

ĐIỂM BÁO

Phạm Chí Kông, Phạm Minh Sơn, Nguyễn Vũ Quốc Huy

SẢN KHOA VÀ SƠ SINH

Rối loạn cao huyết áp trong thai kỳ liên quan đến tiểu đường

Feig DS, et al. (2013). PLoS Med 10(4): e1001425. doi:10.1371/journal.pmed.1001425

Nghiên cứu của Feig và cộng sự đã cho thấy rằng những phụ nữ được chẩn đoán tiền sản giật hoặc tăng huyết áp trong thai kỳ sẽ bị tăng nguy cơ phát triển bệnh đái tháo đường, đặc biệt là nếu những phụ nữ đó bị các bệnh lý kể trên kết hợp với đái tháo đường thai kỳ.

Tác giả Denise Feig (Đại học Toronto, Ontario, Canada) và các đồng nghiệp đã viết rằng: “Những phát hiện này có những tác động quan trọng đối với sức khỏe thai phụ, đặc biệt hơn trong việc tính đến tăng nguy cơ liên quan đến bệnh lý béo phì”.

“Sự xuất hiện các bệnh lý tiền sản giật hoặc tăng huyết áp thai kỳ trong suốt quá trình mang thai sẽ là những báo động đối với các bác sĩ lâm sàng để họ tư vấn những kiến thức nhằm phòng ngừa và sàng lọc bệnh tiểu đường một cách thận trọng hơn.”

Nghiên cứu bao gồm 1.010.068 phụ nữ sinh con từ tháng 4 năm 1994 đến tháng 3 năm 2008. Trong khoảng thời gian đó có tổng cộng 22.933 sản phụ có tiền sản giật, 27.605 sản phụ bị tăng huyết áp thai kỳ và 30.852 sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ, trong đó 1.476 người bị bệnh đái tháo đường thai kỳ và tiền sản giật, và 2.100 người bị đái tháo đường và tăng huyết áp.

Với mức trung bình theo dõi trên 8,5 năm, có 35.077 (3,5%) phụ nữ bị mắc bệnh lý đái tháo đường sau khi sinh, các tác giả báo cáo trên tạp chí PLoS Medicine.

Nghiên cứu đã phân tích và cho thấy những phụ nữ bị tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật sẽ tăng gấp đôi nguy cơ phát triển bệnh lý đái tháo đường so với những phụ nữ không bị các bệnh lý đó khi mang thai trong 16,5 năm sau khi sinh.

Theo dự kiến, phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ bị tăng nguy cơ một cách rõ rệt đối với bệnh đái tháo đường (chỉ số nguy cơ [HR] = 12,8), nhưng điều này thậm chí còn lớn hơn khi những phụ nữ này cũng kèm theo cao huyết áp thai kỳ (HR = 18,5) hoặc tiền sản giật (HR = 15,8).

Các tác giả cũng ghi nhận một xu hướng về tỷ lệ bệnh đái tháo đường sẽ lớn hơn ở nhóm phụ nữ tiền sản giật và có sinh non, cũng như phụ nữ bị đái tháo

đường thai kỳ, tiền sản giật và sinh non thì có nguy cơ tăng 30,7 lần so với nhóm phụ nữ không có bất kỳ bệnh lý trên.

Feig và các đồng nghiệp đã giải thích rằng cả hai bệnh lý tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ đều có sự kết hợp với đề kháng insulin trong và sau khi mang thai, cũng như có liên quan đến hội chứng chuyển hóa. Ngoài ra, rối loạn chức năng nội mô và các dấu hiệu của viêm mạch máu mãn tính, những biểu hiện đi trước sự phát triển của tăng đường huyết, đã được quan sát thấy ở những phụ nữ mắc bệnh tiền sản giật và đái tháo thai kỳ.

Viết trong một bài xã luận đi kèm, tác Trần Sơn Thạch, từ Đại học Adelaide ở Nam Úc, cho rằng hiện chưa có đủ bằng chứng để hỗ trợ sàng lọc sau sinh thường quy đối với bệnh lý đái tháo đường cho phụ nữ bị rối loạn tăng huyết áp thai kỳ.

Tuy nhiên, ông cũng nói rằng “chương trình sàng lọc sau sinh hiện nay đặc biệt nên tập trung vào phụ nữ bị bệnh đái tháo đường thai kỳ kết hợp với rối loạn tăng huyết áp”.

“Vi lý do nguy cơ cao đối với sự phát triển bệnh lý đái tháo đường, vấn đề mấu chốt là cần phải nỗ lực hơn để có những tác động quan trọng trong việc cải thiện sự chú ý đối với nhóm dân số có nguy cơ cao này nhằm sàng lọc sau sinh đối với bệnh tiểu đường trong giai đoạn hiện nay.”

Thai chết lưu làm tăng nguy cơ bị huyết khối

Sultan AA, et al. Blood. 2013;121(19):3953-61. doi: 10.1182/blood-2012-11-469551.

Nghiên cứu ở Anh cho thấy những phụ nữ có thai chết lưu hoặc sinh non bị tăng nguy cơ bệnh lý huyết khối tĩnh mạch (VTE) đối với lần hậu sản đầu tiên.

Các nhà nghiên cứu nói rằng phát hiện này cũng như một số yếu tố nguy cơ khác của bệnh lý huyết khối tĩnh mạch đã được nhấn mạnh trong nghiên cứu, có thể được sử dụng nhằm xác định các phụ nữ mang thai cần phải dự phòng bệnh lý huyết khối một cách thích hợp nhất.

“Các biện pháp dự phòng cho bệnh lý huyết khối tĩnh mạch, chẳng hạn như tiêm một liều heparin hằng ngày, có thể không hiệu quả về mặt chi phí cũng như tính an toàn và do đó chỉ nên khuyến cáo cho phụ nữ được xem là đối tượng có nguy cơ cao. Tuy nhiên, hiện đang có những mâu thuẫn và bất

đồng về những yếu tố được đề xuất để đưa phụ nữ vào nhóm nguy cơ cao”, tác giả Matthew Grainge (Đại học Nottingham, Vương quốc Anh) giải thích trong một thông cáo báo chí.

Trong nghiên cứu này, bao gồm 280.451 phụ nữ và 376.154 thai kỳ, ở giai đoạn trước sinh và sau sinh, tỷ lệ bệnh lý huyết khối tĩnh mạch lần lượt trong 2 nhóm đó là 84 và 338 trường hợp trên 100.000 người-năm.

Phân tích hồ sơ bệnh án của các phụ nữ này, các tác giả quan sát thấy chỉ có một ảnh hưởng nhẹ các yếu tố nguy cơ trong thời kỳ trước sinh, với việc tăng nguy cơ đối với bệnh lý huyết khối tĩnh mạch ở phụ nữ từ 35 tuổi trở lên, ở phụ nữ béo phì ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) và hút thuốc lá.

Nhiễm trùng đường tiểu trong khi mang thai có kết hợp với sự gia tăng 88 % đối với nguy cơ bệnh lý huyết khối tĩnh mạch trước sinh, và sự mắc bệnh nội khoa kết hợp bao gồm: bệnh tiểu đường đã có từ trước mang thai (IRR = 3.1), giãn tĩnh mạch (IRR = 2,7), và viêm bệnh đường ruột (IRR = 3,5) cũng tăng đáng kể nguy cơ bệnh lý huyết khối tĩnh mạch.

Tuy nhiên trong thời gian sau khi sinh, béo phì có liên quan với gần gấp bốn lần tăng nguy cơ so với những người có chỉ số khối cơ thể bình thường (IRR = 3,75). Ngoài ra, mổ lấy thai, sản phụ đã có ba lần sinh hoặc nhiều lần sinh hơn trước đó, bằng huyết sau sinh và sinh non (<37 tuần) đều liên quan đến sự gia tăng ít nhất là hai lần đối với nguy cơ bệnh lý huyết khối tĩnh mạch so với phụ nữ không gặp những biến chứng đó.

Đáng kể nhất, thai chết lưu kết hợp với sự gia tăng gấp sáu lần nguy cơ bệnh lý huyết khối tĩnh mạch.

Các tác giả đã viết trong nghiên cứu rằng: “Chúng tôi tin rằng sự kết hợp mạnh mẽ giữa các sự kiện bệnh lý huyết khối tĩnh mạch và thai chết lưu mà chúng tôi đã quan sát thấy là một phát hiện có tầm quan trọng thực sự nhưng cho đến nay sự chú ý về nó vẫn còn hạn chế”.

Họ nói rằng nguy cơ huyết khối có thể được giảm đi bằng cách trong hướng dẫn đánh giá nguy cơ này thêm vào thai chết lưu và sinh non. Nhưng nghiên cứu sâu hơn sẽ là cần thiết để đánh giá những nguy cơ có thể xảy ra, chẳng hạn như bằng huyết sau sinh mức độ nặng, có thể vượt qua lợi ích của dự phòng huyết khối ở phụ nữ với những yếu tố nguy cơ, các tác giả kết luận.

Tự kỷ có liên quan đến sử dụng thuốc chống động kinh trong thời kỳ mang thai

Christensen J, et al. JAMA. 2013;309(16):1696-703. doi: 10.1001/jama.2013.2270.

Một nghiên cứu tại Đan Mạch cho thấy những trẻ em được sinh ra bởi các bà mẹ uống valproate trong khi mang thai có nguy cơ cao phát triển bệnh tự kỷ so

với con của những phụ nữ không dùng thuốc động kinh trong thai kỳ.

Nghiên cứu trên tổng hợp dữ liệu của 655.615 trẻ được sinh ra bởi 428.407 phụ nữ từ năm 1996 đến năm 2006, trong đó bao gồm 508 trẻ em có phơi nhiễm với valproate trong khi thai kỳ. Qua việc theo dõi các trẻ được sinh ra với khoảng thời gian trung bình là 8,8 năm, 5437 trẻ em được chẩn đoán mắc chứng rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt có 2067 trẻ bị bệnh tự kỷ ở thời niên thiếu.

Trong số trẻ em bị phơi nhiễm với valproate, nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ lớn hơn 2,9 lần, và nguy cơ tự kỷ ở thời niên thiếu lớn hơn 5,1 lần so với các trẻ em chưa bị phơi nhiễm (nguy cơ tuyệt đối tính trong 14 năm lần lượt giữa các nhóm tương ứng là: 4,4 so với 1,5% ; 2,5 so với 0,5%) .

Các nguy cơ đối với rối loạn phổ tự kỷ và bệnh tự kỷ xảy ra ở thời niên thiếu cũng lớn hơn tương ứng 2,2 lần và 5,6 lần so với những đứa trẻ được sinh ra bởi các bà mẹ ngừng điều trị valproate tối thiểu 30 ngày trước khi thụ thai .

Viết trong JAMA, các tác giả của nghiên cứu đã nhấn mạnh rằng điều quan trọng là cân bằng một cách cẩn thận những tác động đáng lưu tâm so với những lợi ích của valproate trong việc chỉ định để kiểm soát bệnh động kinh.

Jakob Christensen (Bệnh viện Đại học Aarhus) và các đồng nghiệp đã nói rằng: “Bởi vì rối loạn phổ tự kỷ có những tác động nặng nề đến các hệ lụy trong đời sống của trẻ cũng như có những tác động đối với gia đình của chúng, thậm chí sự tăng vừa phải nguy cơ có thể dẫn đến những vấn đề khá quan trọng về mặt sức khỏe”.

“Thêm vào đó, nguy cơ tuyệt đối của rối loạn phổ tự kỷ là ít hơn 5 %, điều này là quan trọng cần tính đến khi tư vấn cho phụ nữ về việc sử dụng valproate trong suốt thai kỳ.”

Tuy nhiên, trong một bài xã luận của Kimford Meador và David Loring (cả hai đều thuộc trường Đại học Emory, Atlanta, Georgia, Mỹ) khẳng định rằng tỷ lệ hiện nay về kê đơn toa thuốc valproate cho các bé gái và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã chỉ ra rằng nguy cơ phơi nhiễm của thai nhi không đủ để tính toán.

Họ viết rằng: “Điều này làm tăng mối bận tâm rằng liệu những phụ nữ này có nhận được những thông tin đầy đủ cho sự đồng ý điều trị dựa trên một sự hiểu biết toàn bộ về những rủi ro điều trị và liệu pháp thay thế”.

Những thuốc thay thế phải được sử dụng bất cứ khi nào có thể, và phụ nữ nên được thông báo về những nguy cơ liên quan đến valproate ngay cả khi đang không có kế hoạch mang thai, họ kết luận.

Liệu pháp ánh sáng kết hợp với màn phản quang có hiệu quả ở vàng da sơ sinh

J Paediatr Child Health 2013; Advance online publication

Kết quả của nghiên cứu trên cho thấy: tăng bilirubin máu ở trẻ sơ sinh cần thiết quang liệu pháp tích cực có thể được điều trị tốt với quang liệu pháp chỉ một đơn vị đèn chiếu duy nhất có kết hợp với bức màn phản quang so với sử dụng hai đơn vị đèn chiếu.

Intan Juliana Abd Hamid, từ Trường Đại học Sains Malaysia ở Penang, và các đồng nghiệp đã nói: “Ngay cả khi nhiều bức màn phản quang được sử dụng trong thời gian tuổi thọ của một đơn vị đèn chiếu, điều này sẽ dẫn đến việc giảm chi phí đáng kể”. Hơn nữa, việc sử dụng bức màn phản quang là một sự can thiệp với chi phí thấp, điều này có thể đặc biệt hữu ích cho các phòng sơ sinh tại các nước đang phát triển là những nơi có thể còn thiếu số lượng và chất lượng của các đơn vị đèn chiếu.”

Các nhà nghiên cứu phân chia ngẫu nhiên 160 trẻ đủ tháng có vàng da sơ sinh nặng trong 2 tuần đầu tiên của cuộc sống thành 2 nhóm cần được can thiệp, một nhóm nghiên cứu được điều trị với một đơn vị đèn chiếu duy nhất kết hợp bức màn phản quang và một nhóm chứng được điều trị bằng hai đơn vị đèn chiếu. Kết quả đã có 78 trẻ sơ sinh trong mỗi nhóm do loại trừ hậu nghiệm.

Các đơn vị đèn chiếu sử dụng bao gồm bốn bóng đèn huỳnh quang, bên cạnh đó bức màn được làm từ bạc màu vải có phản quang và chiều dài khoảng 55 cm.

Nồng độ bilirubin huyết thanh giảm trung bình sau 4 giờ chiếu đèn tương tự như ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, tương ứng lần lượt là 23,46 và 22,43 mmol/l. Cũng không có khác biệt đáng kể trong việc giảm bilirubin huyết thanh trung bình sau 10 giờ chiếu đèn, tương ứng lần lượt là 56,06 và 58,17 mmol/l.

Các nhà nghiên cứu cũng báo cáo trên Tạp chí Nhi khoa và Sức khỏe Trẻ em rằng, dựa trên phân tích hồi quy tỉ lệ rủi ro Cox, không có khác biệt đáng kể trong thời gian đèn chiếu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, với tỷ lệ rủi ro là 1,06.

Họ nhận xét rằng: “Việc thiếu sự khác biệt đáng kể trong kết quả nghiên cứu này cũng tăng cường hơn nữa các ý kiến cho rằng hiệu quả của cả hai phương thức điều trị có thể khá giống nhau.”

Sau khi chấm dứt quang liệu pháp, tổng mức bilirubin huyết thanh tương tự ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, lần lượt tương ứng là 218,01 và 222,87 mmol/l. Chỉ có bốn trẻ sơ sinh – trong đó hai trẻ từ mỗi nhóm – có giá trị bilirubin huyết thanh tăng trở lại ở mức độ cần phải đèn chiếu trở lại. Không có tác

dụng phụ khác của quang trị liệu, chẳng hạn như hạ thân nhiệt, tăng thân nhiệt, hoặc giảm cân xảy ra trong quá trình nghiên cứu.

“Các kết quả của nghiên cứu này cho thấy rằng đèn chiếu duy nhất với phản ánh rèm cửa có thể không kém hiệu quả như đèn chiếu đôi trong điều trị tăng bilirubin máu ở trẻ sơ sinh nghiêm trọng”, nhóm nghiên cứu kết luận.

PHỤ KHOA TỔNG QUÁT VÀ UNG THƯ PHỤ KHOA

PCOS: khuyến cáo tiêu chuẩn chẩn đoán mới

Hum Reprod. 2013;28:1361-1368.

Từ vài thập niên trước vấn đề chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) đã có những ý kiến khác nhau, sau khi một số tác giả công bố kết quả nghiên cứu mới.

So sánh đặc điểm buồng trứng của những phụ nữ được chẩn đoán PCOS với những người phụ nữ tình nguyện khỏe mạnh bình thường, tác giả Marla E. Lujan, PhD và cộng sự thấy rằng đa số nhóm chẩn đoán chính xác PCOS có 26 nang noãn trên mỗi buồng trứng (FNPO), nhiều hơn so với tiêu chuẩn 2003 thống nhất tại Rotterdam là 12 nang noãn, của Hiệp hội phôi học và sức khỏe sinh sản Châu Âu và Hiệp hội y học sức khỏe sinh sản Hoa Kỳ

Kết quả bài báo công bố trên mạng, tạp chí Human Reproduction ngày 15 tháng 3, phó giáo sư – tiến sĩ Lujan, Đại học Cornell, Ithaca, New York và cộng sự phát biểu “từ 2003 đã có nhiều báo cáo, câu hỏi thảo luận về tiêu chuẩn hóa buồng trứng đa nang như một marker trong chẩn đoán PCOS. Có sự gia tăng tỷ lệ buồng trứng đa nang trên những người phụ nữ khỏe mạnh bình thường, không có rối loạn kinh nguyệt. Mà đây là dấu hiệu đặc hiệu trong tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS”. Hơn nữa, những kết quả nghiên cứu này đang được nhiều người xem xét, kết quả thảo luận giữa những nhóm tác giả dự đoán sẽ có nhiều thay đổi

Mặc dù vậy Tiến sĩ Lujan và cộng sự thiết kế nghiên cứu hiện tại sử dụng kỹ thuật, hình ảnh siêu âm để phát hiện những tiêu chuẩn chẩn đoán chính xác đáng tin cậy. Tác giả thực hiện trên mẫu 98 phụ nữ (trong độ tuổi 25-32; tuổi trung bình 28) được chẩn đoán PCOS theo tiêu chuẩn của National Institutes of Health bao gồm kinh thưa, cường androgen và 70 phụ nữ khỏe mạnh (độ tuổi 23-35 tuổi; tuổi trung bình 27) với kinh nguyệt bình thường, không có

cường androgen. Loại trừ nhóm điều trị hiếm muộn, sử dụng hormol tránh thai hoặc sử dụng chất tăng nhạy cảm insulin trong vòng 3 tháng trước khi tham gia nghiên cứu.

Những người tham gia nghiên cứu được siêu âm đường âm đạo, với nhóm chứng được thực hiện vào ngày 2 và ngày 5 của chu kỳ kinh và nhóm PCOS không cần theo thời gian nhất định. Đếm số lượng nang noãn, vẽ biểu đồ hiển thị qua các hình, đếm nang noãn qua những biểu đồ đó, kết quả nghiên cứu ban đầu tác giả khẳng định các tác giả thống nhất cao sử dụng kỹ thuật này. Tác giả sử dụng đường cong ROC phân tích số lượng nang noãn trên mỗi buồng trứng (FNPO), số lượng nang noãn trên mỗi lát cắt (FNPS) và thể tích buồng trứng (OV) để phân biệt giữa nhóm PCOS và nhóm chứng. Xem xét đặc trưng diện tích dưới đường cong ROC cho thấy khả năng chẩn đoán của FNPO, FNPS và OV thứ tự là 0,969 (95%; CI, 0,948-0,99), 0,88 (95% CI, 0,830 - 0,930), và 0,873 (95% CI, 0,817 - 0,930) với $p < 0,0001$

Phân tích FNPO cho thấy trung bình 26 nang noãn cho giá trị chẩn đoán PCOS với độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 94%. Với FNPS với giá trị 9 nang noãn có độ nhạy 69% và độ đặc hiệu 90%. Với OV 10cm³ có độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 84%. Không có đối tượng nào được sàng lọc buồng trứng đa nang trước khi tham gia nghiên cứu. Tác giả nói thêm “chúng tôi khẳng định kết quả nghiên cứu này hoàn toàn xác thực vì vậy cũng nên xem xét lại ngưỡng giá trị về hình thái của buồng trứng đa nang để tránh sử dụng quá nhiều tiêu chuẩn siêu âm như hiện nay”

Hiện nay chúng ta quen sử dụng tiêu chuẩn được thống nhất 2003 tại Rotterdam, 60% người tham gia được loại khỏi chẩn đoán, “Điều này càng khẳng định rằng tiêu chuẩn rotterdam về siêu âm thật sự chưa chính xác và cần thiết bổ sung thêm ngay các tiêu chuẩn chẩn đoán buồng trứng đa nang cùng với sự tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh”, “FNPO có giá trị chẩn đoán phân biệt tốt hơn giữa nhóm chứng và nhóm PCOS so với đếm nang noãn trên một lát cắt hoặc OV”. Tác giả kết luận “giá trị trung bình ≥ 26 nang noãn trên mỗi buồng trứng có giá trị xác định buồng trứng đa nang ở những phụ nữ có biểu hiện triệu chứng của PCOS”

Siêu âm đường âm đạo có thể là test chẩn đoán tốt nhất thai ngoài tử cung

JAMA. 2013;309:1722-1729.

Theo phân tích tổng hợp đăng trên JAMA ngày 24 tháng 4, Siêu âm đường âm đạo là một test chẩn

đoán tốt nhất khi nghi ngờ thai ngoài tử cung. Tiền sử bệnh cảnh lâm sàng và thăm khám hiện tại không đủ khẳng định hoặc loại trừ thai ngoài tử cung ở những phụ nữ có triệu chứng đau bụng hoặc ra máu âm đạo khi nghi ngờ có thai sớm.

John R. Crochet, MD, và cộng sự trung tâm y học sinh sản Webster, Texas viết rằng “chẩn đoán sớm và chính xác thai ngoài tử cung trong điều kiện hiện tại đóng một vai trò hết sức quan trọng nhằm giảm tỷ lệ bệnh lý và tử vong mẹ”

Tỷ lệ thai ngoài tử cung chiếm 2,6% tất cả thai kỳ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong quý 1, ước tính tỷ lệ tử vong mẹ lên đến 6%. Mặc dù vậy < 50% phụ nữ bị thai ngoài tử cung có triệu chứng điểm hình đau bụng và ra máu âm đạo bất thường giống như các trường hợp thai lưu hơn

Mục đích Nghiên cứu đánh giá giá trị tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm bệnh sử, thăm khám hiện tại, xét nghiệm sẩn có và siêu âm để phát hiện thai ngoài tử cung ở những phụ nữ có triệu chứng đau bụng hoặc ra máu âm đạo trong trường hợp thai sớm

Bác sĩ Crochet và cộng sự tìm kiếm trên MEDLINE và EMBASE từ 1965 đến tháng 12 năm 2012 những bài báo chẩn đoán thai ngoài tử cung bằng tiếng anh. Kết luận sẽ dùng làm tiêu chuẩn thiết kế nghiên cứu tiến cứu sau, cỡ mẫu ≥ 100 bệnh nhân mang thai có đau bụng hoặc ra máu âm đạo và so sánh với tiền sử, thăm khám hiện tại, xét nghiệm và siêu âm. Tiêu chuẩn phẫu thuật khi quan sát thấy khối thai ngoài tử cung hoặc quá trình theo dõi khẳng định thai ngoài tử cung sau khi loại trừ sẩy thai

Mặc dầu nghiên cứu tìm thấy 10.890 bài báo, chỉ 14 nghiên cứu hội đủ các tiêu chuẩn, tổng mẫu là 12.101 bệnh nhân. 2 nghiên cứu tổng quan độc lập đánh giá giá trị phương pháp theo dõi và 1/3 nghiên cứu tổng quan giải quyết các vấn đề đang còn tranh luận. Siêu âm đường âm đạo không thấy khối thai trong buồng tử cung, có khối cạnh tử cung có giá trị dự đoán dương tính cao (positive likelihood ratio (LR+) (95%, CI, 12-1028; n=6885). Ngược lại, khi không thấy khối cạnh tử cung có giá trị dự đoán âm tính thấp (negative LR [LR-], 0.12; 95% CI, 0.03 - 0.55; n = 6885). LR+ nhỏ hơn 1,5 ở phần bệnh sử. Thăm khám lâm sàng cổ tử cung mềm có giá trị dự đoán dương tính cao hơn (LR+, 4.9; 95% CI, 1.7 - 14; n = 1435), khối cạnh tử cung (LR+, 2.4; 95% CI, 1.6 - 3.7; n=1378), và phần phụ bình thường (LR+, 1.9; 95% CI, 1.0 - 3.5; n = 1435). Tác giả viết thêm “nghiên cứu hiện tại không đánh giá nồng độ beta hCG huyết thanh trong chẩn đoán thai ngoài tử cung”, “siêu âm đường

âm đạo là một xét nghiệm tốt nhất để chẩn đoán khi nghi ngờ thai ngoài tử cung. Trong giai đoạn sớm thai kỳ nếu có triệu chứng ra máu âm đạo hoặc đau bụng nên chỉ định đồng thời siêu âm đường âm đạo và beta hCG máu”

Họ kết luận “Những bệnh nhân có dấu hiệu và triệu chứng mất máu nhiều hoặc rối loạn huyết động nên khám phụ khoa ngay”

TVT-O hiệu quả lâu dài

Int Urogynecol J 2013; Advance online publication

Từ kết quả nghiên cứu theo dõi sau khi thực hiện kỹ thuật TVT-O (Transvaginal tension-free vaginal tape – obturator) đến thời điểm hiện nay cho thấy kết quả tốt, lâu dài và cải thiện chất lượng sống ở những phụ nữ bị són tiểu khi gắng sức (SUI)

Nghiên cứu hồi cứu phân tích 124 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình 90,3 tháng, 81,5% chỉ định điều trị dựa vào kết quả test ho gắng sức và 83,1% dựa trên bảng câu hỏi đánh giá triệu chứng đường tiết niệu phụ nữ của hiệp hội tiểu không tự chủ quốc tế. Nhóm nghiên cứu tại đại học Athens tìm thấy nguy cơ thất bại khách quan, độc lập ở những phụ nữ đã cắt tử cung đường âm đạo và phẫu thuật sa sinh dục. Nguy cơ thất bại ở bệnh nhân cắt tử cung đường âm đạo tăng gấp 3 lần, trong khi đó sa sinh dục tại điểm C (theo POP-Q) nguy cơ thất bại tăng 1,2 lần. Khi phân tích riêng đơn biến thì cắt tử cung đường âm đạo là yếu tố nguy cơ duy nhất có ý nghĩa làm tăng nguy cơ thất bại lên 4,4 lần Stavros Athanasiou và cộng sự lưu ý rằng đây là nguy cơ chắc chắn hàng đầu làm tăng nguy cơ tái phát són tiểu khi gắng sức và có giá trị dự đoán nguy cơ thất bại cao hơn ở những phụ nữ có phẫu thuật tái tạo sa sinh dục.

Nhóm nghiên cứu cũng báo cáo chất lượng cuộc sống cải thiện có ý nghĩa sau phẫu thuật theo bảng câu hỏi King's Health. Điều quan trọng là những thay đổi này tốt hơn những khác biệt nhỏ có ý nghĩa trên lâm sàng (giảm ít nhất 5 điểm ở mỗi phần). Không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng phải ở bụng, chỉ có 2 bệnh nhân bị biến chứng sau phẫu thuật bao gồm tiểu khó và hoại tử âm đạo. Biến chứng phổ biến nhất hay gặp là són tiểu khẩn cấp gặp khoảng 7%; tuy nhiên tác giả cho rằng biến chứng này liên qua đến tuổi bệnh nhân, theo nghiên cứu Cohort này thì xảy ra ở tuổi trung bình 61. Athanasiou và cộng sự kết luận rằng kết quả nghiên cứu của họ đã được đăng trên tạp chí International Urogynecology, khẳng định hiệu quả lâu dài của phương pháp và “thêm những thông tin có giá trị đánh giá trước phẫu thuật ở những phụ

nữ được tiến hành TVT-O cùng với phẫu thuật tái tạo thành trước và thành sau sàn chậu”

Lợi ích của phẫu thuật sa tạng vùng chậu có thể tồn tại trong thời gian ngắn

JAMA 2013; 309: 2016-2024

Kết quả nghiên cứu thử nghiệm treo cổ tử cung vào mồm nhô (Colpopexy) và giảm tiểu gắng sức cho thấy Lợi ích của phẫu thuật Sa tạng vùng chậu đã rõ ràng, nhưng khoảng 1/3 số bệnh nhân sẽ sa tái phát trong vòng 7 năm sau phẫu thuật.

Ingrid Nygaard (Đại học Utah, Thành phố Salt Lake, Mỹ) và cộng sự viết trên tạp chí JAMA “Dựa vào kết quả của chúng tôi, Những phụ nữ có chỉ định treo cổ tử cung vào mồm nhô nên giải thích cho bệnh nhân biết rõ phẫu thuật sẽ làm giảm các triệu chứng của sa sinh dục, tuy nhiên càng về sau càng giảm hiệu quả và có thể tái phát” Tương tự những trường hợp són tiểu gắng sức sau khi phẫu thuật thành công, không còn triệu chứng, dặn bệnh nhân báo ngay những dấu hiệu của hoại tử mesh đã đứt như đau hoặc ra máu âm đạo.

Trong 215 bệnh nhân tham gia nghiên cứu chăm sóc thử nghiệm cho các bệnh nhân són tiểu gắng sức được theo dõi trong vòng 7 năm. Mẫu gồm 2 nhóm ngẫu nhiên: nhóm thứ nhất có 111 bệnh nhân được phẫu thuật treo cổ tử cung vào mồm nhô qua đường bụng đơn thuần và nhóm thứ 2 có 104 bệnh nhân thực hiện đồng thời treo cổ tử cung vào mồm nhô và phẫu thuật Burch. Tỷ lệ thất bại sa lại về mặt giải phẫu được định nghĩa khi cần phẫu thuật lại hoặc dùng vòng nâng; thất bại về mặt triệu chứng khi bệnh nhân than phiền, phẫu thuật lại hoặc dùng vòng nâng trong suốt thời gian nghiên cứu. Trong 7 năm đánh giá thất bại về giải phẫu ở nhóm treo cổ tử cung vào mồm nhô và nhóm kết hợp thêm phẫu thuật Burch tương ứng là 0,22 và 0,27; thất bại về triệu chứng tương ứng 0,24 và 0,29 và kết hợp cả hai tiêu chuẩn thất bại ở 2 nhóm là 0,34 và 0,48. Đánh giá són tiểu gắng sức thất bại khi có một hoặc nhiều triệu chứng của tiểu không tự chủ do sàn chậu, cần phẫu thuật tăng cường tình trạng són tiểu hoặc sử dụng thuốc hỗ trợ. Sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm có phẫu thuật đơn thuần và phẫu thuật kết hợp tương ứng 0,77 và 0,62. Hơn nữa, có treo niệu đạo theo phẫu thuật Burch thời gian tái phát triệu chứng són tiểu gắng sức lâu hơn có ý nghĩa thống kê 131,3 so với 40,2 tháng.

Tác giả nghiên cứu chú ý rằng chỉ 15/31 phụ nữ đánh giá thất bại về mặt giải phẫu kèm theo

triệu chứng và 22/49 bệnh nhân thất bại về mặt triệu chứng cần phẫu thuật lại. "tỷ lệ phẫu thuật lại trên những bệnh nhân sa tạng vùng chậu tái phát ít có thể do bệnh nhân đã tìm được một phương pháp điều trị thích hợp; tuy nhiên với những phụ nữ lớn tuổi, một mặt khác về vấn đề sức khỏe mà xã hội quan tâm là những triệu chứng biểu hiện ở âm đạo"

Trong thời gian theo dõi không phát hiện trường hợp nào hoại tử đường khâu, mesh hoặc mô xung quanh âm đạo, tuy tỷ lệ này theo báo cáo khoảng 10%. Nygaard và cộng sự nói thêm "chúng tôi dự định sẽ tiếp tục nghiên cứu và phát triển đưa ra một loại mesh làm bằng vật liệu mới, tránh những tác dụng phụ, nhưng với dữ liệu hiện nay cần nghiên cứu đánh giá thêm trong thời gian sắp tới".

HIẾM MUỘN

Trữ lạnh tinh trùng- một lựa chọn cho bệnh nhân vô tinh

PLoS ONE. Published online July 29, 2013.

Theo một nghiên cứu được đăng trực tuyến trên PLoS ONE, ở những bệnh nhân vô tinh, tỉ lệ thụ tinh ở những trường hợp tinh trùng được lấy ra rồi trữ lạnh cao hơn so với tinh trùng tươi được lấy từ sinh thiết tinh hoàn.

Các bệnh nhân vô tinh do các bệnh di truyền, ung thư hay do điều trị bệnh ung thư, hay do dị dạng hay tổn thương tinh hoàn có thể làm cha nhờ kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm thông qua việc lấy tinh trùng bằng sinh thiết tinh hoàn rồi tiêm vào bào tương trứng. Tinh trùng lấy được có thể được sử dụng ngay tức khắc hay trữ lạnh.

Bác sĩ Kenan Omurtag thuộc phân khoa Nội tiết sinh sản và vô sinh của Khoa Phụ Sản- Đại học Washington, St Louis, Missouri và đồng nghiệp đã phân tích các dữ liệu tiêm tinh trùng từ năm 1995-2009 tại Trung tâm Nội tiết sinh sản và vô sinh. Các tác giả đã thu thập số liệu từ 130 bệnh nhân nam (136 lượt) được lấy tinh trùng từ tinh hoàn.

60 bệnh nhân bị vô tinh do tắc nghẽn (bắt sản ống dẫn tinh hai bên, cắt ống dẫn tinh hay nối ống dẫn tinh thất bại), vô sinh không do tắc nghẽn, ung thư, liệt hay do các nguyên nhân khác. Các kết cục là lấy tinh trùng thành công (1-2 tinh trùng/0.5ml), thụ tinh và sinh sống.

Nghiên cứu cũng đánh giá vị trí của nơi làm thủ thuật lấy tinh trùng và khoảng cách từ đó đến phòng làm thụ tinh trong ống nghiệm. Sinh thiết

được thực hiện ở phòng mổ gần với phòng làm thụ tinh trong ống nghiệm, cách nhau 1,2 km (3/4 dặm) và trong một trung tâm phẫu thuật ngoại trú cách 24km (15 dặm). Các bệnh nhân vận chuyển mẫu từ nơi xa nhất (bảo quản ở nhiệt độ cơ thể) đến phòng xét nghiệm.

84% bệnh nhân được sử dụng tinh trùng trữ lạnh và còn lại là tinh trùng tươi. Mặc dù các nhà nghiên cứu không tìm thấy sự khác nhau về tỉ lệ sinh nhưng có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ thụ tinh giữa nhóm tinh trùng trữ đông (62%) với tinh trùng tươi (47%, $p=0,0003$).

Tỉ lệ lấy tinh trùng thành công là 70% ở các bệnh nhân ung thư và 100% ở các trường hợp vô tinh do tắc nghẽn, bại liệt và các nguyên nhân vô sinh khác. Tuy nhiên, chỉ có 31% vô tinh không do tắc nghẽn là lấy được tinh trùng, điều này có thể do không có khả năng sản xuất ra tinh trùng sống.

Tỉ lệ thụ tinh ở các trường hợp vô tinh do tắc nghẽn cao hơn so với vô tinh không do tắc nghẽn (66% so với 43%, $p<0,0001$). Tỉ lệ thai lâm sàng tương tự ở hai nhóm. Các trường hợp vô tinh do tắc nghẽn có tỉ lệ sinh sống trong mỗi chu kỳ (38%) cao hơn so với các trường hợp bị ung thư, bại liệt hay các bệnh lý khác (17%).

Nghiên cứu cũng nhận thấy sự thuận lợi trong trường hợp cho tinh trùng và khoảng cách từ phòng lấy tinh trùng đến phòng làm thụ tinh trong ống nghiệm không ảnh hưởng đến tỉ lệ lấy tinh trùng thành công.

Các nhà nghiên cứu kết luận rằng lấy tinh trùng từ tinh hoàn là một phương pháp an toàn và hiệu quả bất chấp nguyên nhân vô tinh, nhưng có tỉ lệ thành công cao hơn trong trường hợp vô tinh do tắc nghẽn.

Tính đa hình của yếu tố hoại tử khối u làm tăng tỉ lệ làm tổ của phôi trong trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm

Hum. Reprod. (2013) First published online: August 1, 2013

Theo các nhà nghiên cứu của Pháp, trong số các phụ nữ không có yếu tố vô sinh nữ, sự hiện diện của alen 308A của yếu tố hoại tử khối u (TNF) liên quan đến tỉ lệ làm tổ cao của phôi tươi khi làm thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON).

Trong một báo cáo đăng trực tuyến vào ngày 1/8 trên tạp chí Human Reproduction, Tiến sĩ Mohammed Benahmed của INSERM, Nice và đồng nghiệp ghi nhận rằng sự gia tăng nồng độ các cytokine bao gồm TNF trong quá pha tiết của nội mạc tử cung có liên quan đến thai lâm sàng. TNF-308 liên quan đến sự tăng tiết TNF và TNF-238 liên quan đến giảm tiết TNF.

Các nhà nghiên cứu cũng ghi nhận giá trị tiên đoán của các thông số được dùng cho chuyển một phôi (tuổi, tiền sử phụ khoa và đặc điểm tử cung) mang lại tỉ lệ có thai khoảng 30%.

Để xác định tính đa hình của TNF cũng có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ làm tổ, các nhà nghiên cứu đã nghiên cứu hồi cứu dữ liệu của 424 phụ nữ không có bất kỳ yếu tố vô sinh nữ nào được điều trị bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng do bất thường tinh trùng mức độ nặng.

Trong số các phụ nữ này, các tác giả cũng chọn một nhóm nhỏ gồm 120 phụ nữ người da trắng, có kiểu gen bình thường và dưới 38 tuổi.

Tính đa hình của TNF-238 không liên quan đến tỉ lệ làm tổ. Tương tự như vậy, alen TNF-308A không tiên đoán được tỉ lệ làm tổ sau khi sử dụng phôi trữ.

Tuy nhiên, alen TNF-308A liên quan đến sự gia tăng nồng độ E2 vào ngày 3 của chu kỳ kinh cũng như tỉ lệ làm tổ và đa thai cao hơn sau khi chuyển phôi tươi ở cả toàn bộ của nhóm nghiên cứu và nhóm chọn lọc.

Tỉ lệ có thai chung sau chuyển phôi tươi là 25,7%. Ở các phụ nữ có alen TNF-308A, tỉ lệ làm tổ là 20,6% so với 13,6% ở các phụ nữ có alen TNF-308G ($p=0,01$). Tỉ lệ có thai lần lượt là 31,1% và 24%, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ đa thai lần lượt là 11,8% và 4,9% ($p=0,02$).

Trong nhóm nhỏ bệnh nhân được chọn lọc (120 phụ nữ), không có trường hợp nào bị sảy thai trong nhóm TNF-308A so với 28% ở nhóm TNF-308G.

Các nhà nghiên cứu nói rằng “các dữ liệu này cho thấy tính đa hình của TNF-308 có thể là một dấu chỉ điểm không xâm lấn của tỉ lệ làm tổ cao trong kỹ thuật TTTON”.

Các tác giả ghi nhận rằng việc áp dụng các kết quả này ở các bệnh nhân vô sinh do nữ là điều chưa rõ ràng.

Tiến sĩ Eric J. Forman của Hội Y học sinh sản và Trường Y khoa Rutgers Robert Wood Johnson nói rằng “trong khi việc tìm kiếm các chỉ điểm mới liên quan đến tăng tỉ lệ làm tổ sau TTTON là điều quan trọng thì cần tiến hành một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu lớn hơn để xác định tính đa hình của TNF-308A có thể làm tăng thật sự khả năng chọn lựa những bệnh nhân phù hợp nhất để chuyển một phôi”.

Các chất kháng oxy hóa không làm tăng khả năng sinh sản nữ

Cochrane Database Syst Rev. Published online August 5, 2013.

Theo một tổng kết đăng trực tuyến vào ngày 5/8 trên thư viện Cochrane, việc bổ sung các chất

kháng oxy hóa không làm tăng cơ hội thụ thai so với giả dược hoặc không điều trị.

Marian G. Showell thuộc Trường Đại học Auckland, New Zealand và đồng nghiệp đã tổng kết 28 thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng nhằm đánh giá việc sử dụng các chất kháng oxy hóa đường uống so với giả dược, không điều trị, điều trị chuẩn hay các chất kháng oxy hóa khác. Có 3548 phụ nữ tại các phòng khám sinh sản tham gia thử nghiệm. Các chất kháng oxy hóa được đánh giá gồm pentoxifylline, N-acetyl-cysteine, melatonin, L-arginine, vitamin E, myo-inositol, vitamin C, vitamin D kết hợp calcium, và omega-3-polyunsaturated fatty acids.

Tiến sĩ Showell và đồng nghiệp nhận thấy so với giả dược hay không điều trị/ điều trị chuẩn, các chất kháng oxy hóa không liên quan đến tăng tỉ lệ sinh sống (tỉ suất chênh 1,25, KTC 95% 0,19-8,26, $p=0,82$) ở các phụ nữ bị vô sinh. Ngoài ra, không có sự tăng tỉ lệ thai lâm sàng ở các phụ nữ sử dụng các chất kháng oxy hóa so với giả dược hay không điều trị/điều trị chuẩn (tỉ suất chênh 1,3, KTC 95% 0,92-1,85, $p=0,14$).

Các tác giả ghi nhận pentoxifylline liên quan đến tăng tỉ lệ thai lâm sàng so với giả dược/không điều trị (tỉ suất chênh 2,03, KTC 95% 1,19-3,44, $p=0,009$). Tuy nhiên, điều này chỉ ghi nhận được trong 3 nghiên cứu.

Các tác dụng phụ được báo cáo trong 14 thử nghiệm bao gồm sảy thai, đa thai, thai lạc chỗ và các tác dụng trên đường tiêu hóa. Các tác giả cũng nhận thấy phụ nữ uống các chất kháng oxy hóa không bị nhiều tác dụng phụ hơn so với giả dược/ không điều trị.

Các tác giả cũng cho thấy một tỉ lệ sai lệch cao do những hạn chế về mặt phương pháp nghiên cứu trong các nghiên cứu này và ghi nhận rằng chất lượng chung của bằng chứng là thấp và rất thấp do có ít kết cục được báo cáo và cỡ mẫu của các nghiên cứu còn nhỏ.

Các tác giả viết “Hiện nay, không có bằng chứng để khuyến cáo bổ sung các chất kháng oxy hóa đường uống cho các phụ nữ hiếm muộn”.

Các tác giả kết luận “cần có những thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng được thiết kế tốt với cỡ mẫu phù hợp để đánh giá bằng chứng của lợi ích và/hoặc có hại của việc bổ sung các chất kháng oxy hóa cho phụ nữ hiếm muộn”.