

"Journal Club" là chuyên mục mới 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.



## CÁC VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE CỦA HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

### **Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome**

*The Amsterdam ESHRE/ASRM-sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group  
Human Reproduction 2012, 27(1):14-24  
Fertility & Sterility 2012, 97(1):28-63*

#### **Bác sĩ Hồ Mạnh Tường**

Đồng thuận về các biến chứng và ảnh hưởng của hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) lên sức khỏe phụ nữ vừa được công bố đồng thời trên 2 tạp chí quan trọng nhất về Y học sinh sản của Châu Âu và Mỹ vào tháng 1 năm 2012. Đây là bài báo đầu tiên trình bày một cách hệ thống các vấn đề về sức khỏe của PCOS, theo quan điểm y học dựa trên bằng chứng. Bài báo cung cấp các thông tin giúp bác sĩ lâm sàng tư vấn, theo dõi và điều trị cho bệnh nhân PCOS, một hội chứng lâm sàng rất phổ biến.

PCOS là rối loạn nội tiết thường gặp nhất ở phụ nữ, xuất hiện ở khoảng 15% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

(theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Đồng thuận Rotterdam 2004). Tuy nhiên, cho đến nay, căn nguyên của hội chứng chưa được hiểu biết rõ. Sự đa dạng về biểu hiện của hội chứng và các vấn đề về sức khỏe là những vấn đề thu hút sự quan tâm của các nhà khoa học và lâm sàng trên thế giới.

Hội Sinh sản người và Phôi học châu Âu (ESHRE) và Hội Y học sinh sản Hoa Kỳ (ASRM) là 2 tổ chức qui tụ các nhà khoa học đầu ngành trong lãnh vực này. Để tạo sự thống nhất về chẩn đoán, điều trị theo dõi, góp phần tạo nền tảng cho các nghiên cứu trong lãnh vực này, ESHRE và ASRM đã tập trung các nhà khoa

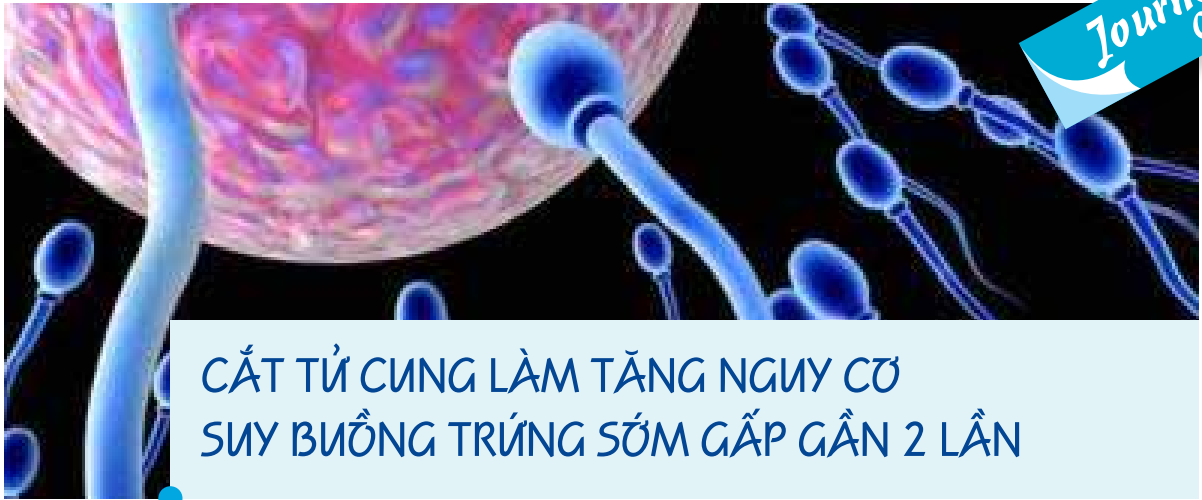
học đầu ngành về PCOS để đưa ra các đồng thuận liên quan. Các nhà khoa học thuộc 2 tổ chức trên cũng đã thống nhất công bố các đồng thuận này song song vào cùng một thời điểm trên 2 tạp chí quan trọng nhất của ngành. Đồng thuận Rotterdam về tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS được soạn thảo năm 2003 và công bố năm 2004. Đồng thuận Thessaloniki về điều trị vô sinh cho bệnh nhân PCOS được soạn thảo năm 2007 và công bố năm 2008. Đồng thuận Amsterdam về các vấn đề sức khỏe được soạn thảo năm 2011 và công bố năm 2012.

Đồng thuận nhằm mục đích tóm tắt các kiến thức cho đến hiện nay cũng như những vấn đề còn tranh luận liên quan đến các ảnh hưởng lên sức khỏe của PCOS. Dưới đây là tóm tắt một số các kết luận về các vấn đề được trình bày.

- **PCOS ở vị thành niên:** tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS của vị thành niên cần điều chỉnh khác với tiêu chuẩn chung. Các biểu hiện như béo phì, rối loạn kinh nguyệt, rụng lông ở vị thành niên nên được điều trị.
- **Rậm lông và mụn trứng cá:** đây là những triệu chứng khá đặc trưng cho cường androgen. Điều trị nội khoa cường androgen thường phải kéo dài ít nhất 6 tháng để có thể đánh giá hiệu quả. Cần kết hợp điều trị cường androgen và tránh thai, có thể kết hợp thuốc kháng androgen và thuốc viên ngừa thai phối hợp.
- **Rối loạn kinh nguyệt:** bệnh nhân PCOS có kinh thưa và vô kinh vẫn có thể có rụng trứng trong khoảng 32% chu kỳ. Bệnh nhân vô kinh thường có tình trạng cường androgen nhiều hơn và số nang noãn trên buồng trứng nhiều hơn. Sự xuất hiện và diễn tiến của rối loạn kinh nguyệt trong PCOS chưa được hiểu rõ. Kinh nguyệt có khuynh hướng đều hơn khi bệnh nhân lớn tuổi.
- **Chọn lựa biện pháp tránh thai:** phụ nữ PCOS nếu chưa muốn có thai vẫn nên áp dụng biện pháp tránh thai. Thuốc viên tránh thai kết hợp được xem là biện pháp phù hợp nhất do một số lợi ích khác về nội tiết.
- **Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống:** bệnh nhân PCOS có tăng nguy cơ về rối loạn tâm lý và hành vi.
- **Có thai trên PCOS:** bệnh nhân PCOS khi có thai có tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ và một số biến

chứng khác. Hiệu quả của việc sử dụng metformin trước và trong thai kỳ chưa được chứng minh rõ.

- **Béo phì:** nguy cơ béo phì tăng ở bệnh nhân PCOS. Béo phì ở PCOS có khuynh hướng đi kèm với tăng rối loạn kinh nguyệt, rụng lông và kháng insulin. Cần có chế độ ăn uống và vận động đặc biệt để giảm cân
  - **Kháng insulin và hội chứng chuyển hóa:** PCOS đi kèm với rối loạn chuyển hóa có thể là tiền đề cho đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa. Không phải tất cả bệnh nhân PCOS đều có nguy cơ rối loạn chuyển hóa như nhau, bệnh nhân có cường androgen kết hợp với thiếu kinh là nhóm có nguy cơ cao hơn.
  - **Đái tháo đường type II:** PCOS là yếu tố nguy cơ của rối loạn dung nạp glucose và tiểu đường. Béo phì làm tăng nguy cơ kháng insulin. Cần tầm soát bằng test dung nạp đường huyết trên các đối tượng nguy cơ. Điều chỉnh chế độ ăn và tập luyện có thể giúp tăng khả năng có thai và dự phòng đái tháo đường. Có thể sử dụng metformin nếu có rối loạn dung nạp đường hoặc đái tháo đường type II.
  - **Bệnh tim mạch:** bệnh nhân PCOS có nguy cơ bệnh tim mạch, các biến chứng tim mạch có thể xuất hiện trong giai đoạn mãn kinh. Tần suất rối loạn lipid máu tăng ở PCOS, đặc biệt ở nhóm có cường androgen. Cần tầm soát các dấu hiệu nguy cơ để phát hiện, theo dõi và điều trị.
  - **Nguy cơ ung thư:** phụ nữ PCOS có tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung khoảng 2,7 lần. PCOS không làm tăng nguy cơ ung thư buồng trứng và ung thư vú.
  - **Mãn kinh và sức khỏe chung:** các triệu chứng PCOS có khuynh hướng cải thiện khi bệnh nhân lớn tuổi. Phụ nữ PCOS trong giai đoạn mãn kinh có thể tăng nguy cơ béo phì, đái tháo đường và bệnh tim mạch.
- Ở Việt Nam, số bệnh nhân PCOS đến khám và điều trị ở các cơ sở y tế, với các chỉ định khác nhau, có xu hướng tăng. Các bác sĩ lâm sàng cần cập nhật các thông tin, kiến thức về các vấn đề sức khỏe của bệnh nhân có PCOS. Việc tư vấn đầy đủ cho các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao của các vấn đề sức khỏe để có chế độ theo dõi, dự phòng và điều trị sớm là rất quan trọng.



## CẮT TỬ CUNG LÀM TĂNG NGUY CƠ SUY BUỒNG TRỨNG SỚM GẤP GẦN 2 LẦN

### **Effect of Hysterectomy With Ovarian Preservation on Ovarian Function**

Moorman, Patricia G. PhD; Myers, Evan R. MD, MPH; Schildkraut, Joellen M. PhD; Iversen, Edwin S. PhD; Wang, Frances MS; Warren, Nicolette MS

*Obstetrics & Gynecology: December 2011 - Volume 118 - Issue 6 - p 1271-1279*

#### **BS. Vương Đình Hoàng Dũng**

Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu tại Hoa Kỳ của Moorman và cs được công bố tháng 12 năm 2011 trên tạp chí *Obstetrics & Gynecology* cho thấy những phụ nữ cắt tử cung có nguy cơ suy buồng trứng sớm gấp gần 2 lần.

Tại Hoa Kỳ, phẫu thuật cắt tử cung là một phẫu thuật phổ biến đứng thứ hai sau mổ lấy thai, và ước tính khoảng 40% phụ nữ sẽ cắt tử cung trong cuộc đời của họ. Các phương pháp điều trị để thay thế cho phẫu thuật cắt bỏ tử cung (thuyên tắc động mạch tử cung, nạo nội mạc tử cung hoặc dụng cụ phóng thích progestin) ngày càng được sử dụng, nhưng tỷ lệ cắt tử cung vẫn còn cao. Hơn một nửa các trường hợp cắt tử cung được thực hiện ở phụ nữ dưới 44 tuổi, với nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40 đến 44. Đa số phụ nữ ở tuổi tiền mãn kinh được giữ lại ít nhất một buồng trứng, bởi vì bằng chứng rằng những

lợi ích về thể chất và tâm lý có nguồn gốc từ việc giữ buồng trứng lớn hơn khả năng bệnh lý của buồng trứng, bao gồm cả ung thư. Hầu hết phụ nữ không bị mất chức năng buồng trứng trong thời gian ngắn sau khi cắt tử cung để lại buồng trứng nhưng về lâu dài họ có nguy cơ suy buồng trứng sớm. Từ lâu người ta đã thấy rằng những phụ nữ suy buồng trứng sớm tăng nguy cơ về sức khỏe nghiêm trọng, bao gồm tăng nguy cơ loãng xương, bệnh tim mạch, và tất cả nguyên nhân tử vong.

Mối liên quan của phẫu thuật cắt tử cung và mãn kinh sớm đã được nghiên cứu nhiều năm, nhưng hầu hết trong số họ có những hạn chế quan trọng, bao gồm cả thiết kế nghiên cứu cắt ngang hoặc hồi cứu đều thiếu nhóm đối chứng, phân loại giai đoạn mãn kinh chỉ dựa vào các triệu chứng, kích cỡ mẫu nhỏ, hoặc không đầy đủ thời gian. Trong một nghiên cứu tiến cứu với định lượng

hormone theo dõi lâu dài và đánh giá rủi ro thời kỳ mãn kinh ở phụ nữ phẫu thuật cắt tử cung (n=257) so với phụ nữ trong độ tuổi tương tự với tử cung còn nguyên vẹn (n=258), Farquhar và cộng sự ước tính rằng thời kỳ mãn kinh xảy ra sớm hơn 4 năm ở phụ nữ có phẫu thuật so với những phụ nữ không có phẫu thuật. Vì lợi ích của việc giữ lại buồng trứng cao hơn nguy cơ ung thư buồng trứng có thể xảy ra, một số tác giả khuyến nghị để buồng trứng đến tuổi 65.

Nghiên cứu này được thực hiện với phụ nữ tiền mãn kinh tuổi từ 30 đến 47, trải qua phẫu thuật cắt tử cung để lại ít nhất 1 buồng trứng (n=406) và phụ nữ còn tử cung (n=465). Các nguyên nhân cắt tử cung: u xơ tử cung, rong kinh hoặc chảy máu tử cung bất thường, rối loạn kinh nguyệt, lạc nội mạc tử cung, sa sinh dục, quá sản nội mạc, loạn sản hoặc ung thư trong biểu mô cổ tử cung, lạc nội mạc trong cơ tử cung.

Kết quả cho thấy tỷ suất nguy cơ (HR) suy buồng trứng ở phụ nữ phẫu thuật cắt tử cung so với nhóm đối chứng là 1,92 (95% CI 1,29-2,86), đã điều chỉnh độ tuổi, chủng tộc, chỉ số khối cơ thể, tình trạng hút thuốc lá, và số lần mang thai. Ước tính rằng sau 4 năm theo dõi, suy buồng trứng xảy ra trong 14,8% (95% CI 8,6% -20,7%) ở phụ nữ cắt tử cung và 8,0% (95% CI 4,4% -11,6%) phụ nữ trong nhóm chứng. Dự đoán có ý nghĩa thống kê về thời kỳ mãn kinh trong mô hình đa biến theo tuổi (HR mỗi năm 1,36, 95% CI 1,27-1,46). Sự khác biệt thời gian suy buồng trứng giữa phụ nữ trong nhóm chứng và những người phụ nữ trong nhóm phẫu thuật cắt tử cung là 1,88 năm (95% CI 1,39-2,37).

Một số giả thuyết được đưa ra để giải thích nguyên nhân gây suy buồng trứng ở những phụ nữ cắt tử cung:

- Giảm lưu lượng máu đến buồng trứng, dẫn đến suy giảm chức năng của buồng trứng là một giả thuyết nổi bật nhất. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy giảm lưu lượng máu buồng trứng sau khi cắt tử cung. Nhưng cũng không loại trừ sự tổn tại chức năng nội tiết trực tiếp của tử cung mà chưa được biết. Vì vậy, cần một nghiên cứu thiết kế vững chắc để đánh giá sự thay đổi của chức năng buồng trứng sau phẫu thuật cắt bỏ tử cung là cần thiết.
- Tử cung có ảnh hưởng ức chế tuyến yên tiết FSH. Nhiều

nghiên cứu cho thấy cắt bỏ tử cung làm tăng FSH, thúc đẩy sự phát triển nang noãn và tăng tốc độ cạn kiệt nang, dẫn đến mãn kinh sớm hơn.

- Những nguyên nhân dẫn đến cắt tử cung gây mãn kinh sớm chứ không phải do phẫu thuật. Có rất ít dữ liệu về nguy cơ suy buồng trứng có liên quan với nguyên nhân của phẫu thuật cắt tử cung. Một số trường hợp chảy máu tử cung bất thường dẫn đến cắt bỏ tử cung được cho là một biểu hiện thay đổi của phụ nữ trong những năm tháng trước thời kỳ mãn kinh. Việc cắt bỏ tử cung do u xơ tử cung hoặc lạc nội mạc tử cung có thể có liên quan với tăng nguy cơ mãn kinh sớm vẫn chưa biết.

Một lĩnh vực quan trọng cho các nghiên cứu trong tương lai là sự đánh giá so sánh dự trữ buồng trứng phụ nữ trải qua phẫu thuật cắt tử cung với phụ nữ trong nhóm chứng. AMH được xem là một dấu hiệu hữu ích trong khảo sát dự trữ buồng trứng và có thể dự đoán tuổi mãn kinh. Nồng độ AMH tương quan với số lượng nang noãn, tiến triển gần như tuyến tính giảm sau khoảng 30 tuổi, và ít thay đổi trong suốt chu kỳ kinh nguyệt. Đo lặp lại AMH trước và sau khi cắt tử cung có thể là một công cụ hữu ích cho việc phân loại ra chỉ định phẫu thuật cắt tử cung ở người phụ nữ nguy cơ cao bị mãn kinh sớm hay không. So sánh tốc độ của sự thay đổi nồng độ AMH theo thời gian giữa phụ nữ tham gia phẫu thuật và nhóm chứng có thể làm rõ cắt tử cung làm tăng tốc độ suy giảm dự trữ buồng trứng hay không.

Kết luận từ nghiên cứu này là phụ nữ trải qua phẫu thuật cắt tử cung tăng đáng kể nguy cơ suy buồng trứng, được đánh giá bằng nồng độ FSH huyết thanh. Mặc dù, chưa giải thích được nguyên nhân là do phẫu thuật hay chỉ định cắt tử cung là nguyên nhân dẫn đến suy buồng trứng. Điều quan trọng là bác sĩ cần nhắc việc này khi thảo luận với bệnh nhân để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp với từng bệnh lý lành tính của tử cung. Ngoài ra, bởi vì không phải tất cả các phụ nữ sẽ có triệu chứng rõ ràng của thời kỳ mãn kinh, nên những phụ nữ đã trải qua phẫu thuật cắt tử cung nên được giám sát chặt chẽ đánh giá về mật độ xương hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch bởi vì nguy cơ có thể suy buồng trứng sớm. Vì vậy cần xem xét kết quả lâu dài sau phẫu thuật là một yếu tố quan trọng giúp bác sĩ chọn lựa phương pháp điều trị tốt nhất với từng bệnh nhân cụ thể.



## NỘI SOI ĐỐT ĐIỂM BUỒNG TRỨNG TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

### **Ovarian drilling for surgical treatment of polycystic ovarian syndrome: a comprehensive review**

Hervé Fernande, Michèle Morin-Surruca, Antoine Torre, Erika Faivre, Xavier Deffieux, Amélie Gervaise.

*Reproductive Biomedicine Online Vol 22, No 6, 2011*

#### **Bác sĩ Tăng Quang Thái**

Một tổng quan nghiên cứu về đốt điểm buồng trứng được thực hiện và công bố trên *Reproductive Biomedicine Online* Vol 22, No 6, 2011 đã vẽ nên bức tranh toàn cảnh về việc ứng dụng nội soi đốt điểm buồng trứng vào điều trị hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN).

Theo đồng thuận Thessaloniki (2007) về điều trị Hội chứng buồng trứng đa nang, lựa chọn điều trị hàng đầu ở những bệnh nhân này là clomiphene citrate. Khi điều trị bằng clomiphene citrate thất bại, nội soi đốt điểm buồng trứng hoặc dùng gonadotrophin có thể được đề nghị là lựa chọn tiếp theo.

Việc ứng dụng phẫu thuật buồng trứng vào điều trị

HCBTĐN được mô tả từ nghiên cứu của Gjonnaess (1984), Donesky và Adashi (1995). Cơ chế của phẫu thuật chưa được hiểu rõ, người ta cho rằng nó có liên quan đến việc phá hủy mô đệm tiết androgen của buồng trứng. Tuy nhiên vì biến chứng dính vùng chậu, giảm khả năng sinh sản, gây ra rối loạn tiêu hóa, nên các nhà nghiên cứu lâm sàng luôn tìm cách cải tiến kỹ thuật, từ mổ mở, nội soi ổ bụng, sang nội soi qua túi cùng; từ cắt buồng trứng hình chêm sang đốt điểm buồng trứng; từ sử dụng điện cực đơn cực sang lưỡng cực và lazer.

Qua phân tích nhiều nghiên cứu, các tác giả đã nhận thấy đốt điểm buồng trứng bên cạnh việc phá hủy một phần bề mặt của buồng trứng có thể gây ra nguy cơ loại bỏ không chỉ một lượng lớn các mô tiết androgen mà

còn cả những nang trứng. Mất những nang này có thể đe dọa đến dự trữ của buồng trứng và làm cho bệnh nhân giảm khả năng sinh sản (Dabirashrafi, 1989). Tuy nhiên El-Sheikhah và cộng sự (2004) nghiên cứu đốt từ 4 đến 8 điểm (40W trong 5giây và 800 đến 1600J mỗi buồng trứng) đã thu được kết luận mặc dù thể tích mô bị phá hủy phụ thuộc vào năng lượng cung cấp, nhưng thực chất chỉ có một lượng rất nhỏ mô buồng trứng bị phá hủy (khoảng 0,4 đến 1%). Không có sự khác biệt về tỉ lệ rụng trứng và thụ thai trong các nghiên cứu.

Một nghiên cứu đã khảo sát về các dấu hiệu của việc dự trữ buồng trứng ở 60 bệnh nhân; 20 người được điều trị bằng clomiphene citrate, 20 người được nội soi đốt điểm một bên và 20 người đã được đốt cả 2 bên. Người ta tiến hành đốt 4 điểm trên mỗi buồng trứng (40W trong 3-5 giây). Inhibin B, số lượng nang dạng nang và thể tích buồng trứng đều giảm nhẹ nhưng sau khi thực hiện nội soi đốt điểm cả 2 bên nó sẽ giảm đáng kể (Kandil và Selim, 2005). Tuy nhiên, giá trị của những tham số biểu thị cho dự trữ của buồng trứng thì chưa rõ ràng, thực sự nó phản ảnh trực tiếp nhiều hoặc ít hơn sự hiện diện của những nang nhỏ đang phát triển, cao hơn mức bình thường ở những phụ nữ có HCBTĐN.

Không có sự khác biệt rõ ràng giữa nhóm đốt điểm buồng trứng một bên và hai bên trong tỷ lệ phóng noãn, thụ thai, sẩy thai, nhưng thời gian phẫu thuật giảm đáng kể.

Việc theo dõi kết quả điều trị trong thời gian dài là một trong những vấn đề khó khăn của các nghiên cứu. Tỷ lệ chu kì kinh nguyệt bình thường sau nội soi đốt điểm buồng trứng là 1,6 trong 1 năm, 2,6 trong 3 năm và 2,2 trong 9 năm. Mặc dù các tác giả đều công bố hiệu quả điều trị có thể vẫn tồn tại sau năm đầu tiên điều trị, nhưng những kết quả này phải được khẳng định bằng những nghiên cứu có chất lượng hơn.

Chúng ta đều biết rằng nên kiểm tra nồng độ hormone trước khi kích thích rụng trứng ở những bệnh nhân nội

soi đốt điểm lần đầu không thành công. Nguy cơ thiệt hại cho khả năng sinh sản sau khi điều trị có thể giảm xuống. Dù vậy, các tác giả cũng khuyến cáo nên sử dụng năng lượng lưỡng cực thay cho đơn cực, không đốt quá 5 điểm với năng lượng đơn cực nhằm giới hạn tác động lên chức năng buồng trứng.

Biến chứng trong khi phẫu thuật thường hiếm và chủ yếu là biến chứng do nội soi hay gây mê. Nguy cơ dính các cơ quan quanh phần phụ là một vấn đề thường gặp. Thêm vào đó, khi thực hiện nội soi qua túi cùng có thể gặp biến chứng xuất huyết. Phải di chuyển cẩn thận mô buồng trứng để tránh biến chứng tụ máu và xé rách dây chằng bàng quang - buồng trứng trong phẫu thuật. Không có nghiên cứu nào so sánh mức độ lặp lại của những biến chứng này trong quá trình đốt nhiều điểm trên buồng trứng ngay cả khi nó được nội soi qua ổ bụng hay qua túi cùng. Khái niệm đốt quá nhiều điểm trên buồng trứng đã bị loại bỏ vì nó dẫn đến dính các cơ quan trong vùng chậu trong 100% các trường hợp, nhưng việc kết dính này không liên quan đến vô sinh: 58.8% những bệnh nhân trước đó đã được chẩn đoán vô sinh vẫn có thai mà không cần điều trị (Balen, 2006).

Theo phân tích, những bệnh nhân điều trị bằng nội soi đốt điểm buồng trứng trở nên nhạy cảm với tác nhân gây rụng trứng dù rằng trước đây họ đã kháng trị. Do đó có thể điều trị lại bằng thuốc (trước tiên là clomiphene citrate, sau đó là hormone tuyến yên) sau đốt điểm 3 - 6 tháng. Nếu sau đó không có thai tự nhiên có thể thực hiện IVF.

Tóm lại, qua phân tích, chỉ định nội soi đốt điểm buồng trứng là HCBTĐN trên những bệnh nhân kháng trị clomiphene citrate. Nội soi đốt điểm buồng trứng có hiệu quả hơn một năm và việc đốt trên một bên hay hai bên là dựa vào việc giảm thời gian phẫu thuật và bảo tồn buồng trứng chứ không phải dựa trên hiệu quả lâm sàng. Trên mỗi buồng trứng nên sử dụng dao nhiệt điện 100W để cắt vào vỏ buồng trứng, đốt không quá 5 điểm, với năng lượng thích hợp (40W/ 3-5 giây/ mỗi điểm).



## PROGESTERONE ĐẶT ÂM ĐẠO CÓ THỂ DỰ PHÒNG SANH NON

### **Vaginal Progesterone In Women With An Asymptomatic Sonographic Short Cervix In The Midtrimester Decreases Preterm Delivery And Neonatal Morbidity: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Individual Patient Data**

Roberto Romero, Kypros Nicolaides, Agustin Conde-Agudelo, Ann Tabor, John M. O'Brien, Elcin Cetingoz, Eduardo Da Fonseca, George Creasy, Katharina Klein, Line Rode, Priya Soma-Pillay, Shalini Fusey, Cetin Cam, Zarko Alfirevic, Sonia S. Hassa

*American Journal of Obstetrics and Gynecology (2012).*

#### **Bác sĩ Lê Tiểu My**

Một báo cáo tổng quan hệ thống và phân tích gộp vừa được công bố online trên tạp chí American Journal of Obstetrics and Gynecology tháng 2 năm 2012 cho thấy progesterone đặt âm đạo ở thai phụ có cổ tử cung ngắn vào tam cá nguyệt thứ hai có khả năng giảm khoảng 50% tỉ lệ sinh non và bệnh lý sơ sinh.

Cho đến nay, sinh non vẫn là thử thách của sản khoa với tỷ lệ khoảng 10-15% trên mọi thai kỳ và là nguyên nhân hàng đầu làm tăng tử suất và bệnh suất sơ sinh. Theo ước tính, mỗi năm có hơn 10 triệu trẻ sinh non trên toàn thế giới. Các biến chứng ở trẻ sinh non tháng bao gồm hội chứng suy hô hấp, nhiễm trùng, xuất huyết

não thất... Vì vậy, dự phòng sinh non là chiến lược cần thiết vì mang lại nhiều lợi ích hơn điều trị.

Trong hầu hết các trường hợp, nguyên nhân gây chuyển dạ sinh non đều không được xác định. Ngoài những yếu tố được cho là các yếu tố nguy cơ liên quan đến sinh non như đa thai, tiền căn nạo phá thai nhiều lần, tình trạng nhiễm trùng (bao gồm cả nhiễm trùng hệ thống, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng âm đạo)... gần đây có nhiều nghiên cứu cho rằng độ dài cổ tử cung ngắn giữa thai kỳ là cũng yếu tố dự đoán sinh non.

Trước đây, chẩn đoán cổ tử cung ngắn hoặc những trường hợp có hở eo tử cung chủ yếu dựa vào thăm