Dù nhóm nam giới có vi khuẩn trong tinh dịch chiếm tới 70% dân số nghiên cứu, chỉ có 6 trường hợp có bạch cầu trong tinh dịch theo định nghĩa của WHO và 4 trong số đó không kèm tình trạng có vi khuẩn trong tinh dịch. Những nghiên cứu gần đây sử dụng công nghệ giải trình tự thế hệ mới (NGS) cho thấy không phải sự hiện diện của vi khuẩn trong tinh dịch, mà là tỷ lệ của các lợi khuẩn có trong tinh dịch, ví dụ Lactobacillus, mới là yếu tố tác động đến chất lượng tinh trùng, tương tự như hệ vi khuẩn trong phân hoặc âm đạo.

Quản lý

Sử dụng kháng sinh

Tác giả Brunner và cộng sự tổng hợp 11 y văn hiện có lượng giá tình trạng bạch cầu trong tinh dịch, với 3 trong số các nghiên cứu cho thấy sử dụng kháng sinh có hiệu quả khi so sánh với nhóm chứng, 3 nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt. Một nghiên cứu phân bố ngẫu nhiên bệnh nhân có bạch cầu trong tinh dịch vào 4 nhóm: sử dụng doxycycline (100 mg hàng ngày trong tuần đầu, sau đó 100 mg cách ngày trong 3 tuần tiếp theo), giả dược, xuất tinh thường xuyên và xuất tinh thường xuyên kèm với giả dược. Nhóm nghiên cứu thấy rằng hiệu quả cao nhất đạt được ở nhóm sử dụng liệu pháp kết hợp kháng sinh và xuất tinh thường xuyên, và kết quả này ổn định trong 3 tháng theo dõi. Có 10 trường hợp có thai tự nhiên trong thời gian điều trị. Kết quả này có thể do việc xuất tinh thường xuyên tạo hiệu ứng rửa trôi và giúp tăng hiệu quả của sử dụng kháng sinh. Trong một nghiên cứu so sánh hiệu quả với giả dược, tác giả Yamamoto và cộng sự đã chia bệnh nhân thành hai nhóm sử dụng trimethoprim-sulfamethoxazole 2 lần mỗi

ngày trong vòng 1 tháng kèm hoặc không kèm xuất tinh liên tục. Kết quả cho thấy 76% nam giới thực hiện liệu pháp kết hợp có cải thiện, so sánh với 56% ở nhóm chỉ dùng kháng sinh và 6,7% ở nhóm sử dụng giả dược. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác của tác giả Hamada và cộng sự cho thấy không có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê trong các thông số tinh dịch đồ ở bệnh nhân điều trị doxycycline (100 mg x 2 lần/ngày trong vòng 3 tuần), kết quả này có thể do định nghĩa bạch cầu trong tinh dịch của nghiên cứu này là $\geq 0,2 \times 10^6$ bạch cầu/mL. Điều thú vị là tỷ lệ thai ở nhóm điều trị vẫn cao hơn so với nhóm chứng (47% so với 20%).

Tổng kết lại, các phương pháp điều trị kháng sinh phổ biến hiện nay là:

- Doxycycline 100 mg (100 mg x 2 lần/ngày trong 3 – 4 tuần).
- Trimethoprim-sulfamethoxazole (80 mg/400 mg x 2 lần/ngày trong 4 tuần).
- Kết hợp hai loại kháng sinh trên kèm hoặc không kèm với xuất tinh thường xuyên (mỗi 3 ngày 1 lần).

Các chất kháng viêm

Tác giả Oliva và Multigner thực hiện một nghiên cứu đánh giá hiệu quả của ketotifen (1 mg x 2 lần/ngày trong 3 tháng), một chất kháng histamin giúp ổn định các dưỡng bào (mast cell) ở bệnh nhân có bạch cầu trong tinh dịch kèm hiếm muộn. Dù không có nhóm chứng, nhưng nghiên cứu này cho thấy có sự cải thiện ở tình trạng bạch cầu trong tinh dịch sau 4 tuần điều trị. Độ di động (tăng từ 42% lên 55%) và hình dạng của tinh trùng (tăng từ 35% đến 44%) có cải thiện tại thời điểm 8 tuần sau điều trị. Có 16 trong tổng số 55 bệnh nhân đã có thai tự nhiên trong vòng 6 tháng kể từ thời điểm sử dụng ketotifen.

Cyclooxygenase-2 inhibitors là một nhóm NSAIDs giúp giảm tiết prostaglandin, từ đó giảm viêm. Tác giả Gambera và cộng sự sử dụng 25 mg rofecoxib mỗi ngày trong vòng 30 ngày cho 47 nam giới có tình trạng bạch cầu trong tinh

dịch. Kết quả cho thấy độ di động tiến tới tăng từ 23,3% lên 46,9% và hình dạng tinh trùng tăng từ 19% lên 34%, tình trạng bạch cầu trong tinh dịch không còn nữa. Không có tác dụng phụ nào được ghi nhận trong nghiên cứu. Có 3 trường hợp có thai tự nhiên và 7 trường hợp có thai sau IUI (thực hiện vào 6 – 8 tuần sau điều trị). Tác giả Lackner và cộng sự trong nghiên cứu đã sử dụng valdecoxib (20 mg mỗi ngày) cho 12 bệnh nhân có tình trạng bạch cầu trong tinh dịch. Mặc dù kết quả tinh dịch đồ sau 3 tháng điều trị cho thấy tình trạng bạch cầu trong tinh dịch vẫn chưa được giải quyết hoàn toàn, mật độ, độ di động tiến tới và hình dạng tinh trùng đều được ghi nhận có cải thiện hơn so với trước khi điều trị. Cả hai nghiên cứu trên đều có nhược điểm là không có nhóm chứng để so sánh.

Như vậy, những chất kháng viêm thường được sử dụng nhất là:

- Kháng histamin: ketotifen (1 mg x 2 lần/ngày trong 3 tháng).
- NSAIDs: rofecoxib (25 mg mỗi ngày trong 1 tháng) hoặc valdecoxib (20 mg mỗi ngày trong 2 tuần).

Nhiều câu hỏi lâm sàng còn bỏ ngỏ chưa có câu trả lời ví dụ như bệnh nhân cần điều trị trong bao lâu? Hiệu quả có được duy trì sau điều trị? Bệnh nhân có cần lặp lại điều trị sau một khoảng thời gian nào đó hay không? Mặc dù các thông số tinh dịch đồ đều cho thấy có cải thiện trong các nghiên cứu, tuy nhiên, các thông số về tỷ lệ thai lại ít được báo cáo? Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản có thể cải thiện tình trạng này hay không?

Ảnh hưởng đến kỹ thuật hỗ trợ sinh sản?

Một phân tích đa biến của tác giả Ricci và cộng sự ở 164 cặp vợ chồng thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm cổ điển hoặc tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) trong đó người chồng có bạch cầu trong tinh dịch ghi nhận không có sự khác biệt về tỷ lệ thụ tinh và tỷ lệ phôi phân cắt, sau khi hiệu chỉnh điểm cắt để chẩn đoán bạch cầu trong tinh dịch từ $0,2 \times 10^6$ bạch cầu/mL lên 2×10^6 bạch cầu/mL. Tuy nhiên,

một nghiên cứu khác của tác giả Yilmaz và cộng sự cho thấy ở các cặp vợ chồng thực hiện ICSI có $>1 \times 10^6$ bạch cầu trong tinh dịch có tỷ lệ thụ tinh và sự phát triển của phôi kém hơn so với các cặp vợ chồng mà chồng có $<1 \times 10^6$ bạch cầu trong tinh dịch, tuy vậy, tỷ lệ thai không bị ảnh hưởng. Một nghiên cứu theo dõi 7 năm trên hơn 1900 cặp vợ chồng hiếm muộn thực hiện IVF/ICSI cho thấy tỷ lệ thụ tinh, số phôi phân cắt, tỷ lệ thai tương quan thuận với số lượng bạch cầu trong tinh dịch. Những kết quả trái ngược nhau này làm cho câu hỏi về ảnh hưởng của bạch cầu trong tinh dịch đến kỹ thuật hỗ trợ sinh sản vẫn còn là một câu hỏi chưa có câu trả lời rõ ràng.

Phác đồ tham khảo để chẩn đoán và điều trị các trường hợp mũ trong tinh dịch

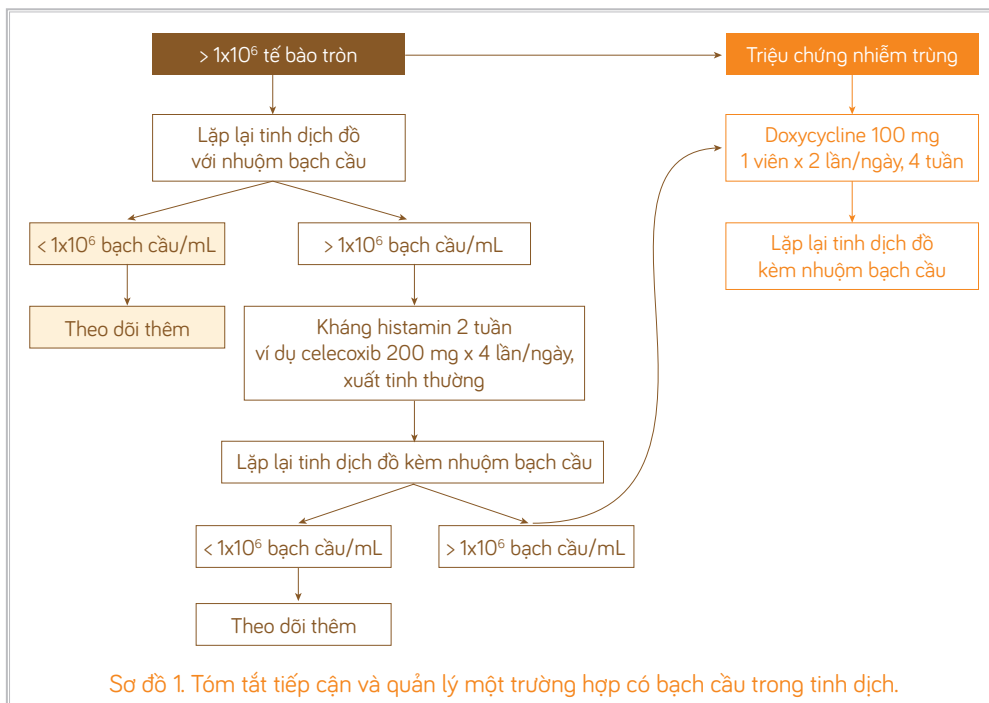
Phác đồ tham khảo được trình bày trong hình dưới (nguồn: Đại học Illinois tại Chicago). Những nam giới có $>1 \times 10^6$ tế bào tròn/mL tinh dịch được chỉ định nhuộm Papanicolaou. Trường hợp nam giới có triệu chứng nhiễm trùng (đau vùng chậu, tiểu khó, xuất tinh đau,...) và/hoặc có bạch cầu trong tinh dịch sẽ được chỉ định điều trị kháng sinh. Kháng sinh được chỉ định sử dụng là doxycycline 100 mg x 2 lần/

ngày trong 4 tuần, sau đó lặp lại tinh dịch đồ để kiểm tra. Nam giới có $>1 \times 10^6$ bạch cầu/mL mà không triệu chứng nhiễm trùng cấp tính có thể khởi đầu sử dụng các chất kháng viêm, ví dụ celecoxib (200 mg/ngày trong vòng 2 tuần) và xuất tinh thường xuyên (mỗi 2 – 3 ngày/lần), sau đó lặp lại tinh dịch đồ (có nhuộm tìm bạch cầu). Trong trường hợp $>1 \times 10^6$ bạch cầu/mL, tiếp tục sử dụng thêm 4 tuần doxycycline (100 mg x 2 mỗi ngày).

Nam giới nên được khám kiểm tra thêm về tình trạng dẫn tinh mạch tinh, khai thác đầy đủ các yếu tố về hút thuốc, sử dụng cần sa, rượu bia, sử dụng ma túy hoặc thói quen tắm nước nóng, xông hơi... Nếu có các yếu tố trên, bệnh nhân nên được tư vấn giảm bớt hoặc ngưng hẳn để theo dõi sự cải thiện trong tinh dịch đồ.

Những bệnh nhân đã có dự định thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm vẫn nên nhuộm để chẩn đoán với các trường hợp có các tế bào tròn khác bạch cầu trong tinh dịch, và kết quả điều trị thụ tinh trong ống nghiệm có thể sẽ không khác biệt nhiều so với các trường hợp không có bạch cầu trong tinh dịch.

Sơ đồ 1 tóm tắt cách tiếp cận và quản lý một trường hợp có bạch cầu trong tinh dịch.



Sơ đồ 1. Tóm tắt tiếp cận và quản lý một trường hợp có bạch cầu trong tinh dịch.

CHỈ ĐỊNH CHẤM DỨT THAI KỲ GIAI ĐOẠN NON THÁNG MUỘN VÀ VỪA ĐỦ THÁNG

ACOG Committee Opinion No.818 Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries.
Obstetrics & Gynecology. Vol. 137, No.2 Feb 2021.

BS. Lê Tiểu My – Bệnh viện Mỹ Đức

Các nguy cơ của việc chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và chớm đủ tháng hiện khá rõ. Tương tự, các tai biến liên quan việc chủ động chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn < 39 tuần cũng đã mô tả. Tuy nhiên, cũng có nhiều trường hợp do các vấn đề từ mẹ, thai và bất thường bánh nhau cần chủ động chấm dứt thai kỳ sớm. Thời điểm chấm dứt thai kỳ trong những trường hợp này cần cân nhắc nguy cơ, lợi ích cho cả mẹ và bé so với lựa chọn theo dõi kéo dài thai kỳ.

Dù còn nhiều tranh cãi lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ thích hợp trong một số trường hợp do không đủ dữ liệu, ACOG và SMFM vẫn công bố hướng dẫn chỉ định chấm dứt thai kỳ (CDTK) trước 39 tuần cho những trường hợp

có bất thường ở mẹ, thai và bánh nhau. Khuyến cáo này áp dụng cho nhóm thai non tháng muộn (late-preterm – tuổi thai từ 34^{0/7} – 36^{6/7} tuần) và chớm đủ tháng (early-term – tuổi thai từ 37^{0/7} tuần – 38^{6/7} tuần) dựa trên những bằng chứng cập nhật nhất.

Tóm tắt khuyến cáo:

- Không khuyến cáo trì hoãn chấm dứt thai kỳ đến 39 tuần nếu mẹ có chỉ định CDTK sớm hơn (bảng chỉ định một số chỉ định bên dưới).
- Trong trường hợp chỉ định CDTK ở thai non tháng muộn nên cho một liều betamethasone trong vòng 7 ngày nếu chưa tiêm corticosteroid trước đó. Tuy nhiên, không trì hoãn việc chỉ định CDTK vì bổ sung corticosteroid trước sinh.

Bảng 1. Khuyến cáo thời điểm chấm dứt thai kỳ khi có bệnh lý đi kèm.

Tình trạng	Thời điểm chung	Thời điểm đề nghị
TÌNH TRẠNG BÁNH NHAU / TỬ CUNG		
– Nhau tiền đạo	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 37 ^{6/7} tuần
– Nghi ngờ nhau cài răng lược	Non tháng muộn	34 ^{0/7} – 35 ^{6/7} tuần
– Mạch máu tiền đạo	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	34 ^{0/7} – 37 ^{0/7} tuần
– Tiền căn mổ lấy thai cổ điển (đường dọc giữa)	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 37 ^{0/7} tuần
– Tiền căn bóc u xơ cơ tử cung có chỉ định mổ lấy thai	Chớm đủ tháng (cá thể hóa)	37 ^{0/7} – 38 ^{6/7} tuần
– Tiền căn vỡ tử cung	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 37 ^{0/7} tuần
TÌNH TRẠNG THAI		
– Thiếu ối (đơn độc hoặc không biến chứng – KOLN < 2cm)	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 37 ^{6/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
– Đa ối (nhẹ, vô căn)	Đủ tháng	39 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
– Thai giới hạn tăng trưởng (đơn thai)		38 ^{0/7} – 39 ^{0/7} tuần
▷ Không biến chứng, không bất thường đi kèm, EFW từ BPV 3 – 10	Chớm đủ tháng/ đủ tháng	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ Không biến chứng, không bất thường khác đi kèm, EFW < BPV 3	Chớm đủ tháng	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ Bất thường Doppler ĐM rốn: giảm sóng cuối tâm trương	Chớm đủ tháng	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ Bất thường Doppler ĐM rốn: mất sóng cuối tâm trương	Non tháng/ Non tháng muộn	33 ^{0/7} – 34 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ Bất thường Doppler ĐM rốn: đảo ngược sóng cuối tâm trương	Non tháng	30 ^{0/7} – 32 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ Có bất thường đi kèm (thiếu ối, TSG, THA mạn...)	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	34 ^{0/7} – 37 ^{6/7} tuần

Tình trạng	Thời điểm chung	Thời điểm đề nghị
– Đa thai – không biến chứng		
▷ DCDA	Chớm đủ tháng	38 ^{0/7} – 38 ^{6/7} tuần
▷ MCDA	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	34 ^{0/7} – 37 ^{6/7} tuần
▷ MCMA	Non tháng/non tháng muộn	32 ^{0/7} – 34 ^{0/7} tuần
▷ Đa thai (3 thai trở lên)	Non tháng/non tháng muộn	Cá thể hóa
– Bất tương hợp nhóm máu		
▷ Không cần truyền máu trong tử cung	Chớm đủ tháng	37 ^{0/7} – 38 ^{6/7} tuần
▷ Cần truyền máu trong tử cung	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	Cá thể hóa
TÌNH TRẠNG MẸ		
– THA trong thai kỳ		
▷ THA mạn: đơn độc, không biến chứng, kiểm soát được và không cần thuốc	Chớm đủ tháng/ đủ tháng	38 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
▷ THA mạn: đơn độc, không biến chứng, kiểm soát được và có dùng thuốc	Chớm đủ tháng/ đủ tháng	37 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
▷ THA mạn: khó kiểm soát (cần điều chỉnh thuốc thường xuyên)	Non tháng muộn/ chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 37 ^{6/7} tuần
▷ THA thai kỳ: huyết áp không ở mức độ nặng	Chớm đủ tháng	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ THA thai kỳ: huyết áp tăng ở mức độ nặng	Non tháng muộn	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ TSG không có dấu hiệu nặng	Chớm đủ tháng	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ TSG có dấu hiệu nặng, tình trạng mẹ và thai ổn định, thai có khả năng sống (quan tâm hàng đầu)	Non tháng muộn	37 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ TSG có dấu hiệu nặng, không ổn định/có biến chứng, thai có khả năng sống (quan tâm hàng đầu và HELLP)	Ngay sau khi tình trạng mẹ ổn định	Ngay sau khi tình trạng mẹ ổn định
▷ TSG có dấu hiệu nặng, trước khi thai có khả năng sống	Ngay sau khi tình trạng mẹ ổn định	Ngay sau khi tình trạng mẹ ổn định
– Đái tháo đường		
▷ ĐTĐ trước khi mang thai kiểm soát tốt	Đủ tháng	39 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
▷ ĐTĐ có biến chứng mạch máu, kiểm soát đường huyết kém và tiền sử thai lưu	Non tháng muộn/ chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 38 ^{6/7} tuần
▷ ĐTĐTK: kiểm soát tốt bằng dinh dưỡng và thể dục	Đủ tháng	39 ^{0/7} – 40 ^{6/7} tuần
▷ ĐTĐTK: kiểm soát tốt bằng thuốc	Đủ tháng	39 ^{0/7} – 39 ^{6/7} tuần
▷ ĐTĐTK: kiểm soát kém	Non tháng muộn/ chớm đủ tháng	Cá thể hóa
– HIV		
▷ Tiếp xúc màng ối ▷ hoặc tải lượng virus > 1.000 copies/mL	Mổ lấy thai chớm đủ tháng	38 ^{0/7} tuần
▷ Tải lượng virus ≤ 1000 copies/mL với trị liệu kháng retrovirus	Đủ tháng (không chỉ định chớm đủ tháng)	39 ^{0/7} tuần hoặc muộn hơn
– Ứ mật trong gan trong thai kỳ		
▷ Nồng độ acid mật < 100 µmol/L	Non tháng muộn/chớm đủ tháng	36 ^{0/7} – 39 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
▷ Nồng độ acid mật ≥ 100 µmol/L	Non tháng muộn	36 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
TÌNH TRẠNG SẢN KHOA		
– Vỡ ối non trên thai non tháng (PPROM)	Non tháng muộn	34 ^{0/7} tuần hoặc tại thời điểm chẩn đoán nếu muộn hơn
– Vỡ ối non (thai từ 37 ^{0/7} tuần trở lên)	Nhìn chung, ở thời điểm chẩn đoán	Nhìn chung, ở thời điểm chẩn đoán
– Tiền sử thai lưu	Đủ tháng (không khuyến cáo CDTK chớm đủ tháng thường quy)	Cá thể hóa

Từ viết tắt: CDTK: chấm dứt thai kỳ, ĐTĐ: đái tháo đường, ĐTĐTK: đái tháo đường thai kỳ; THA: tăng huyết áp; TSG: tiền sản giật.