

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



SỐ SẢN PHỤ BỊ THUYỀN TẮC ĐỒ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH NGÀY Càng TĂNG

Trends in venous thromboembolism among pregnancy-related hospitalizations, United States, 1994-2009

Ghaji Nafisa, Boulet Sheree L, Tepper Naomi, Hooper William C

American Journal of Obstetrics and Gynecology 2013. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.039

ThS. Hồ Mạnh Tường

Một nghiên cứu cộng đồng thực hiện trên toàn Hoa Kỳ cho thấy số sản phụ nhập viện do nguyên nhân liên quan đến thuyên tắc mạch do huyết khối (VTE) ngày càng tăng trong thời gian từ năm 1994 đến năm 2009. Tần suất VTE cao hơn với các sản phụ có kèm theo một vấn đề khác về sức khỏe. Đây là một vấn đề mà tất cả các bác sĩ sản khoa và tất cả phụ nữ mang thai cần lưu ý trong khi theo dõi khám thai, trong khi sinh và thời kỳ hậu sản.

VTE là bệnh lý do huyết khối tĩnh mạch sâu và dẫn đến thuyên tắc phổi. Đây là một trong những nguyên nhân gây bệnh lý và tử vong hàng đầu cho sản phụ ở các nước phát triển hiện nay. Tỷ lệ mắc bệnh được biết trước đây là vào khoảng 2/1.000 trường hợp sinh. Nguy cơ này cao gấp ít nhất 4 lần so với phụ nữ không có thai và đặc biệt tăng cao trong giai đoạn hậu sản (6 tuần sau sinh) 21,5-84 lần so với phụ nữ bình thường không mang thai.

Nghiên cứu này vừa được công bố trên tạp chí nổi tiếng American Journal of Obstetrics and Gynecology. Đây là một trong những nghiên cứu lớn nhất thế giới về vấn đề này cho đến nay. Các tác giả đã tổng kết số liệu của hơn 64 triệu sản phụ nhập viện trên toàn Hoa Kỳ từ năm 1994 đến năm 2009. Kết quả nghiên cứu cho thấy từ năm 1994 đến 2009, tỉ lệ sản phụ nhập viện do VTE ở Hoa Kỳ tăng lên 14% (từ 1,74 lên 1,99 trên 1.000 trường hợp sinh). Các tác giả của nghiên cứu cho thấy 1,26% sản phụ nhập viện ở Hoa Kỳ là do huyết khối tĩnh mạch sâu; và 1,99% sản phụ nhập viện do các loại VTE khác nhau, trong đó, khoảng 0,73% là bị thuyên tắc phổi.

Trong các bệnh lý nhập viện, thuyên tắc phổi là biến chứng có tỉ lệ tăng cao nhất khi so sánh giai đoạn năm 2006-2009 với giai đoạn năm 1994-1997. Thuyên tắc phổi tăng 128% khi so sánh tần suất bệnh nhân nhập viện giữa 2 giai đoạn trên (từ 0,32 đến 0,73 trên 1.000 trường hợp sinh). Đặc biệt trong giai đoạn hậu sản, nguy cơ thuyên tắc phổi tăng khoảng 3 lần khi so sánh giữa hai giai đoạn. Thuyên tắc phổi là một trong những biến chứng nguy hiểm nhất của VTE, có thể dẫn đến tử vong mẹ và đây là một trong những vấn đề rất đáng quan ngại.



Khi so sánh giữa hai giai đoạn 2006-2009 và 1994-1997, các tác giả nhận thấy tần suất sản phụ nhập viện do huyết khối tĩnh mạch sâu không thay đổi đáng kể. Tần suất biến chứng liên quan với VTE không tăng trong thời gian nhập viện để sinh. Tuy nhiên, đối với các sản phụ nhập viện trước và sau sinh, tần suất nhập viện do các vấn đề liên quan đến VTE tăng lần lượt là 17% (trước sinh) và 47% (sau sinh).

Các tác giả ghi nhận các yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ VTE trên sản phụ bao gồm: tuổi từ 35 trở lên, thiếu máu, bệnh tim, béo phì, truyền máu trong và sau sinh, mổ lấy thai, băng huyết sau sinh, đa thai, tiền sản giật, nhiễm trùng hậu sản.

Ngoài nguyên nhân chính là các yếu tố nguy cơ của VTE có xu hướng tăng trong cộng đồng, các tác giả cho rằng các tiến bộ trong chẩn đoán và hệ thống quản lý dữ liệu tốt hơn cũng góp phần làm tăng số chẩn đoán VTE.

Cần có các phác đồ tầm soát các sản phụ thuộc nhóm nguy cao để có các biện pháp dự phòng thích hợp. Ngoài ra, các bệnh viện có chuyên khoa sản cần phối hợp với chuyên khoa huyết học để chuẩn bị các phác đồ chẩn đoán và điều trị các biến chứng của VTE, đặc biệt là biến chứng thuyên tắc phổi.

Ở Việt Nam trong những năm vừa qua, tỉ lệ tai biến sản khoa nặng và diễn ra cấp tính được ghi nhận nhiều hơn. Các trường hợp nghi do thuyên tắc ối hay thuyên tắc phổi cũng có vẻ tăng dù chưa có các thống kê đầy đủ. Kết quả của nghiên cứu này có thể là một cảnh báo cho các nhà sản khoa trong việc dự phòng, chẩn đoán và điều trị biến chứng nguy hiểm này trong thai kỳ, trong khi sinh và trong thời gian hậu sản. Các sản phụ cũng cần được tư vấn thêm về biến chứng này để có thể dự phòng và đi khám sớm khi có triệu chứng nghi ngờ.



VAI TRÒ CỦA VITAMIN D TRONG THAI KỲ

Vitamin D in Pregnancy: Current Concepts

Urrutia Rachel Peragallo MD and Thorp John M MD

University of North Carolina, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Womens Primary Care Curr Opin Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2013 July 12

BS. Phạm Thị Phương Anh

Vào ngày 12/07/2013, một tổng quan hệ thống gồm các nghiên cứu được đăng tải trên PubMed, sử dụng từ khóa "vitamin D và thai kỳ", từ tháng 05/2010 đến tháng 10/2011. Có 78 nghiên cứu được đưa vào hệ thống nhằm tóm lược những bằng chứng hiện tại về vai trò của vitamin D và các bệnh lý trong thai kỳ được đề cập như sau:

TIỀN SẢN GIẬT

Chính sự hiện diện của các thụ thể vitamin D hoạt động trên bánh nhau và vai trò điều hòa miễn dịch của chúng đã gợi ý mối liên hệ giữa việc thiếu vitamin D và tiền sản giật (TSG). Giả thiết này được ủng hộ bởi một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng. Một nhóm thai phụ được bổ sung vitamin D, nhóm còn lại sử dụng dầu cá. Kết quả là nhóm dùng vitamin D ít bị TSG hơn. Một

tổng quan hệ thống (2011) nhận thấy TSG thường xảy ra vào mùa đông hay mùa mưa, khi mà tỉ lệ thiếu vitamin D cũng cao hơn. Những thai phụ có nồng độ vitamin D cao hằng định có tỉ lệ TSG thấp và huyết áp không cao ở thời điểm chẩn đoán và khi sinh. Tóm lại, những bằng chứng hiện tại cho thấy nồng độ 25-Hydroxyvitamin D (25(OH)D) ở giai đoạn sớm của thai kỳ có thể kết hợp với nguy cơ TSG sau này chỉ xảy ra ở nhóm thai phụ có nồng độ 25(OH)D <13,2 ng/L hoặc là người Hoa Kỳ gốc Phi.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đối với phụ nữ không mang thai, sự thiếu hụt vitamin D kết hợp với nguy cơ cao bị đái tháo đường (ĐTĐ) type II. Những nghiên cứu phân tích mối liên hệ giữa nồng độ vitamin D và ĐTĐ thai kỳ đưa ra những kết luận chưa

thống nhất. Gần đây, 3 nghiên cứu đoàn hệ ở Ấn Độ, Anh và Bắc Carolina nhằm xác định liệu nồng độ 25(OH)D ở tam cá nguyệt thứ nhất có liên quan đến ĐTD thai kỳ hay không. Kết quả, nghiên cứu thứ nhất cho thấy những thai phụ thiếu vitamin D có nguy cơ ĐTD gấp 2,7 lần (CI 1,0-7,0) so với những thai phụ không thiếu vitamin D. Nghiên cứu thứ hai không chỉ ra mối liên hệ giữa nồng độ vitamin D thấp và ĐTD thai kỳ, nhưng kết quả đưa ra cũng cho thấy có sự gia tăng của đường huyết nhanh và HbA1C ở tuần 28 của thai kỳ. Nghiên cứu thứ ba cũng không tìm ra mối liên hệ giữa 2 yếu tố trên, tuy nhiên kết quả có khoảng tin cậy rất rộng. Không có nghiên cứu nào được hiệu chỉnh theo chế độ ăn và tình trạng tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

SINH NON

Mối liên hệ giữa thiếu hụt vitamin D và sự gia tăng những yếu tố viêm đã gợi ý vai trò của vitamin D trong dự phòng sinh non. Một nghiên cứu gần đây ở Bắc Carolina, có 40 trường hợp sinh non không có bằng chứng của viêm màng ối đã được phân nhóm theo tuổi và chủng tộc. Kết quả là không tìm thấy mối liên hệ giữa việc thiết hụt vitamin D (<50 nmol/L) và sinh non tự phát. Tuy nhiên, chưa đủ khẳng định vì cỡ mẫu nhỏ. Tháng 07/2013, Obstetrics and Gynecology đã công bố nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng đa trung tâm được thực hiện tại Hoa Kỳ từ năm 2004 đến năm 2006 của TS. Bodnar Lisa và các cộng sự về "Mối liên hệ giữa nồng độ 25(OH)D trong huyết thanh mẹ và nguy cơ sinh non trên song thai", với kết luận: vào cuối tam cá nguyệt thứ hai, nồng độ 25(OH)D trong huyết thanh mẹ <75 nmol/L làm tăng nguy cơ sinh non ở các trường hợp song thai.

CÂN NẶNG BÉ KHI SINH

Vitamin D có vai trò quan trọng trong chuyển hóa xương. Do đó, giả thiết thiếu vitamin D kết hợp với nguy cơ trẻ nhẹ cân được đặt ra. Một nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu 3.730 thai phụ ở Amsterdam nhận thấy nguy cơ trẻ nhẹ cân so với tuổi thai cao hơn ở những thai phụ thiếu vitamin D trầm trọng trong giai đoạn sớm của thai kỳ (<12 ng/L). Nghiên cứu cũng không đề cập đến chế độ ăn và tình trạng tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

MỔ LẤY THAI

Thiếu vitamin D nghiêm trọng gây còi xương và biến dạng khung chậu dẫn đến tình trạng chuyển dạ tắc nghẽn đã được biết đến từ nhiều năm qua. Năm 2009, 300 thai phụ ở Boston có nồng độ vitamin D <37,5 ng/L có nguy cơ sinh mổ gấp 4 lần so với những thai phụ có nồng độ vitamin D cao hơn.

BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Vitamin D có vai trò điều hòa miễn dịch, chính vì vậy mà có nhiều nghiên cứu phân tích mối liên hệ giữa mức độ thiếu hụt vitamin D và các bệnh truyền nhiễm trong thai kỳ. Một nghiên cứu đoàn hệ ngẫu nhiên có nhóm chứng ở Bắc Carolina (nhóm phơi nhiễm n=117, nhóm chứng n=118) cho thấy những thai phụ <26 tuần tuổi thai thiếu hụt vitamin D có tỉ lệ bệnh truyền nhiễm cao hơn gấp 2 lần so với nhóm chứng. Tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu đoàn hệ (n=3.523) nhận thấy không có mối liên hệ giữa bacterial vaginosis và nồng độ vitamin D ở những phụ nữ không mang thai. Tuy nhiên, ở những phụ nữ mang thai, sự thiếu hụt vitamin D (<30 ng/L) làm tăng nguy cơ nhiễm bacterial vaginosis (OR=2,9; CI 1,1-7,3). Một nghiên cứu khác cũng cho thấy tỉ lệ thiếu máu, tiến triển bệnh và tử vong của những thai phụ nhiễm HIV tại Tanzania cũng tăng khi nồng độ vitamin D <32 ng/L. Nghiên cứu cũng không đề cập đến chế độ ăn và tình trạng tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

KẾT LUẬN

Những dữ liệu sinh học trên đã khẳng định vai trò của vitamin D trong sức khỏe sinh sản. Tuy nhiên, cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa nhằm phân tích mối liên hệ giữa nồng độ 25(OH)D và các kết quả bất lợi trong thai kỳ. Một định nghĩa chuẩn về mức thiếu hụt vitamin D trong thai kỳ nên được xác lập. Tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) và Học viện Y khoa (IOM) đề nghị nên bổ sung 600IU vitamin D mỗi ngày trong suốt thai kỳ, nhưng không vượt quá 4.000IU mỗi ngày vì sẽ làm tăng calci huyết. Riêng trường hợp nồng độ vitamin D <20 ng/mL, cần bổ sung 1.000-2.000IU mỗi ngày.



SƠNG THAI: MỔ CHỦ ĐỘNG HAY SINH NGẢ ÂM ĐẠO

A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy

Barrett JF, Hannah ME, Hutton EK, Millan AR, Allen AC, Armson BA et al.

Twin Birth Study Collaborative Group. N Engl J Med 2013;369(14):1295-1305

ThS. Trần Nhật Thăng

Một nghiên cứu lớn tiến hành trên 2.800 sản phụ song thai, vừa được công bố trên tạp chí *The New England Journal of Medicine* vào tháng 10/2013, cho thấy tỉ lệ tử vong và bệnh lý sơ sinh không khác biệt khi so sánh giữa mổ chủ động và sinh ngả âm đạo cho các trường hợp song thai.

Tỉ lệ song thai có khuynh hướng tăng, một phần do sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (HTSS), một phần do tuổi mẹ – một nguy cơ độc lập với HTSS, cũng có khuynh hướng gia tăng.

Thai kỳ song thai đi kèm nhiều vấn đề phức tạp trong công tác chăm sóc thai sản. Bên cạnh những nguy cơ gia tăng trong thai kỳ, vấn đề lựa chọn hình thức kết

thúc thai kỳ cũng đặt ra nhiều bàn cãi: mổ chương trình hay theo dõi sinh ngả âm đạo?

Ngay tại Hoa Kỳ, với hệ thống y tế phát triển, tỉ lệ mổ lấy thai trong song thai cũng có khuynh hướng gia tăng, từ 53,9% vào năm 1995 lên 75% vào năm 2008. Điều này có phần ảnh hưởng từ nhiều nghiên cứu quan sát trước đây cho thấy tiên lượng trẻ sơ sinh có vẻ xấu hơn trong nhóm sinh ngả âm đạo, nhất là khi thai thứ hai không phải ngôi đầu. Tuy nhiên, do nhìn thấy giới hạn của nghiên cứu quan sát, các tác giả Canada đã tiến hành một thử nghiệm phân bố ngẫu nhiên (Twin Birth Study) với cỡ mẫu thu thập từ 106 trung tâm sản khoa trên thế giới nhằm tìm ra câu trả lời cho vấn đề lựa chọn mổ lấy thai trong song thai. Thời gian thu thập mẫu kéo

dài đến 8 năm tại 25 nước, với 2.804 trường hợp song thai (từ 32 tuần đến 38 tuần 6 ngày) được phân tích. Các tác giả đã chủ động loại trừ các đối tượng song thai một buồng ối và/hoặc có kèm chỉ định khác buộc dẫn tới mổ lấy thai. Chúng ta rút ra được gì từ một nghiên cứu có chất lượng như vậy?

Tiêu chí đánh giá chính của các tác giả là tỉ lệ mất thai và tử vong sơ sinh (tính đến ngày thứ 28 sau sinh) cũng như biến chứng nặng sơ sinh (đặc biệt là sang chấn sản khoa, xuất huyết não, tổn thương thần kinh, cần thông khí hỗ trợ, nhiễm trùng huyết...). Với những tiêu chí này, các tác giả không tìm thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm mổ lấy thai (2,2%) và sinh ngả âm đạo (1,9%) với OR=1,16 (0,77-1,74; p=0,49) (có vẻ tăng nguy cơ 16% khi mổ lấy thai nhưng không đủ ý nghĩa thống kê cho kết luận). Đánh giá về dự hậu của mẹ, các tác giả cũng không tìm thấy khác biệt đủ kết luận giữa hai nhóm về tử vong mẹ cũng như bệnh suất đi kèm (7,3% ở mổ lấy thai so với 8,5% ở sinh ngả âm đạo). Ngay cả khi phân tích phân tầng về tuổi thai và tuổi mẹ tại thời điểm can thiệp cách thức chấm dứt thai kỳ thì cũng không có khác biệt đủ lớn nào được tìm thấy.

Tuy nhiên trong phần bàn luận, các tác giả đã nhấn mạnh đến việc sự tương đồng về biến chứng trong hai phương cách trên cần được hiểu là kết quả từ những trung tâm sản khoa có trình độ đồng nhất được lựa chọn vào nghiên cứu. Phác đồ xử trí được thống nhất, khả năng về thiết bị (siêu âm ít nhất mỗi 4 tuần, non-stress test mỗi 3-4 ngày, chuyển mổ cấp cứu trong vòng 30 phút) và con người là điều quan trọng. Một con số ấn tượng nữa rút ra từ nghiên cứu là có đến 40% trường hợp chuyển chỉ định mổ cấp cứu trong nhánh theo dõi sinh ngả âm đạo! Thiết nghĩ, nghiên cứu Twin Birth Study đã cung cấp những chi tiết cần thiết phục vụ cho việc tư vấn và xây dựng qui trình chăm sóc phù hợp cuối thai kỳ cho các trường hợp song thai.

Có thể tải trực tiếp toàn văn bài nghiên cứu này từ website của tạp chí NEJM <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoA1214939>.

Ban Biên tập

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

ThS. Hồ Mạnh Tường

Ban Thư ký

BS. Huỳnh Thị Tuyết

Âu Thụy Kiều Chính

Vũ Thị Hà

Nguyễn Ngọc Linh Phượng

Phạm Thị Thu Hiền

Văn phòng HOSREM

• HAN building (lầu 2),
số 301 Trần Hưng Đạo, phường Cô Giang, quận 1, TPHCM
ĐT: (08) 3507 9308 - 0933 456 650

• 84T/8 Trần Đình Xu, phường Cô Giang, quận 1, TPHCM
ĐT: (08) 3920 9559 | Fax: (08) 3920 8788

hosrem@hosrem.vn

www.hosrem.org.vn

“Y học sinh sản” là nội san chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của “Y học sinh sản” mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

“Y học sinh sản” xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi, những góp ý của hội viên và độc giả cho nội san.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.

© HOSREM 2013