

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 LƯỢNG KẾT CỤC XẤU Ở THAI PHỤ BỊ TIỀN SẢN GIẬT: ÁP DỤNG MÔ HÌNH fullPIERS

Nguyễn Thế Hải¹, Nguyễn Thanh Hưng²,
Nguyễn Long³

¹Khoa Y, Đại học Quốc gia TP HCM;

²Đại học Y Dược TP HCM; ³Bệnh viện Từ Dũ



GIỚI THIỆU

Tiền sản giật là một tình trạng đáp ứng viêm toàn thân quá mức và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh suất và tử suất của thai phụ trên toàn thế giới. Hiện nay, phương pháp tốt nhất để đánh giá nguy cơ cho các thai kỳ tiền sản giật vẫn còn chưa rõ ràng. Các đánh giá được thực hiện theo các hướng dẫn dựa trên ý kiến chuyên gia vẫn còn nhiều hạn chế về khả năng tiên lượng những kết cục xấu ở thai phụ. Do đó, một mô hình đánh giá cần được kiểm định giúp phân tầng nguy cơ của mẹ theo thời gian thực, là rất cần thiết để hướng dẫn chăm sóc bệnh.

Các đánh giá tiền sản, hậu sản và giám sát tiền sản giật theo hướng tiếp cận đa cơ quan cho thấy làm giảm tỷ suất bệnh của thai phụ. Với phương pháp tiếp cận này, mô hình tiên lượng kết cục tiền sản giật – fullPIERS (Preeclampsia Integrated Estimate of RiSk – mô hình đánh giá tích hợp các nguy cơ của tiền sản giật) đã và đang được phát triển, kiểm định ở nhiều quốc gia và cho thấy nhiều giá trị vượt trội.

TỔNG QUAN VỀ MÔ HÌNH fullPIERS

Mô hình fullPIERS đã được phát triển và kiểm định lần đầu tiên trong một nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm về những thai phụ đáp ứng đủ tiêu chuẩn định nghĩa về tiền sản giật tại các trung tâm sản khoa, đại học ở Canada, New Zealand, Úc và Vương quốc Anh với cỡ mẫu là 2.023 (Dadelszen, 2011). Tất cả các trung tâm này đều có một phác đồ chung về dưỡng thai kéo dài để tối đa hóa thời gian tiếp xúc của đối tượng nghiên cứu với tiến trình tự

nhiên của bệnh.

Các biến số tiên lượng kết cục của mẹ và thai được chọn là những biến số mang tính chất dự đoán, sẵn có, đo lường được, hay gặp và đáng tin cậy. Các kết cục xấu của thai phụ bao gồm: tử vong mẹ hoặc có một hay nhiều rối loạn về thần kinh trung ương (sản giật, đột quỵ, điểm Glasgow < 13), tim mạch (phù phổi cấp, $SpO_2 < 90\%$), gan (tăng men gan, tụ máu bao gan), thận (tổn thương thận cấp), huyết học (giảm tiểu cầu < 100 K/ μ L, truyền máu), nhau bong non.

Thai phụ nhập viện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được làm bộ xét nghiệm bao gồm:

- **Huyết học:** công thức tế bào máu ngoại vi, đường huyết, chức năng đông cầm máu (INR, PT, APTT và fibrinogen).
- **Chức năng gan:** bilirubin huyết thanh, AST, ALT, ALP, LDH, tỷ số albumin/globulin.
- **Chức năng thận:** urea máu, creatinine huyết thanh, điện giải, acid uric, albumin nước tiểu (đo bằng que thử dipstick hoặc đạm niệu 24 giờ).
- **Độ bão hòa oxy:** SpO_2 .

Điểm số PIER (PIER score) được tính toán dựa trên các đánh giá về dấu hiệu xấu, triệu chứng và kết quả xét nghiệm của người mẹ để xây dựng một thuật toán hợp lý và đáng tin cậy, nhằm dự đoán kết cục xấu của mẹ bị tiền sản giật nặng. Công thức tính đầy đủ bao gồm: tuổi thai, triệu chứng đau ngực và/hoặc khó thở, độ bão hòa oxy và số lượng tiểu cầu, creatinine huyết thanh và AST (transaminase aspartate).

Phương trình cuối cùng fullPIERS là:

$\logit(\pi) = 2,68 + (-5,41 \times 10^{-2}, \text{tuổi thai đủ điều kiện}) + 1,23 (\text{đau ngực hoặc khó thở}) + (-2,71 \times 10^{-2}; \text{creatinine}) + (2,07 \times 10^{-1}; \text{tiểu cầu}) + (4,00 \times 10^{-5}; \text{tiểu cầu}^2) + (1,01 \times 10^{-2}, \text{aspartate transaminase}) + (-3,05 \times 10^{-6}, \text{AST}^2) + (2,50 \times 10^{-4}, \text{creatinine} \times \text{tiểu cầu}) + (-6,99 \times 10^{-5}; \text{tiểu cầu} \times \text{aspartate transaminase}) + (-2,56 \times 10^{-3}; \text{tiểu cầu} \times \text{SpO}_2).$

(Hình 1)

KHẢ NĂNG PHÂN TẦNG NGUY CƠ CỦA MÔ HÌNH fullPIERS LÀ ĐÁNG TIN CẬY

Theo tác giả Peter von Dadelszen và cộng sự đăng trên tạp chí The Lancet (Dadelszen, 2011), dữ liệu của 2.023 thai phụ và 2.221 thai nhi đã được đưa vào cơ sở dữ liệu mô hình fullPIERS từ 4 nước Canada, New Zealand, Úc và Anh. Có 261 (13%) bà mẹ có kết cục xấu. Mô hình fullPIERS đã chia thành công dân số nghiên cứu thành các nhóm nguy cơ, với một tỷ lệ lớn khoảng 65% thai phụ được xếp vào nhóm có nguy cơ thấp với điểm PIERS < 0,025 và chỉ có 4% thai phụ vào nhóm nguy cơ cao nhất với điểm PIERS ≥ 0,30. Phần lớn khoảng 59% thai phụ có điểm PIERS từ 0,30 trở lên sẽ xảy ra kết cục xấu. Ngược lại, kết quả xấu chỉ xảy ra ở 1% thai phụ có điểm PIERS thấp hơn 0,025 và dưới 1% thai phụ xảy ra kết cục xấu với điểm PIERS thấp hơn 0,01 (giá trị tiên đoán âm > 99%). Độ chính xác về khả năng phân tầng nguy cơ của mô hình fullPIERS là rất tốt. Ví dụ, sử dụng điểm PIERS là 0,05 làm ngưỡng, mô hình fullPIERS đã xác định được hơn 75% thai phụ xảy ra kết cục xấu nằm trong nhóm có nguy cơ cao là chính xác, trong khi đó, chỉ có 16% thai phụ không xảy ra kết cục xấu lại được cho là có nguy cơ cao thì chưa chính xác.

Theo tác giả Shubha Srivastava và cộng sự (năm 2017), tại Ấn Độ báo cáo 16,8% thai phụ xảy ra kết cục xấu (Srivastava, 2017). Có 65,6% thai phụ thuộc nhóm nguy cơ thấp (điểm PEIRS < 0,025) và trong đó chỉ có 4,87% xảy ra kết cục xấu. Có 4,8% thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao (điểm PIERS ≥ 0,3) và trong đó có tới 83,3% phụ nữ xảy ra kết cục xấu. (Bảng 1)

fullPIERS CALCULATOR [help](#)

English ▾

Gestational age (at delivery, if *de novo* postpartum pre-eclampsia) :

weeks days

Did the patient have chest pain or dyspnoea?

--Select One-- ▾

SpO₂* (use 97% if unknown):

%

Platelets (x10⁹/L):

Creatinine (umol/L):

Switch To Imperial Units

AST/SGOT (U/L):

CALCULATE

Probability of adverse maternal outcomes:

%

Hình 1. Phần mềm tính điểm số fullPIERS.
(Nguồn: <https://pre-empt.bcchr.ca/monitoring/fullpiers>)

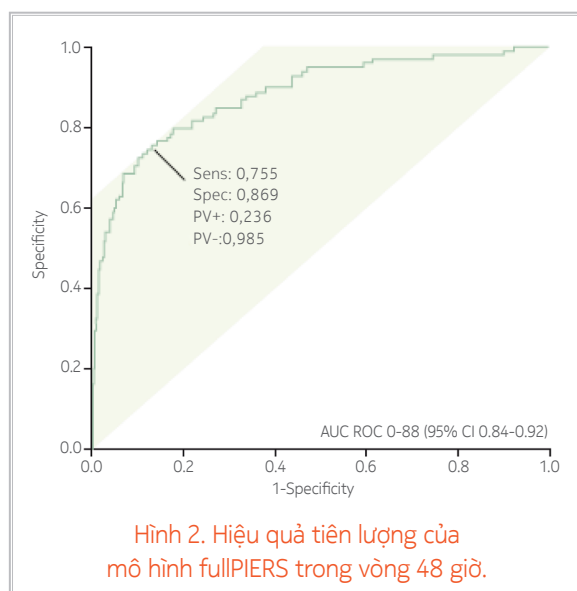
Bảng 1. Tỷ lệ thai phụ xảy ra kết cục xấu theo phân tầng nguy cơ dựa trên điểm fullPIERS.

Tác giả	Cỡ mẫu	Nhóm nguy cơ	Tỷ lệ thai phụ (%)	Tỷ lệ thai phụ xảy ra kết cục xấu (%)
Peter von Dadelszen	2.023	Thấp (điểm PIERS < 0,025)	65	3
		Cao (điểm PIERS ≥ 0,3)	4	59
Shubha Srivastava	125	Thấp (điểm PIERS < 0,025)	65,6	4,87
		Cao (điểm PIERS ≥ 0,3)	4,8	83,33

NGƯỠNG CẮT TRONG MÔ HÌNH fullPIERS TIỀN LƯỢNG KẾT CỤC XẤU CỦA THAI PHỤ TRONG VÒNG 48 GIỜ NHẬP VIỆN

Theo tác giả Peter von Dadelszen, diện tích dưới đường cong là 0,88 (KTC 95% 0,84 - 0,92), điểm cắt là 0,05 với độ nhạy 75,5%, độ đặc hiệu 86,9%, giá trị tiên đoán dương 23,6%, giá trị tiên đoán âm 98,5% (Dadelszen, 2011). (Hình 2)

Tác giả Payne và cộng sự báo cáo với ngưỡng điểm PIERS là 10% thì giá trị tiên đoán âm và dương trong vòng 6 giờ là 96,9% và 24,4%; còn giá trị tiên đoán âm và dương trong vòng 24 giờ là 97,5% và 26,6% (Payne, 2013). Khi ngưỡng điểm PIERS là 30% thì giá trị tiên đoán dương và âm trong vòng 6 giờ là 96,2% và 43,6%; còn giá trị tiên đoán dương và âm trong vòng 24 giờ là 96,6% và 48,6%. Tỷ số khả dĩ dương trong vòng 6 hoặc 24 giờ nhập viện lần lượt là 14,8 (KTC 95% 9,1 - 24,1) và 17,5 (KTC 95% 11,7 - 26,3) tại điểm PIERS cao nhất (30%). (Bảng 2)



KHẢ NĂNG ÁP DỤNG MÔ HÌNH fullPIERS TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Mô hình fullPIERS dự đoán những kết cục xấu ở thai phụ xảy ra trong vòng 48 giờ đầu tiên khi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Mô hình bao gồm: đánh giá tuổi thai, đau ngực hoặc khó thở, SpO₂, số lượng tiểu cầu, creatinine huyết thanh và aspartate transaminase. Tất cả các yếu tố trong mô hình đều đáp ứng được yêu cầu về mặt thực hành lâm sàng như: xét nghiệm sẵn có tại bất cứ trung tâm y tế nào, thực hiện đơn giản, kết quả xét nghiệm nhanh chóng, chi phí thấp và hạn chế các xét nghiệm không đáng có.

Mô hình đạt được khả năng phân tầng nguy cơ tốt, khả năng chuẩn hóa, sự phân loại chính xác như các mô hình trong đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch, mô hình chăm sóc tích cực và mô hình chăm sóc trẻ sơ sinh. Mô hình fullPIERS cũng hỗ trợ bác sĩ sản khoa trong quyết định chấm dứt thai kỳ, đặc biệt ở tuổi thai non tháng, khi mà việc dưỡng thai có lợi ích rất lớn cho thai sau này.

Mô hình fullPIERS tiên đoán tương đối chính xác khả năng xảy ra kết cục xấu ở thai phụ trong 48 giờ đầu, đây là một khoảng thời gian lâm sàng rất có giá trị trong quyết định điều trị corticoid. Đối với tiền sản giật khởi phát sớm thì các lợi ích chu sinh sau này được tích lũy nhờ vào sự cố gắng kéo dài thời gian dưỡng thai. Tuy nhiên, mặt hạn chế của mô hình là không thể tiên đoán được kết cục xấu của mẹ vào bất cứ lúc nào sau khi nhập viện mà chỉ trong vòng 48 giờ đầu.

Mô hình fullPIERS cũng giúp bác sĩ sản khoa trong quyết định điều trị MgSO₄ cho thai phụ bị tiền sản giật nặng để phòng ngừa biến chứng sản giật, hạn chế được vấn đề ngộ độc do điều trị

Bảng 2. Điểm cắt trong đánh giá nguy cơ thai phụ xảy ra kết cục xấu

Tác giả	Cỡ mẫu	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Diện tích dưới đường cong
Peter von Dadelszen	2.023	0,05	75,5	86,9	23,6	98,5	0,88
Silvana Almeida	325	0,017	60,0	65,1	25,9	88,8	0,72

MgSO₄ như: mất phản xạ gân xương, liệt cơ hô hấp, thậm chí là ngưng tim.

KẾT LUẬN

Mô hình fullPIERS có khả năng dự đoán tốt kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật nặng. Mô hình rất dễ dàng sử dụng vì dựa trên việc sử dụng một vài thông số lâm sàng và sinh hóa quan trọng, không đòi hỏi phải có nhiều xét nghiệm tốn kém nhiều chi phí. Mô hình có thể được sử dụng trong các bệnh viện từ tuyến huyện để xác định những bà mẹ có nguy cơ cao, kịp thời chuyển họ đến trung tâm y tế cao hơn sẽ giúp giảm tỷ suất bệnh và tử vong ở thai phụ bị tiền sản giật nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Almeida, Katz, Coutinho, Amorim (2017). Validation of fullPIERS model for prediction of adverse outcomes among women with severe pre-eclampsia. Int J Gynaecol Obstet; 138(2):142-7.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists's Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol; 122:1122-31.
3. Daddelsen V, Payne (2011). Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model. Lancet; 377(9761):219-27.
4. Payne, Hodgson, Hutcheon, Joseph, Li, Lee, Magee, Qu, von Daddelsen for the PIERS Study Group (2013). Performance of the fullPIERS model in predicting adverse maternal outcomes in pre-eclampsia using patient data from the PIERS (Pre-eclampsia Integrated Estimate of Risk) cohort, collected on admission. BJOG, 120:113-8.
5. Srivastava S, Parihar BC, Jain N (2017). PIERS calculator-predicting adverse maternal outcome in preeclampsia. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol; 6(4):1200-5.

Tiếp theo
trang 27

ẢNH HƯỞNG CỦA BÉO PHÌ
LÊN NGUY CƠ KHỞI PHÁT
TIỀN SẢN GIẬT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Persson M, Cnattingius S, Wikström A-K, Johansson S (2016). Maternal overweight and obesity and risk of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes or type 2 diabetes. Diabetologia; 59(10):2099-105.
2. Powe CE, Allard C, Battista MC, Doyon M, et al (2016). Heterogeneous Contribution of Insulin Sensitivity and Secretion Defects to Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes care; 39(6):1052-5.
3. Spradley FT, Palei AC, Granger JP (2015). Increased risk for the development of preeclampsia in obese pregnancies: weighing in on the mechanisms. American journal of physiology regulatory, integrative and comparative physiology; 309(11):R1326-43.
4. Warrington JP, George EM, Palei AC, Spradley FT, Granger JP (2013). Recent advances in the understanding of the pathophysiology of preeclampsia. Hypertension; 62(4):666-73.
5. Westermeier F, Salomon C, Farias M, et al (2015). Insulin requires normal expression and signaling of insulin receptor A to reverse gestational diabetes-reduced adenosine transport in human umbilical vein endothelium. FASEB journal; 29(1):37-49.
6. Wotherspoon AC, Young IS, McCance DR, Holmes VA (2016). Evaluation of biomarkers for the prediction of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes mellitus: A systematic review. Journal of diabetes and its complications; 30(5):958-66.



BAN BIÊN SOẠN

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

GS. TS. Trần Thị Lợi

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

BAN THƯ KÝ

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh

Trần Hữu Yến Ngọc

Huỳnh Thị Thanh Hoa

Âu Thụy Kiều Chinh

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, 90 Trần Đình Xu, phường Cô Giang,

Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3836.5079 - 0933.456.650

Fax: (028) 3920.8788

Giờ tiếp hội viên: Thứ hai - thứ sáu (8:00-11:30, 13:30-17:00)

hosrem@hosrem.vn, www.hosrem.org.vn

Y học sinh sản là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP. Hồ Chí Minh (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 và góp ý của hội viên cùng độc giả dành cho tài liệu.

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

HOSREM® 2018