

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Văn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin oan Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoài Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau
- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Vàng 2018



Merck



Hội viên liên kết Bạc 2018



Science For A Better Life



TIỀN ĐOÁN SỚM TIỀN SẢN GIẬT

Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu



Tiền sản giật là bệnh lý cao huyết áp xảy ra trong thai kỳ, chiếm khoảng 2 - 8% thai kỳ ở Mỹ, có khoảng 9% sản phụ tử vong liên quan đến tiền sản giật và sản giật; 1 - 2% mắc tiền sản giật sẽ diễn tiến đến sản giật. Bệnh diễn tiến phức tạp ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và thai nhi nếu không được phát hiện sớm và điều trị đúng.

Việc chẩn đoán tiền sản giật không khó khăn gì, nhưng việc tiên đoán sớm tiền sản giật để có những phương án dự phòng cũng như điều trị thích hợp, tránh những biến chứng cho mẹ và bé, là vấn đề khó khăn đối với các nhà sản khoa. Vì nó không có tiêu chuẩn nào được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán sớm tiền sản giật. ACOG 2015 đã đưa ra những giới hạn của các yếu tố giúp chẩn đoán sớm tiền sản giật, họ nghiên cứu trên 7.797 sản phụ được tiên đoán sớm tiền sản giật bằng siêu âm và các marker sinh hóa, nhưng chỉ có 476 trường hợp có dấu hiệu lâm sàng là tiền sản giật sớm, 32 trường hợp thành bệnh cho giá trị tiên đoán dương chỉ có 7%. Vì vậy, có rất nhiều hiệp hội sản phụ khoa trên thế giới đưa ra các dấu hiệu tiên đoán sớm, nhưng chưa được sự thống nhất. Cần phối hợp nhiều yếu tố để có thể đưa ra kết quả tương đối chính xác.

ACOG 2015 và một số nghiên cứu khác dựa vào tiền sử đưa ra một số yếu tố nguy cơ của tiền sản giật như **bảng 1**.

Nghiên cứu năm 2014 của Leona C Poon về sự kết hợp của các yếu tố giúp chẩn đoán sớm tiền sản giật. Dựa trên yếu tố nguy cơ và chỉ số sinh hóa: đặc điểm sản phụ, chỉ số PI động mạch tử cung (PI),

huyết áp động mạch trung bình (MAP), PAP-A, PlGF lúc thai 11 - 13 tuần. (**Bảng 2**)

Theo nghiên cứu của Hee Jin Park năm 2015, có rất nhiều marker sinh hóa để dự đoán sớm tiền sản giật, nhưng không có yếu tố nào là có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Nếu phân tích hết tất cả các marker thì quá tốn kém cho điều trị lâm sàng. (**Bảng 3**)

Trong nghiên cứu tháng 1/2016 của Harald Zeisler trên tạp chí New England, được tiến hành trên thai 24 đến 36 tuần. Tác giả sử dụng marker sFlt-1/PlGF để đưa ra ngưỡng cut-off loại trừ tiền sản giật trong 1 tuần sau từ ngày khám thai và xác định tiền sản giật sau 4 tuần. Kết quả nghiên cứu đưa ra độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm. Với kết quả này giúp chúng ta loại trừ tiền sản giật ở tuần đầu tiên khám thai và xác định tỷ lệ tiền

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ tiền sản giật.

Yếu tố	Tăng nguy cơ
1 Tiền sử tiền sản giật	7,19
2 Cao huyết áp	5 - 10
3 Tiền sử có huyết khối	↑
4 Đa thai, thụ tinh ống nghiệm	2,93
5 Đái tháo đường type 1 và 2	3,56
6 Béo phì	1,55
7 Bệnh lupus đỏ, kháng phospholipid	9,72
8 Tuổi sản phụ trên 40 tuổi	1,68
9 Gia đình bị tiền sản giật	2,9
10 Bệnh thận	2-3

sản giật sẽ xuất hiện trong 4 tuần sau đó để có chiến lược dự phòng và điều trị. (Bảng 4)

Bảng 2. Tỷ lệ phát hiện tiền sản giật của các marker.

Chỉ số	Dương tính giả (%)	Tỷ lệ phát hiện (KTC 95%)		
		< 34 tuần	< 37 tuần	< 42 tuần
Đặc điểm sản phụ	5	36 (30 - 43)	33 (29 - 37)	29 (27 - 32)
	10	51 (44 - 57)	43 (39 - 47)	40 (38 - 43)
PAP-A	5	44 (37 - 50)	37 (33 - 41)	32 (29 - 34)
	10	55 (48 - 61)	48 (44 - 52)	42 (40 - 45)
PIGF	5	59 (53 - 66)	41 (37 - 45)	29 (27 - 32)
	10	72 (66 - 78)	54 (50 - 59)	40 (38 - 43)
PAP-A + PIGF	5	60 (54 - 67)	43(39 - 47)	30 (28 - 33)
	10	74 (68 - 80)	56 (52 - 60)	41 (38 - 43)
MAP	5	58 (52 - 65)	44 (40 - 48)	37 (35 - 40)
	10	73 (67 - 78)	59 (55 - 63)	54 (51 - 56)
PI	5	59 (53 - 66)	40 (36 - 44)	31 (29 - 34)
	10	75 (69 - 81)	55 (51 - 59)	42 (40 - 45)
MAP + PI	5	80 (74 - 85)	55 (51 - 59)	35 (33 - 37)
	10	90 (85 - 93)	72 (68 - 75)	57 (54 - 59)
MAP + PI + PAP-A	5	82 (76 - 86)	53 (48 - 57)	36 (34 - 39)
	10	93 (88 - 95)	75 (71 - 78)	57 (54 - 59)
MAP + PI + PIGF	5	87 (82 - 91)	61 (57 - 65)	38 (35 - 40)
	10	96 (92 - 98)	77 (74 - 81)	53 (50 - 56)
MAP + PI + PIGF + PAP-A	5	93 (89 - 96)	61 (57 - 65)	38 (35 - 40)
	10	96 (93 - 98)	77 (73 - 80)	54 (51 - 56)

Bảng 3. Tỷ lệ phát hiện tiền sản giật với các giá trị dương tính giả.

Tác giả	Thông số	Tiền sản giật sớm		Tiền sản giật muộn	
		Tỷ lệ phát hiện ứng với giá trị dương tính giả			
		5%	10%	5%	10%
Akolekar 2011	Tiền sử, MAP, UtA, PAP-A, PIGF, PP13, sEng, inhibin A, activin A, PTX3, P-selectin	91	95	61 - 79	71 - 88
Wright 2012	Tiền sử, UtA, MAP	80	90	55	72
Akolekar 2013	Tiền sử, MAP, UtA, PAP-A, PIGF	93	96	38 - 61	54 - 77
Crovetto F 2015	Tiền sử, MAP, UtA, PAP-A, PIGF, sFlt-1	88	91	68	76

Bảng 4. Cut-off của sFlt-1/PIGF ở ngưỡng 38.

Giá trị chẩn đoán	Tỷ lệ (KTC 95%)	Giá trị chẩn đoán	Tỷ lệ (KTC 95%)
Trong 1 tuần		Trong 4 tuần	
Giá trị tiên đoán âm	99,3 (97,9 - 99,9)	Giá trị tiên đoán dương	36,7 (28,4 - 45,7)
Độ nhạy	80,0 (51,9 - 95,7)	Độ nhạy	66,2 (54,0 - 77,0)
Độ đặc hiệu	78,3 (74,6 - 81,7)	Độ đặc hiệu	83,1 (79,4 - 86,3)

Trong nghiên cứu này còn đưa ra những giá trị của tỷ lệ sFlt-1/PIGF theo tuổi thai như **bảng 5**.

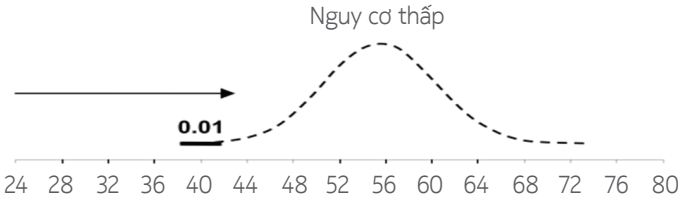
Bảng 5.

Tiền lượng ngắn			Hỗ trợ chẩn đoán
Tuổi thai	Bệnh không phát triển tiền sản giật trong 1 tuần	Bệnh sẽ phát triển thành tiền sản giật trong 4 tuần	Tiền sản giật và các rối loạn liên quan đến nhau thai
34 tuần	≤ 38	$38 < - < 110$	≥ 110
20 tuần	≤ 38	$38 < - < 85$	≥ 85
38 tuần		85	110
Tỷ lệ sFlt-1/PIGF			

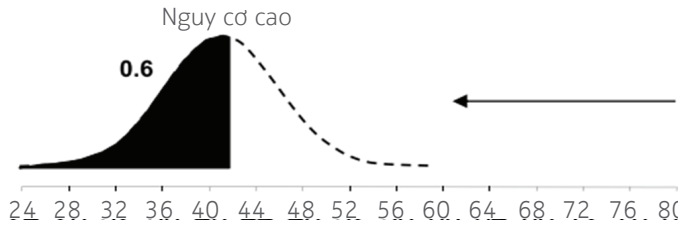
Dựa vào hai biểu đồ sau của Leona cho thấy ở nhóm dân số có nguy cơ thấp thì tiền sản giật chỉ xuất hiện khi thai đủ ngày tháng với tỷ lệ khoảng 10%. Ngược lại với biểu đồ bên dưới cho thấy ở nhóm nguy cơ cao thì tiền sản giật sẽ xuất hiện từ

tuần 24 đến thai đủ ngày tháng với tỷ lệ 60%.

Chính vì vậy, chúng ta cần nhận diện sớm và xây dựng chiến lược dự phòng ở nhóm có nguy cơ cao, để tránh các biến chứng xảy đến cho sản phụ và cho thai nhi.



Sơ đồ 1. Nhóm nguy cơ thấp.



Sơ đồ 2. Nhóm nguy cơ cao.

KẾT LUẬN

Tiền sản giật là một bệnh lý xảy ra trong thời kỳ mang thai, để lại nhiều hậu quả cho sản phụ và thai nhi. Nhận diện sớm và dự phòng tốt thì sẽ hạn chế nguy cơ rủi ro cho các nhà lâm sàng và sản phụ. Hiện tại, chưa có xét nghiệm nào tối ưu để chẩn đoán sớm tiền sản giật và chưa có sự thống nhất giữa những hiệp hội trên thế giới. Tùy theo điều kiện từng bệnh viện sẽ có sự kết hợp các yếu tố chẩn đoán sớm tiền sản giật và đưa ra chiến lược dự phòng. Tỷ lệ sFlt-1/PIGF trong tương lai sẽ là một giá trị đầy hứa hẹn với ngưỡng cut-off là 38.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2015). First-Trimester risk assessment for early-onset preeclampsia, Number 638.
2. Brunelli (2015). Quality of first trimester risk prediction models for pre-eclampsia: a systematic review. BJOG. doi:10.1111/1471-0528.13334.
3. George Daskalaks (2015). Serum markers for the prediction of preeclampsia. J Neurol Neurophysiol; 6:1. doi.org/10.4172/2155-9562.1000264.
4. Harald Zeisler (2016). Predictive value of the sFlt-1/PIGF ratio in women with suspected preeclampsia. N Engl J Med; 374:13-22. doi:10.1056/NEJMoa1414838.
5. Hee Jin Park (2015). Combined screening for early detection of pre-eclampsia, Int J Mol Sci 16; 17952-74. doi:10.3390/jms1608 17952.
6. Henderson (2017). Preeclampsia screening evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA; 317(16):1668-168. doi:10.1001/jama.2016.18315.
7. Leona C Poon (2014). First-Trimester maternal factors and biomarker screening for preeclampsia. Prenatal diagnosis; 34:618-27.
8. Mehmet Suhba Bostanci (2013). Prediction of the preeclampsia: a view of biochemical markers. Review in health care; 4(4):249-61.
9. USPSTF (2017). Screening for preeclampsia US preventive services task force recommendation statement. JAMA; 317(16):1661-7. doi:10.1001/jama.2017.3439.
10. Yves Giguere (2010). Combining biochemical and ultrasonographic markers in predicting preeclampsia: a systematic review. Clinical chemistry; 56:3,361-74.