

CÁC TIỀN BỘ CỦA SIÊU ÂM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG SẢN PHỤ KHOA

- 04 Tiếp cận siêu âm hình thái học thai nhi ở tam cá nguyệt thứ nhất
BS. Võ Tá Sơn
- 12 Siêu âm tầm soát dị tật quý I thai kỳ
BS. Huỳnh Chính, BS. Nguyễn Việt Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 19 Siêu âm bất thường thai trước 11 tuần
BS. Nguyễn Hải Đăng, BS. Võ Tá Sơn
- 27 Thai chậm tăng trưởng trong tử cung: những quan điểm và đồng thuận mới
BS. CKI Lâm Thị Ngọc Ánh, BS. CKI Nguyễn Anh Duy, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 35 Cơ chế điều hòa mạch máu và siêu âm doppler ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung
BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 40 Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán bất thường não thai nhi
BS. Nguyễn Thị Thu Trang, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 49 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán Alpha Thalassemia
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 52 Chẩn đoán trước sinh tật cằm nhỏ
BS. Tôn Thanh Tâm, BS. Võ Tá Sơn
- 57 Dấu hiệu “đường xếp chồng” (superimposed line sign – SLS) – một dấu hiệu siêu âm mới giúp chẩn đoán sớm chèn vòm khẩu cái ở thai
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 59 Lựa chọn mô hình sàng lọc hội chứng Down trong giai đoạn chuyển giao NIPT
BS. Nguyễn Hoàng Long, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 65 Vai trò của siêu âm trong chuyển dạ
BS. Nguyễn Thị Tuyết Hà, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 70 Giá trị của siêu âm nhũ 3D tự động ABVS so với siêu âm nhũ 2D trong phát hiện bất thường tuyến vú tại Bệnh viện Phụ nữ TP Đà Nẵng
ThS. BS. Bùi Thị Như Quỳnh, ThS. BS. Võ Xuân Phúc, ThS. BS. Nguyễn Thị Thùy Trang
- 74 Siêu âm khảo sát khuyết sọ mở lấy thai theo đồng thuận Dephi 2019
BS. CKI Lê Tiểu My
- 78 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán u xơ tử cung và bệnh tuyến cơ tử cung
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 84 Cập nhật một số cơ chế bệnh sinh tiền sản giật
TS. BS. Trương Thị Linh Giang
- 89 U xơ cơ tử cung và thai kỳ
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 92 Cập nhật bệnh lý cổ tử cung liên quan đến chức năng sinh sản
Hồ Ngọc Lan Nhi, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 96 Sử dụng thuốc lá điện tử và sức khỏe sinh sản
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 100 Đáp án ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
Nhóm bác sĩ bệnh viện Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

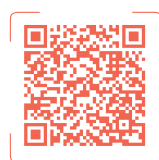
Journal Club

- 103 Tiếp cận xử trí thai chết lưu (Đồng thuận của Hội Sản Phụ khoa Mỹ)
- 106 Ối vỡ trước chuyển dạ (Khuyến cáo thực hành của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ)
- 108 Cập nhật Cytomegalovirus và thai kỳ từ Hướng dẫn của ISUOG 2020

Mời viết bài Y học sinh sản



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



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”
Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021

Hội viên liên kết
Bạch kim năm 2020



Hội viên liên kết
Vàng năm 2020



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.

TIẾP CẬN XỬ TRÍ THAI CHẾT LƯU ĐỒNG THUẬN CỦA HỘI SẢN PHỤ KHOA MỸ

Management of stillbirth. ACOG Obstetric Care Consensus No. 10. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e110–32.

NHS. Vũ Thị Minh Tuyết, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến – Bệnh viện Mỹ Đức

TÓM TẮT

Thai chết lưu là một trong những kết cục thai kỳ không mong muốn thường gặp nhất, xảy ra ở 1 trong 160 ca sinh ở Mỹ. Ở các nước phát triển, những yếu tố nguy cơ phổ biến nhất liên quan đến thai chết lưu bao gồm chủng tộc, con so, tuổi mẹ cao, béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp mãn tính, hút thuốc, uống rượu, mang thai từ kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đa thai, thai giới tính nam, tình trạng chưa kết hôn và tiền sử sản khoa. Dù một số yếu tố có thể thay đổi (như hút thuốc), nhưng hầu như những yếu tố còn lại thì không. Nghiên cứu về các nguyên nhân cụ thể của thai chết lưu còn bị hạn chế do thiếu đề cương nhất quán về cách đánh giá, phân loại và tỷ lệ tử thiết giảm. Nhiều trường hợp thai chết lưu chưa lý giải được nguyên nhân dù đã được đánh giá toàn diện. Khảo sát một ca thai chết lưu nên bao gồm tử thiết; giải phẫu bệnh và mô học của nhau thai, dây rốn và màng nhau; và đánh giá di truyền. Phương thức và thời điểm chấm dứt thai sau chết lưu phụ thuộc vào tuổi thai thời điểm chẩn đoán, tiền sử sản khoa của mẹ (ví dụ có vết mổ trên cơ tử cung trước đó) cũng như nguyện vọng của người mẹ. Bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc rủi ro và lợi ích của từng phương thức trong từng tình huống lâm sàng và hội chẩn chuyên gia sẵn có. Chăm sóc phụ nữ bị thai chết lưu cần quan tâm đến việc nâng đỡ cảm xúc và giải thích rõ ràng các kết quả xét nghiệm. Có thể

về việc mất người thân, nhóm hỗ trợ đồng hoàn cảnh hoặc chuyên gia tâm lý cải thiện nỗi đau buồn và sự trầm cảm.

Câu hỏi lâm sàng (Bảng 1)

- Nội dung thiết yếu trong đánh giá một trường hợp thai chết lưu là gì?
- Cách lựa chọn phương thức xử trí sau khi chẩn đoán xác định thai chết lưu?
- Cần hỗ trợ và tư vấn như thế nào đối với phụ nữ bị thai chết lưu?
- Đối với phụ nữ có tiền sử thai chết lưu không rõ nguyên nhân, nên chăm sóc thai kỳ tiếp theo như thế nào?

TIẾP CẬN THAI KỲ CÓ TIỀN SỬ THAI CHẾT LƯU

Khám trước mang thai và khám lần đầu tiên trong thai kỳ

- Khai thác chi tiết tiền sử bệnh lý và tiền sử sản khoa.
- Hỏi và tìm hiểu về lần thai chết lưu trước.
- Xác định nguy cơ tái phát.
- Ngưng hút thuốc lá.
- Giảm cân ở phụ nữ béo phì (trước mang thai)
- Tư vấn xét nghiệm di truyền nếu có tiền sử bệnh lý gia đình.
- Tầm soát đái tháo đường.
- Xét nghiệm bệnh huyết khối mạch máu mắc phải: IgG và IgM của kháng thể kháng lupus, anticardiolipin và beta-2 glycoprotein.
- Hỗ trợ và trấn an.

Khám thai 3 tháng đầu

- Siêu âm tính tuổi thai.
- Sàng lọc 3 tháng đầu: xét nghiệm Pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A), human chorionic gonadotropin (hCG) và đo độ mờ da gáy thai nhi (Cung cấp chỉ số nguy cơ sàng lọc nhưng không thay đổi cách theo dõi. Nguồn từ Reddy UM. Prediction and prevention of recurrent stillbirth. Obstet Gynecol 2007;110:1151–64) hoặc xét nghiệm NIPT (xét nghiệm sàng lọc không xâm lấn).
- Hỗ trợ và trấn an.

Khám thai 3 tháng giữa

- Siêu âm khảo sát hình thái học thai nhi lúc 18 – 20 tuần.
- Đề nghị xét nghiệm di truyền nếu cần.
- Hỗ trợ và trấn an.

Khám thai 3 tháng cuối

- Siêu âm sàng lọc thai chậm tăng trưởng sau 28 tuần.
- Đánh giá sức khỏe thai bắt đầu từ thai 32 tuần hoặc 1 – 2 tuần trước thời điểm thai chết lưu lần trước.
- Hỗ trợ và trấn an.

Bảng 1. Câu hỏi lâm sàng.

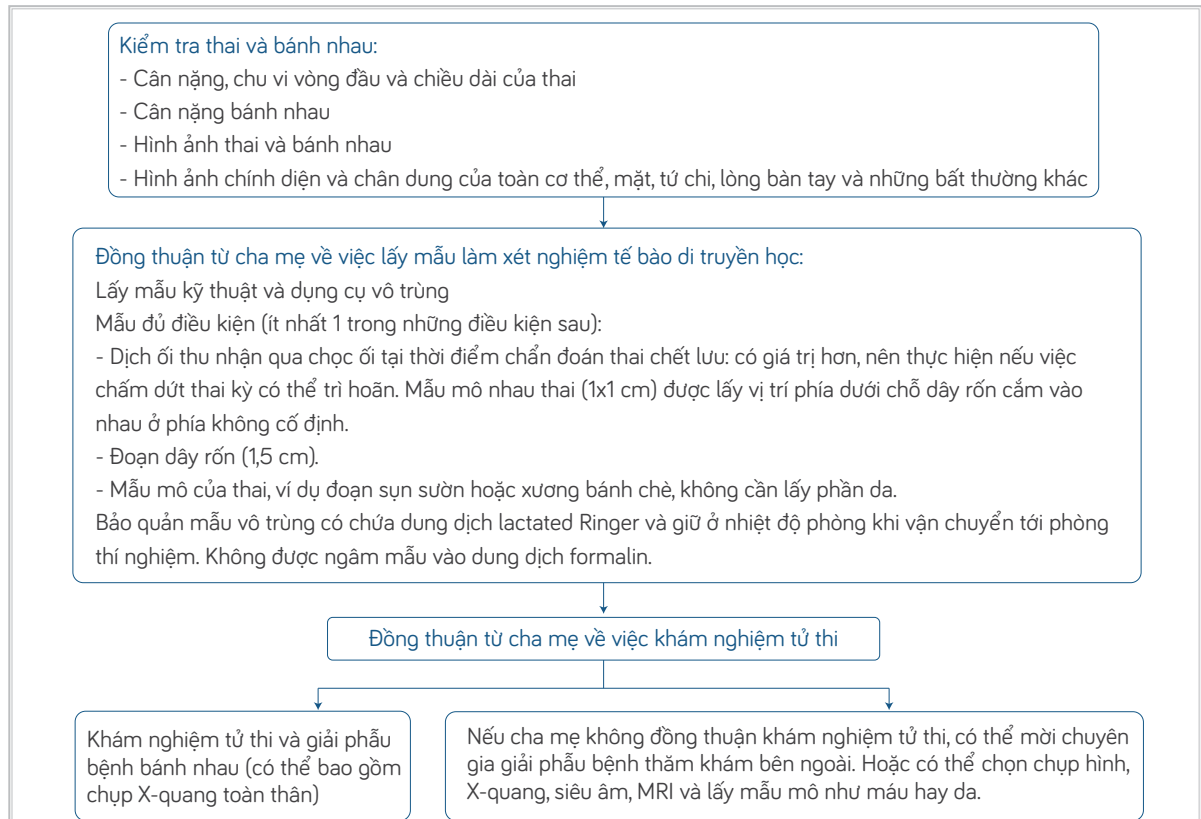
Khuyến cáo	Mức độ
Bệnh lý huyết khối mạch máu di truyền được cho là không liên quan đến việc thai chết lưu, và xét nghiệm tìm ra chúng cũng không được khuyến khích.	1C - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng thấp
Ở những phụ nữ từ chối xét nghiệm xâm lấn, có thể gửi một phần của bánh nhau, một đoạn dây rốn hoặc mẫu mô trong bào thai để phân tích di truyền.	1B - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng trung bình
Phân tích bất thường nhiễm sắc thể bằng kỹ thuật Microarray trong tiếp cận thai chết lưu giúp cải thiện tỷ lệ xét nghiệm và phát hiện bất thường di truyền hơn so với Karyotype thông thường.	1A - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng cao
Xét nghiệm di truyền cho các bất thường cụ thể nên được định hướng bởi tiền sử lâm sàng và dị tật thai nhi phát hiện được.	1C - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng thấp
Đánh giá thai chết lưu nên bao gồm khám nghiệm tử thi; quan sát tổng thể và giải phẫu mô học bánh nhau, dây rốn, màng rốn và xét nghiệm di truyền.	1A - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng cao
Quan sát tổng thể và vi thể bánh nhau, dây rốn và màng rốn nên được thực hiện bởi một chuyên gia giải phẫu bệnh là cách tiếp cận hữu ích và thiết yếu trong đánh giá thai chết lưu.	1A - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng cao
Việc kiểm tra tổng quát thai lưu cần được thực hiện ngay sau sinh, ghi nhận các bất thường kiểu hình, lấy số đo cân nặng, chiều dài và chu vi vòng đầu.	1C - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng thấp
Khám nghiệm tử thi nên được thực hiện vì đây là một trong những xét nghiệm chẩn đoán hữu ích nhất trong việc xác định nguyên nhân thai chết lưu.	1A - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng cao
Các phân tích di truyền tuy chi phí cao nhưng thích đáng, nên được thực hiện trong tất cả các trường hợp thai chết lưu sau khi được sự đồng thuận của cha mẹ.	1A - Khuyến cáo mạnh, bằng chứng chất lượng cao
Phiếu yêu cầu xét nghiệm giải phẫu bệnh cần ghi rõ tiền sử bệnh lý và những phát hiện lâm sàng khác để hỗ trợ việc đọc kết quả.	Thực hành tốt
Nên khai thác chi tiết tiền sử y khoa của mẹ để tìm những điều kiện hoặc triệu chứng gợi ý liên quan với thai chết lưu.	Thực hành tốt
Bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc rủi ro và lợi ích của từng phương cách chấm dứt thai kỳ ở thai chết lưu và xây dựng kịch bản tư vấn cụ thể cũng như hội chẩn chuyên gia trong điều kiện có thể. Thảo luận chi tiết với bệnh nhân trong việc quyết định là việc đúng đắn, đóng vai trò quan trọng trong xác định phương pháp sinh.	Thực hành tốt
Kết quả khám nghiệm tử thi, kiểm tra bánh nhau, xét nghiệm tế bào học cần được trao đổi với bác sĩ lâm sàng và gia đình bệnh nhân.	Thực hành tốt
Chăm sóc tang lễ nên được cá thể hóa tùy nguyện vọng của mỗi gia đình, văn hóa và tín ngưỡng tôn giáo.	Thực hành tốt
Đối với thai phụ có tiền sử thai chết lưu ≥ 32 tuần, nên được thăm khám 1 – 2 lần một tuần từ thời điểm thai 32 tuần hoặc 1 – 2 tuần trước thời điểm thai lưu lần trước. Trường hợp thai lưu trước 32 tuần thì thời gian khám có thể thay đổi.	2C - Khuyến cáo yếu, bằng chứng chất lượng thấp

Kế hoạch sinh

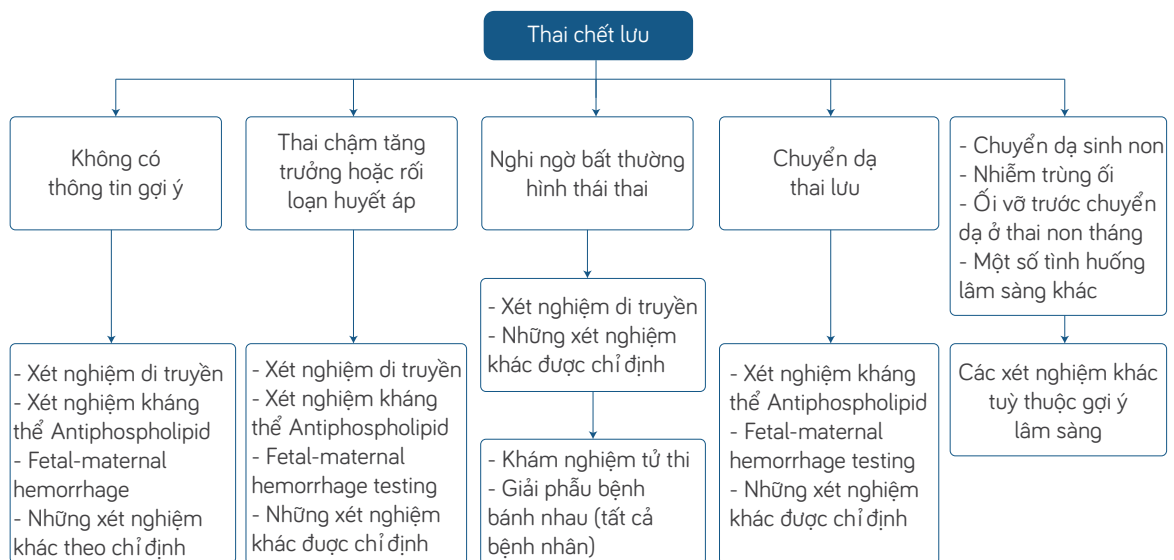
Sinh chủ động lúc thai 39^{0/7} tuần tuổi thai hoặc theo chỉ định tùy vào tình trạng mẹ và thai. Trong trường hợp bệnh nhân lo lắng nhiều, có thể ưu tiên tiến hành sinh sớm (37^{0/7} tuần đến 38^{6/7} tuần) để ngăn thai chết lưu tái diễn, quyết

định đó phải kết hợp với sự nhận định về nguy cơ biến chứng sơ sinh với sinh sớm so với lợi ích đem lại.

ĐÁNH GIÁ MÔ THAI VÀ BÁNH NHAU (Sơ đồ 1, 2)



Sơ đồ 1. Đánh giá mô thai và bánh nhau.



Sơ đồ 2. Đánh giá thai chết lưu dựa vào các xét nghiệm sử dụng trong những tình huống lâm sàng khác nhau.

(Nguồn từ Page JM, Christiansen-Lindquist L, Thorsten V, Parker CB, Reddy UM, Dudley DJ, et al. Diagnostic Tests for Evaluation of Stillbirth: Results From the Stillbirth Collaborative Research Network. *Obstet Gynecol* 2017;129:699–706.)

ỒI VỠ TRƯỚC CHUYỂN DẠ KHUYẾN CÁO THỰC HÀNH CỦA HỘI SẢN PHỤ KHOA HOA KỲ

Prelabor rupture of membranes. ACOG Practice Bulletin No. 217. American College of Obstetricians and Gynecologists.
Obstet Gynecol 2020;135:e80-97

NHS. Vũ Thị Minh Tuyết, ThS. BS. Hà Thanh Nhã Yến - Bệnh viện Mỹ Đức

Sinh non xảy ra ở khoảng 10% tổng số ca sinh ở Hoa Kỳ, là nguyên nhân chính gây ra bệnh lý và tử vong chu sinh. Tại Mỹ, ối vỡ trước chuyển dạ (PROM) ở thai non tháng chiếm 2 – 3% thai kỳ, và ối vỡ trước chuyển dạ ở thai đủ tháng xảy ra ở khoảng 8% trường hợp (4 – 6). Cách tiếp cận tối ưu để đánh giá và điều trị cho phụ nữ trước thời điểm và tại thời điểm ối vỡ non vẫn còn nhiều thách thức. Hướng xử trí phụ thuộc vào tuổi thai và những rủi ro có thể có trong chuyển dạ (ví dụ như nhiễm trùng, nhau bong non và chèn ép dây rốn) so với theo dõi không can thiệp nhằm kéo dài thai kỳ. Mục đích của tài liệu này là tổng hợp những kiến thức hiện tại về tình trạng trên và cung cấp thêm các hướng dẫn theo dõi đã được xác nhận bằng nghiên cứu dựa vào bằng chứng y khoa hiện có. Tài liệu bổ sung được xây dựng dựa trên các đồng thuận và ý kiến chuyên gia đã công bố. Bản cập nhật của hướng dẫn lâm sàng này bao gồm thông tin về chẩn đoán PROM, hướng theo dõi của PROM theo thời điểm và thời gian chuyển dạ cho bệnh nhân PROM trong khoảng thời gian 34^{0/7} tuần thai và 36^{6/7} tuần thai.

CÂU HỎI LÂM SÀNG

- Làm thế nào để chẩn đoán ối vỡ trước chuyển dạ?
 - Xử trí ban đầu khi sản phụ đã được xác nhận là ối vỡ trước chuyển dạ? Phương pháp nào là tốt nhất?
 - Thời điểm chấm dứt thai kỳ tốt nhất trong trường hợp ối vỡ trước chuyển dạ?
 - Chế độ theo dõi nên được áp dụng trong trường hợp ối vỡ trước chuyển dạ kéo dài thai kỳ?
 - Có nên sử dụng thuốc giảm gò?
 - Có nên dùng corticosteroids trước sinh?
 - Có nên dùng magnesium sulfate để bảo vệ hệ thần kinh thai nhi?
 - Có nên dùng kháng sinh?
 - Có nên theo dõi tại nhà?
 - Nên xử trí như thế nào trong trường hợp ối vỡ trước chuyển dạ kèm đã khô cổ tử cung?
 - Cách xử trí tối ưu đối với thai phụ ối vỡ trước chuyển dạ bị nhiễm virus herpes simplex hoặc HIV?
 - Chăm sóc thai phụ ối vỡ trước khi thai có khả năng nuôi sống khác biệt như thế nào?
 - Tiên lượng kết cục trường hợp ối vỡ sau thủ thuật chọc ối ở tam cá nguyệt thứ hai?
 - Chăm sóc thai kỳ ở thai phụ có tiền sử ối vỡ trước chuyển dạ nên làm gì?
- Các khuyến nghị sau đây dựa trên chứng cứ khoa học tốt và nhất quán (Mức độ A)**
- Thai phụ bị ối vỡ trước chuyển dạ ở tuổi thai < 34^{0/7} tuần nên được theo dõi không can thiệp nếu không có chống chỉ định do mẹ hoặc thai.
 - Thai phụ tuổi thai từ 24^{0/7} đến 33^{6/7} tuần và có nguy cơ chuyển dạ sinh non trong vòng 7 ngày, bao gồm cả trường hợp màng ối đã vỡ, được khuyến cáo sử dụng một liều corticosteroids, có thể cân nhắc từ 23^{0/7} tuần.
 - Thai phụ tuổi thai từ 34^{0/7} đến 36^{6/7} tuần có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày và chưa được tiêm corticosteroids, được khuyến cáo sử dụng một liều corticosteroids. Thời gian từ lúc tiêm corticosteroids đến lúc sinh hoặc khởi phát chuyển dạ không nên < 24 giờ và không trễ hơn 7 ngày.

– Thai phụ vỡ ối trước chuyển dạ ở tuổi thai < 32^{0/7} tuần được dự báo chuyển dạ sinh non sắp xảy ra nên được điều trị magnesium sulfate để bảo vệ hệ thần kinh thai nhi.

– Để giảm thiểu nhiễm trùng ở thai phụ và trẻ sơ sinh cũng như giảm bệnh suất liên quan tuổi thai, đối với những trường hợp ối vỡ trước chuyển dạ ở tuổi thai < 34^{0/7} tuần được theo dõi không can thiệp nên điều trị kháng sinh trong 7 ngày với sự kết hợp giữa ampicillin và erythromycin đường tiêm tĩnh mạch, sau đó là amoxicillin và erythromycin đường uống. Một số cơ sở y tế đã thay thế erythromycin bằng azithromycin trong trường hợp erythromycin không có sẵn hoặc không dung nạp được, đây là một chọn lựa phù hợp.

– Thai phụ ối vỡ trước chuyển dạ khi thai non tháng có khả năng nuôi sống nên được điều trị kháng sinh dự phòng GBS trong lúc chuyển dạ, kể cả trường hợp đã có điều trị kháng sinh trước đó.

Các khuyến nghị và kết luận sau đây dựa trên chứng cứ khoa học hạn chế và không nhất quán (Mức độ B)

– Đối với thai phụ ối vỡ trước chuyển dạ ở tuổi thai 37^{0/7} tuần có thể cân nhắc khởi phát chuyển dạ nếu chuyển dạ thật sự không tự diễn ra hoặc theo dõi không can thiệp thêm thời gian ngắn.

– Đối với thai phụ ối vỡ trước chuyển dạ ở tuổi thai từ 34^{0/7} tới 36^{6/7} tuần, có thể cân nhắc kéo dài thêm hoặc chấm dứt thai kỳ, trên cơ sở cân nhắc lợi ích và nguy cơ từ phía mẹ và thai nhi, đồng thời tư vấn cụ thể chi tiết cho thai phụ. Việc chăm sóc nên được cá thể hóa và thông qua đồng thuận với thai phụ. Không nên kéo dài hơn 37^{0/7} tuần. Điều trị kháng sinh kéo dài không khuyến cáo trong trường hợp này.

– Trong trường hợp ối vỡ ở giai đoạn chuyển dạ hoạt động, mặc dù các thuốc cắt cơn co không được chứng minh là kéo dài thai kỳ hoặc cải thiện kết cục sinh, dữ liệu vẫn còn hạn chế. Sử dụng các thuốc cắt cơn co có thể được xem xét nhằm trì hoãn chuyển dạ đến khi corticosteroids có hiệu quả đặc biệt là thai non tháng hoặc để kịp chuyển viện nhưng cần phải thận trọng và

tránh sử dụng nếu có bằng chứng nhiễm trùng hoặc nhau bong non. Không khuyến cáo sử dụng thuốc cắt cơn co trong trường hợp thai từ 34^{0/7} đến 36^{6/7} tuần.

– Với lợi ích tiềm năng của liệu pháp progesterone, thai phụ đơn thai có tiền sử sinh non tự phát (do chuyển dạ với màng ối còn nguyên hoặc ối đã vỡ) nên được bổ sung progesterone theo chỉ định lâm sàng nhằm giảm nguy cơ sinh non tự phát tái phát.

Các kết luận sau đây chủ yếu dựa trên sự đồng thuận và ý kiến chuyên gia (Mức độ C)

– Chẩn đoán ối vỡ thường được xác nhận bằng đánh giá lâm sàng thông thường, bao gồm quan sát thấy nước ối chảy ra từ cổ tử cung và động trong âm đạo; test pH của dịch âm đạo; hoặc test lá dương xỉ (ferning) từ dịch âm đạo, được xác định dưới kính hiển vi.

– Việc theo dõi ngoại trú đối với thai phụ vỡ ối trước chuyển dạ khi có khả năng nuôi sống hiện chưa được nghiên cứu về sự an toàn, do đó, không được khuyến cáo. Trường hợp ối vỡ ở thai chưa đến thời điểm có thể nuôi sống có thể được xem xét theo dõi tại nhà, với điều kiện thai phụ đã được theo dõi một thời gian trong bệnh viện.

TIẾP CẬN XỬ TRÍ PROM THEO PHÂN LOẠI TUỔI THAI Ở BỆNH NHÂN CÓ XÉT NGHIỆM TIỀN SẢN BÌNH THƯỜNG

Đủ tháng (37^{0/7} tuần tuổi thai trở lên)

– Dự phòng GBS theo chỉ định.
– Điều trị nhiễm trùng ối nếu có.
– Tiến hành chuyển dạ (khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai khi thích hợp/có chỉ định).

Sinh non muộn (34^{0/7} – 36^{6/7} tuần tuổi thai)

– Kéo dài thai kỳ hoặc chuẩn bị chấm dứt thai kỳ (khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai khi thích hợp/có chỉ định).

– Sử dụng một liều corticosteroids, nếu chưa được sử dụng trước đó, nếu tiến hành khởi phát chuyển dạ hoặc chuyển dạ hơn 24 giờ và không quá 7 ngày, và không có bằng chứng nào về nhiễm trùng ối.^(*)

- Sàng lọc và dự phòng GBS theo chỉ định.
- Điều trị nhiễm trùng ối nếu có (và chuẩn bị chấm dứt thai kỳ).

Sinh non (24^{0/7} đến 33^{6/7} tuần tuổi thai)

- Kéo dài thai kỳ.
- Điều trị kháng sinh nếu không có chống chỉ định.
- Sử dụng một liều corticosteroids; không đủ bằng chứng ủng hộ hoặc chống lại việc sử dụng corticosteroids liều cấp cứu.
- Điều trị nhiễm trùng ối nếu có (và chuẩn bị chấm dứt thai kỳ).
- Cây dịch âm đạo-trực tràng tầm soát GBS và điều trị dự phòng theo chỉ định.
- Magnesium sulfate bảo vệ hệ thần kinh thai nhi nên được sử dụng trước chuyển dạ ở thai < 32^{0/7} tuần tuổi, nếu không có chống chỉ định.^(**)

Sinh cực non

(< 23 – 24 tuần thai)^{(**),(****)}

- Tư vấn chi tiết cho bệnh nhân; cân nhắc tư vấn sản-nhi.
- Theo dõi kéo dài thai kỳ hoặc khởi phát chuyển dạ.
- Cân nhắc sử dụng kháng sinh sớm nhất là từ 20^{0/7} tuần tuổi thai.

- Dự phòng GBS không được khuyến cáo khi thai chưa có khả năng nuôi sống.^(****)

- Corticosteroids không được khuyến cáo khi thai chưa có khả năng nuôi sống.^(****)

- Thuốc cắt cơn co không được khuyến cáo khi thai chưa có khả năng nuôi sống.^(****)

- Magnesium sulfate không được khuyến cáo khi thai chưa có khả năng nuôi sống.^(****)

Tên viết tắt: GBS, streptococci nhóm B.

^(*) không nên trì hoãn chuyển dạ vì steroid; Steroid không nên được dùng vì mục đích chuẩn bị mổ lấy thai.

^(**) Magnesium sulfate để bảo vệ thần kinh là một trong những nghiên cứu.

^(***) Sự kết hợp giữa các chỉ số cân nặng thai, tuổi thai và giới tính khi sinh được cung cấp để tiên lượng tốt nhất về cơ hội sống sót và nên được xem xét trong từng trường hợp.

^(****) Sinh cực non. Obstetric Care Consensus No.6 American College of Obstetricians and Gynecologists. 2017; 130: 187 – 99.

^(*****) Có thể cân nhắc cho thai phụ từ 23^{0/7} tuần.

CẬP NHẬT CYTOMEGALOVIRUS VÀ THAI KỲ TỪ HƯỚNG DẪN CỦA ISUOG 2020

ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in congenital infection - Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 56: 128-151
Published online 13 May 2020 DOI: 10.1002/uog.21991

BS. CK1 Lê Tiểu My – Bệnh viện Mỹ Đức

Cytomegalovirus – CMV là loại thường gặp nhất trong các virus gây dị tật bẩm sinh, chiếm 0,2 – 2,2% tổng số trẻ sinh sống và là nguyên nhân hàng đầu gây khiếm thính thần kinh (sensorineural hearing loss). Có khoảng 10 – 15% trẻ nhiễm CMV bẩm sinh có biểu hiện triệu chứng lúc sinh và đến 25% trẻ chịu những ảnh

hưởng dài hạn do nhiễm CMV bẩm sinh.

Nhiễm CMV trong thai kỳ có 3 dạng: sơ nhiễm (nhiễm lần đầu) hoặc virus tái hoạt động do từng nhiễm trước đó; hoặc tái nhiễm một chủng khác của virus. Thai nhi nhiễm CMV từ mẹ vì virus có thể qua bánh nhau, chủ yếu là sau sơ nhiễm hơn là tái nhiễm. Nếu bà mẹ

mang thai sơ nhiễm CMV trong thai kỳ, nguy cơ trẻ mắc CMV bẩm sinh 30 – 40%, trong tỷ lệ này chỉ khoảng 1 – 2% nếu mẹ tái nhiễm. Nguy cơ nhiễm CMV bẩm sinh thay đổi tùy theo thời điểm mẹ nhiễm trong thai kỳ, khoảng 30% trong tam cá nguyệt đầu và 47% trong tam cá nguyệt thứ ba. Tỷ lệ lây truyền virus thấp trong giai đoạn đầu thai kỳ nhưng tỷ lệ mức độ nặng lại cao hơn khi nhiễm trong giai đoạn này. Theo đó, những ảnh hưởng dài hạn cho trẻ cũng nghiêm trọng hơn khi nhiễm CMV trong ba tháng đầu thai kỳ.

Phần lớn các trường hợp sơ nhiễm CMV trong thai kỳ không biểu hiện triệu chứng. Một số ít các triệu chứng tương tự với các bệnh nhiễm trùng đơn nhân khác bao gồm sốt, mệt mỏi, đau cơ, hạch cổ và ít gặp hơn là viêm gan và viêm phổi,... Cũng giống như các loại virus herpes khác, CMV có thể tồn tại suốt đời tại các vị trí chuyên biệt, chủ yếu ở tuyến nước bọt và có tái hoạt động bất cứ lúc nào, kể cả trong thai kỳ.

THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI SIÊU ÂM SẢN PHỤ KHOA THẾ GIỚI

Chẩn đoán mẹ nhiễm CMV

Chẩn đoán sơ nhiễm CMV trong thai kỳ khi:
(1) xuất hiện kháng thể IgG CMV khi trước đó âm tính hoặc (2) có kháng thể IgM và IgG ái lực thấp (Mức khuyến cáo: B).

Nếu không phải dạng sơ nhiễm có thể không cần xét nghiệm huyết thanh (Mức khuyến cáo: C).

Tầm soát thường quy CMV tiền sản không được khuyến cáo. Xét nghiệm máu tầm soát CMV chỉ thực hiện khi có triệu chứng giống cảm cúm hoặc sốt (với điều kiện Epstein-Barr virus âm tính) hoặc triệu chứng của viêm gan (với xét nghiệm viêm gan A, B, C âm tính) trong thai kỳ; hoặc khi siêu âm thường quy ghi nhận các dấu hiệu bất thường nghi nhiễm CMV như dẫn não thất, tật đầu nhỏ, vôi hóa, xuất huyết nội sọ, thiếu sản tiểu não, bất thường vỏ não, tăng phản âm ở ruột, thai giới hạn tăng trưởng (FGR), tràn dịch màng ngoài tim, dịch báng hoặc phù thai.

Đối với các virus khác, chẳng hạn như rubella, sự hiện diện của IgM thường để chẩn đoán sơ nhiễm hoặc mới nhiễm, nhưng CMV thì không giống như vậy. Nguyên do: IgM có thể tồn tại nhiều tháng sau sơ nhiễm CMV; IgM có thể được phát hiện ngay cả khi tái nhiễm; có thể có phản ứng chéo IgM do nhiễm các virus khác (như Epstein-Barr virus); IgM cũng có thể được phát hiện khi hệ miễn dịch được kích ứng bởi các chủng virus không đặc hiệu. Vì vậy, để chẩn đoán cần xét nghiệm IgG đặc hiệu cùng với IgM. Để xác định thời điểm nhiễm CMV (trước hoặc trong thai kỳ) với các trường hợp xét nghiệm huyết thanh dương tính, cần xét nghiệm ái lực IgG. Nếu chỉ số ái lực thấp (< 30%) mang ý nghĩa mới nhiễm gần đây (trong vòng 3 tháng), trong khi chỉ số ái lực cao (> 60%) nghĩa là đã nhiễm trong khoảng thời gian hơn 3 tháng trước hoặc tái nhiễm.

Chẩn đoán không phải sơ nhiễm CMV thường khó khăn. Sự gia tăng nồng độ IgG không thể khẳng định tái nhiễm, vì cũng có thể là kích ứng hệ miễn dịch do các chủng virus không đặc hiệu. Trong thực hành chỉ cần xác định tái nhiễm và truyền cho thai qua phân tích CMV-PCR dịch ối.

Chẩn đoán thai nhiễm CMV

Chẩn đoán thai nhiễm CMV cần thực hiện PCR dịch ối tìm CMV DNA. Thời điểm chọc ối ít nhất 8 tuần sau thời điểm ước đoán mẹ nhiễm CMV và thai >20 tuần (Mức khuyến cáo B).

Yếu tố nguy cơ âm tính giả đáng lưu ý nhất là khoảng thời gian từ lúc mẹ nhiễm đến lúc chọc ối < 8 tuần và thai < 18 tuần (Mức khuyến cáo: C).

TIÊN LƯỢNG THAI NHIỄM CMV

Đặc điểm của thai nhiễm CMV bẩm sinh bao gồm thai nhỏ so với tuổi thai, tật đầu nhỏ, vàng da, xuất huyết dưới da, lách to,... Tiên lượng kết cục thai kỳ và dự hậu xấu bao gồm: (1) thời điểm nhiễm bệnh; (2) dấu hiệu và dạng bất thường ở thai; (3) các chỉ số xét nghiệm.

Thời điểm nhiễm bệnh

- Thông tin cho ba mẹ nguy cơ lây truyền cho thai trung bình khoảng 30 – 40% sau sơ nhiễm, tỷ lệ tăng dần theo giai đoạn của thai kỳ, khoảng 0-10% nếu nhiễm trước có thai, 25 – 45% quanh thời điểm thụ thai và tam cá nguyệt thứ nhất, 45% ở tam cá nguyệt thứ hai và 47 – 78% ở tam cá nguyệt thứ ba (Mức khuyến cáo: C).
- Dựa trên dữ liệu còn hạn chế, nguy cơ thai nhi mắc các triệu chứng nặng tùy theo giai đoạn nhiễm của mẹ: khoảng 70% nếu nhiễm quanh thời điểm thụ thai, 20% ở tam cá nguyệt thứ nhất, 5% ở tam cá nguyệt thứ hai và nguy cơ không đáng kể nếu nhiễm trước có thai và nhiễm ở tam cá nguyệt thứ ba (Mức khuyến cáo: C).

Bất thường ở thai

- Nếu siêu âm và MRI không thấy bất thường, khả năng trẻ bị bệnh tật thấp, tuy nhiên, không dự đoán được khả năng khiếm thính (Mức khuyến cáo: C).
- Tư vấn cho bà mẹ rằng các bất thường trên siêu âm có thể xuất hiện sau khi nhiễm từ 12 tuần hoặc hơn, do đó cần theo dõi và siêu âm mỗi 2 – 4 tuần trong giai đoạn sau của thai kỳ (Mức khuyến cáo: C).

Các chỉ số xét nghiệm

- Dù tải lượng virus trung bình ở nhóm có triệu chứng cao hơn nhóm không triệu chứng, nhưng vẫn có sự chùng chéo giữa hai nhóm tùy thuộc kỹ thuật và thời gian, làm giảm giá trị tiên lượng của xét nghiệm (Mức khuyến cáo: B).
- Một số dấu chỉ huyết học như số lượng tiểu cầu, beta-2 microglobulin và IgM CMV có thể giúp tiên lượng, tuy nhiên giá trị hỗ trợ của xét nghiệm máu trong đánh giá tiên lượng vẫn chưa rõ (Điểm thực hành tốt).

Thai nhiễm CMV có thể phân thành ba nhóm

- Nhóm không triệu chứng: là nhóm không có bất thường trên siêu âm, MRI não thai nhi bình thường, các chỉ số sinh học bình thường, đặc

biệt là số lượng tiểu cầu bình thường. Nhóm này nhìn chung có tiên lượng tốt, tuy nhiên vẫn còn nguy cơ gây khiếm thính thần kinh.

- Nhóm triệu chứng nhẹ hoặc trung bình: là nhóm bất thường chỉ số sinh học đơn độc (trên xét nghiệm máu thai nhi), không có bất thường não trên siêu âm hoặc bất thường đơn lẻ trên siêu âm như phản âm dày ở ruột, dẫn nhẹ não thất bên, hoặc calci hóa đơn độc. Tiên lượng nhóm này không rõ ràng và cần theo dõi thêm (bằng siêu âm và có thể MRI) có thể giúp tiên lượng tốt hơn. Các phương pháp điều trị như kháng virus vẫn đang được đánh giá, tuy nhiên ứng dụng còn đang được nghiên cứu. Có thể thảo luận phương án chấm dứt thai kỳ.
- Nhóm triệu chứng nặng: ghi nhận các bất thường não nặng trên siêu âm (tật đầu nhỏ, dẫn não thất, bất thường chất trắng và tạo khoang, xuất huyết nội sọ, chậm phát triển vỏ não) liên quan giảm tiểu cầu. Tiên lượng nhóm này thường xấu và có thể tư vấn chấm dứt thai kỳ.

Quản lý thai kỳ nhiễm CMV

- Do chưa có các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, điều trị nhiễm CMV bẩm sinh bằng valaciclovir liều cao chỉ nên sử dụng trong nghiên cứu (Điểm thực hành tốt).
- Theo kết quả của một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, bổ sung CMV – specific hyperimmune globulin (HIG) trong điều trị CMV bẩm sinh không được khuyến cáo trên lâm sàng mà chỉ thực hiện trong nghiên cứu (Mức khuyến cáo: B).

Hiện nay chưa có vắc-xin dự phòng CMV được cấp phép. Chiến lược giảm nguy cơ nhiễm trùng là thay đổi hành vi nhằm giảm tiếp xúc trực tiếp với nước bọt hoặc nước tiểu của trẻ nhỏ có thể bài tiết CMV trong các dịch tiết này. Các biện pháp vệ sinh đơn giản giảm nguy cơ nhiễm CMV bao gồm tránh dùng chung đồ dùng, ăn chung hoặc uống chung, không hôn trực tiếp môi trẻ nhỏ và rửa tay sau khi tiếp xúc với nước tiểu hoặc nước bọt của trẻ.