

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON

- 06 < Phòng ngừa chuyển dạ sinh non tự phát Lê Thị Thu Hà
- 12 < Cập nhật chứng cứ dự phòng sinh non Đặng Quang Vinh
- 18 < Sinh non và yếu tố di truyền Lê Long Hồ
- 20 < Giá trị của đo chiều dài kênh cổ tử cung trên song thai Phạm Thị Phương Anh
- 24 < Nhiễm khuẩn trong thai kỳ và sinh non Lê Tiểu My
- 27 < Dự phòng sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh Hê Thanh Nhã Yến
- 30 < Dấu ấn sinh học dự báo chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 33 < Cận ối: yếu tố tiên lượng sinh non tự nhiên Nguyễn Duy Linh
- 36 < "AFS – Cận ối" yếu tố tiên lượng sinh non Trần Thế Hùng
- 39 < Quan điểm mới trong điều trị chuyển dạ sinh non Hê Thanh Nhã Yến
- 42 < Thực hư vai trò giảm gò của magnesium sulfate trong chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 45 < Magnesium sulfate – Vai trò bảo vệ não thai nhi sinh non Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên
- 51 < Vai trò của sản khoa hiện đại đối với thai kỳ ở ranh giới có khả năng sống Nguyễn Mai An
- 55 < Chăm sóc trẻ non tháng Phạm Thị Thanh Tâm
- 58 < Những ảnh hưởng dài hạn của sinh non Lê Tiểu My
- 62 < Vỡ ối sớm ở tam cá nguyệt II của thai kỳ Phan Hà Minh Hạnh
- 66 < Quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính theo nhóm nguy cơ Bùi Quang Trung
- 70 < Thuyên tắc mạch trong thai kỳ Trần Thế Hùng
- 74 < Sảy thai liên tiếp và những hướng tiếp cận mới trong nghiên cứu Võ Như Thanh Trúc
- 80 < Xuất tinh sớm – Cập nhật chẩn đoán và điều trị Từ Thành Trí Dũng
- 84 < Điều trị thay thế testosterone theo EAU 2018 Dương Quang Huy
- 91 < Stand-up meeting: Kiến tạo văn hóa LEAN Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 94 < Kích thích buồng trứng kẹp trong cùng một chu kỳ kinh nguyệt ở nhóm bệnh nhân có tiên lượng đáp ứng kém
- 96 < Vai trò của HbA1C trong dự đoán tiền sản giật ở thai phụ đái tháo đường type I
- 97 < Nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư thân tử cung ở những phụ nữ điều trị hỗ trợ sinh sản
- 98 < Vỡ ối trước chuyển dạ
- 100 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: "MÃN KINH"
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: "HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG"
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

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 được tư vấn quảng bá trên Y học sinh sản, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



Hội viên liên kết Vàng 2018



GIÁ TRỊ CỦA ĐO CHIỀU DÀI KÊNH CỔ TỬ CUNG TRÊN SONG THAI

Phạm Thị Phương Anh

Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận



Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO – World Health Organization), mỗi năm có khoảng 15 triệu trẻ sinh non và con số này ngày càng gia tăng. Trong đó, các biến chứng sinh non là nguyên nhân gây tử vong cho khoảng một triệu trẻ dưới 5 tuổi trong năm 2015. Tỷ lệ sinh non thay đổi từ khoảng 5% đến 18% tại 184 quốc gia trên thế giới. (Liu và cs, 2016)

Song thai là một trong những yếu tố nguy cơ của sinh non. Nhiều nghiên cứu cho thấy siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung (CL – Cervical Length) có giá trị tiên đoán thời điểm sinh non trên song thai. Hầu hết các nghiên cứu được tiến hành trên cả song thai một túi ối và song thai hai túi ối. Trong các nghiên cứu này, có sự khác nhau về ngưỡng đo chiều dài kênh cổ tử cung, thời điểm tiến hành đo, và định nghĩa sinh non. Chưa có nghiên cứu nào tiến hành trên sản phụ có khâu eo tử cung và tất cả các nghiên cứu đều sử dụng siêu âm qua ngã âm đạo.

PHƯƠNG PHÁP ĐO CHIỀU DÀI KÊNH CỔ TỬ CUNG THEO FMF (THE FETAL MEDICINE FOUNDATION)^[2]

Thời điểm đo: hiện tại có nhiều khuyến cáo trên thế giới

– Theo khuyến cáo trong chương trình đào tạo chứng chỉ đo CL hiện tại của FMF:

- Ở những sản phụ không có triệu chứng và có tiền sử sinh non, hoặc những trường hợp có bất thường tử cung như tử cung một sừng,

CL nên được đo mỗi hai tuần trong giai đoạn 14 – 24 tuần.

- Ở sản phụ không có triệu chứng và không có tiền sử sinh non, đo CL nên thực hiện ở lúc sàng lọc quý II ở tuổi thai 20 – 24 tuần.
- Theo khuyến cáo mới nhất của SMFM (Society for Maternal-Fetal Medicine) 4/2016 (AJOG):
 - Thời điểm thực hiện từ 16 – 24 tuần. Không nên đo thường quy trước 16 tuần vì thời điểm này đoạn dưới tử cung chưa phát triển, rất khó phân biệt giữa vùng đoạn dưới và nội mạc kênh cổ tử cung. Ngoài ra, đo trên 24 tuần không có ý nghĩa lâm sàng vì can thiệp trễ.
 - Riêng các trường hợp có tiền sử sinh non, nên đo thường quy CL mỗi 1 – 2 tuần, từ 16 – 24 tuần đối với đơn thai (Grade 1A).
 - Đối với các trường hợp đơn thai, không có tiền căn sinh non, khuyến cáo đo CL thường quy của SMFM vẫn chưa đạt được sự đồng thuận trên thế giới. Các bác sĩ lâm sàng muốn thực hiện đo chiều dài cổ tử cung thường quy nên theo các khuyến cáo chặt chẽ (Grade 2B).
 - Đối với các trường hợp có can thiệp trên cổ tử cung trước đó: Hiện thiếu bằng chứng để khuyến cáo đo thường quy các trường hợp phẫu thuật điện do loạn sản cổ tử cung (LEEP hoặc dao lạnh). Các tổng quan hệ thống và phân tích gộp cho thấy cổ tử cung ngắn hơn sau khi can thiệp, tuy nhiên các

trường hợp này lại có chiều dài kênh cổ tử cung bình thường ở tam cá nguyệt II, và quan trọng hơn là sự gia tăng nguy cơ sinh non trong dân số này do bản chất loạn sản cổ tử cung chứ không phải do phẫu thuật. Do đó, đối với nhóm nguy cơ thấp (có điều trị loạn sản cổ tử cung hoặc có bệnh sử loạn sản cổ tử cung), không cần thiết phải can thiệp quá nhiều so với các trường hợp không có tiền căn sinh non.

- Hiện thiếu dữ liệu để khuyến cáo đo CL thường quy sau khi khâu cổ tử cung
- Đối với các trường hợp đa thai: SMFM hiện chưa khuyến cáo đo CL thường quy trên song thai do thiếu dữ liệu cho thấy lợi ích của việc này.

Kỹ thuật đo theo FMF

- Đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm ngả âm đạo.
- Bàng quang trống và sản phụ nằm ở tư thế sản phụ khoa.
- Đầu dò được đặt vào âm đạo và hướng về phía cùng đồ trước. Cần thận trọng áp lực đè lên cổ tử cung vì có thể làm tăng chiều dài cổ tử cung giả.
- Cắt ở mặt cắt dọc giữa và thấy đường echo dày của lớp nội mạc cổ tử cung là bằng chứng đã cắt đúng mặt cắt dọc giữa của lỗ trong cổ tử cung, tránh nhầm lẫn với đoạn dưới của tử cung.
- Đo khoảng cách từ vùng tam giác echo dày ở lỗ ngoài và đỉnh chữ V ở lỗ trong.
- Mỗi lần đo nên được thực hiện trong khoảng thời gian 2 – 3 phút. Khoảng 1% các trường hợp, chiều dài cổ tử cung có thể bị thay đổi do tử cung co bóp, trong trường hợp này, chiều dài ngắn nhất đo được sẽ được chọn.
- Lập lại các bước đo. Đo chiều dài cổ tử cung ngả âm đạo rất dễ thay đổi, trong 95% các trường hợp số đo của hai lần dù là cùng một người hay hai người khác nhau chênh nhau khoảng 4 mm hoặc ít hơn.

GIÁ TRỊ CỦA ĐO CL TRONG TẮM SOÁT SINH NON TRONG SONG THAI

Chiều dài kênh cổ tử cung giảm dần khi tuổi

thai tăng dần, và chiều dài kênh cổ tử cung sẽ giảm nhanh ở những sản phụ sinh non so với những sản phụ sinh đủ tháng. Theo Fujita và cộng sự, trong một nghiên cứu năm 2002, với 144 trường hợp song thai sinh sau 34 tuần, chiều dài kênh cổ tử cung giảm 0,8 mm mỗi tuần, từ 47 mm lúc 13 tuần xuống còn 32 mm lúc 32 tuần. Theo Bergelin và cộng sự, khảo sát tiến cứu trên 30 trường hợp song thai cho thấy chiều dài kênh cổ tử cung mỗi tuần ngắn đi trung bình 1,8 mm ở sản phụ sinh đủ tháng, so với 2,9 mm ở sản phụ sinh non. Ngoài ra, Gibson và cộng sự năm 2004 cũng khảo sát tiến cứu trên 91 trường hợp song thai cho thấy tỷ lệ sinh non tự phát là 16,5%, chiều dài kênh cổ tử cung ≤ 25 mm lúc 18 tuần và ≤ 22 mm lúc 24 tuần có giá trị dự đoán sinh non với độ nhạy lần lượt là 14,3% và 28,6%. Nghiên cứu cũng kết luận rằng kênh cổ tử cung giảm trên 2,5 mm/tuần có giá trị dự đoán sinh non.

Tuy nhiên có nên đo cổ tử cung thường quy trên song thai hay không vẫn là vấn đề chưa thống nhất. Hiệp Hội Sản phụ khoa Hoàng gia Anh (RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) đã tổng hợp các nghiên cứu cho thấy nhiều kết luận khác nhau.

Năm 2013, một tổng quan hệ thống do Berghella và cộng sự công bố trên Cochrane cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh trước 36, 34, 30 tuần cũng như các kết cục thai kỳ khác giữa hai nhóm có đo và không đo cổ tử cung trên song thai. Tác giả cũng kết luận rằng hiện tại vẫn còn thiếu bằng chứng để đưa ra khuyến cáo cần đo cổ tử cung thường quy trên song thai có hoặc không có triệu chứng sinh non (chứng cứ mức độ 1a).

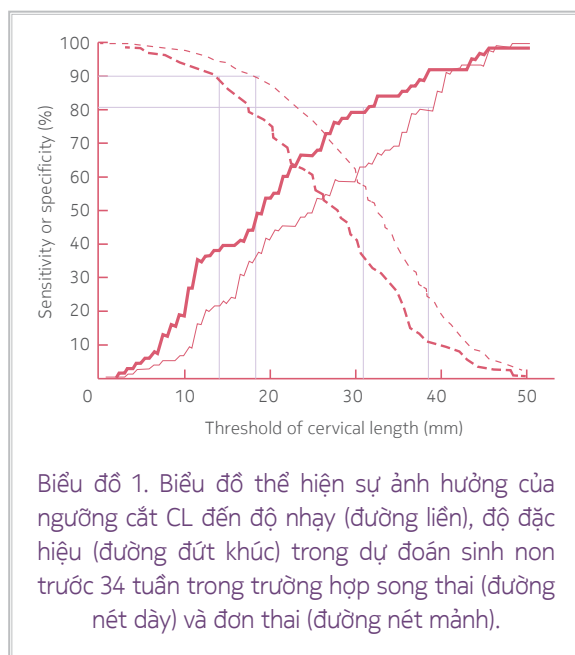
Năm 2016, một thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên có nhóm chứng do Gordon và cộng sự thực hiện. Nghiên cứu đăng trên Pubmed với mức độ chứng cứ 1b với cỡ mẫu 125 ca, chia làm hai nhóm. Nhóm 1 (n = 63) sẽ được siêu âm ngả âm đạo đo kênh cổ tử cung và khám âm đạo bằng tay mỗi tháng từ 16 – 28 tuần, khâu cổ tử cung và có cùng mức độ hoạt động thể chất được thiết kế trong khuôn khổ tiêu chuẩn cho phép. Nhóm 2 (n = 62) chỉ được khám âm đạo và không đo kênh cổ tử cung. Kết quả cho thấy tuổi thai trung bình lúc sinh là 35,7 tuần (KTC 95%, 35,2 – 36,2)

ở nhóm 1 và 35,7 tuần (KTC 95%, 34,7 – 36,4) ở nhóm 2. Kết quả này cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nghiên cứu kết luận rằng, đo kênh cổ tử cung thường quy ở tam cá nguyệt II không giúp cải thiện kết cục thai kỳ.

Conde-Agudelo và cộng sự đã thực hiện một tổng quan hệ thống gồm 8 nghiên cứu đoàn hệ và mô tả về song thai vào năm 2015. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự ngắn dần của cổ tử cung theo thời gian có độ chính xác trung bình trong dự đoán sinh non < 34, < 32, < 30 và < 28 tuần, với độ nhạy từ 47 – 73%, độ đặc hiệu từ 84 – 89%.

Năm 2011, một tổng quan hệ thống và phân tích gộp do Lim và cộng sự thực hiện, gồm 21 nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu 2.757 thai phụ. Kết quả cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu trong dự đoán sinh trước 34 tuần lần lượt là 78% và 66% với độ dài kênh cổ tử cung 35 mm, 41% và 87% đối với độ dài kênh cổ tử cung 30 mm, 36% và 94% đối với độ dài kênh cổ tử cung 25 mm, 30% và 94% đối với độ dài kênh cổ tử cung 20 mm. Nghiên cứu kết luận, siêu âm đo kênh cổ tử cung trong các trường hợp đa thai có giá trị tiên đoán nguy cơ sinh non.

Năm 2015, N. Melamed và cộng sự công bố nghiên cứu về giá trị của CL trong dự đoán sinh non trên song thai trên Ultrasound Obstet Gynecol.

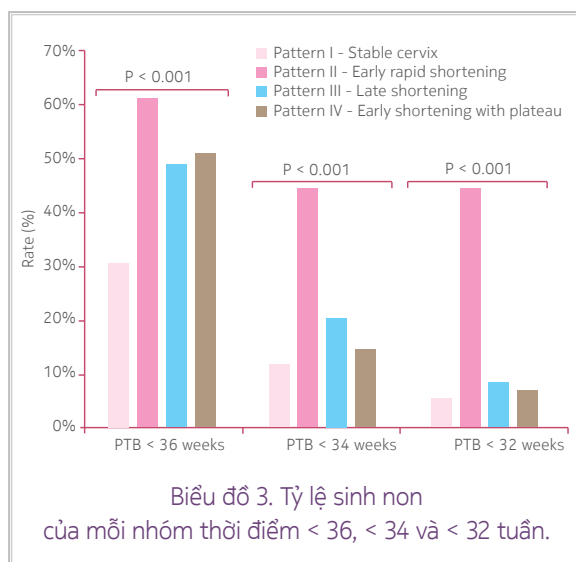
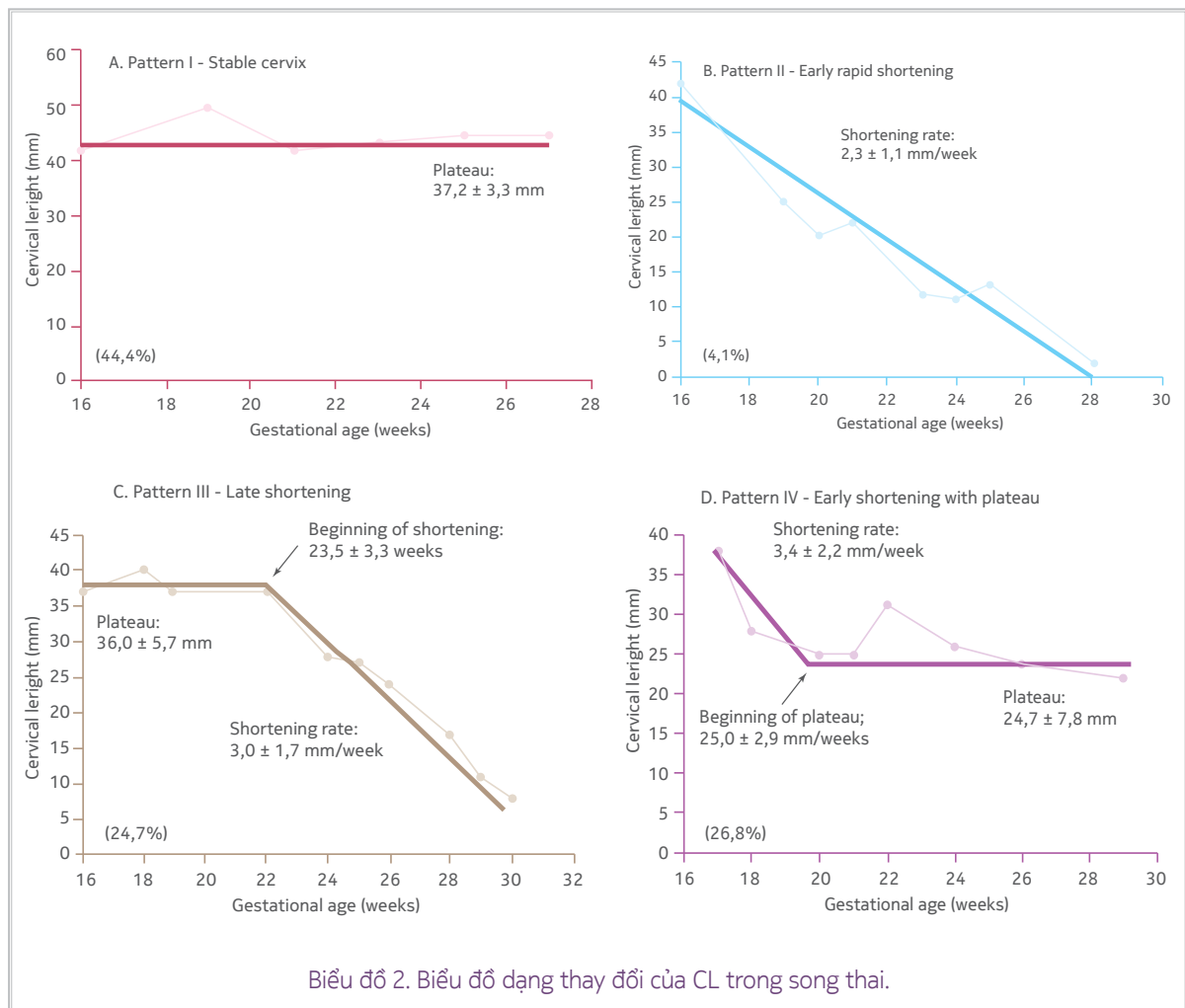


Đây là nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu nhằm xác định độ chính xác cũng như ngưỡng chiều dài kênh cổ tử cung trong dự đoán sinh non trên đối tượng song thai. Có tổng cộng 218 trường hợp song thai và 1.077 đơn thai. Kết quả cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của CL trong dự đoán sinh non ở song thai thấp hơn đơn thai. Ngoài ra, để đạt được giá trị dự đoán âm 95% đòi hỏi ngưỡng cắt CL phải cao hơn trong trường hợp đơn thai, CL khoảng 28 – 30 mm. (Biểu đồ 1)

Đến năm 2016, Melamed và cộng sự đã công bố nghiên cứu trên AJOG về sự thay đổi chiều dài kênh cổ tử cung theo thời gian trên song thai và nguy cơ sinh non. Đây là một nghiên cứu quan sát thực hiện từ 2012 đến 2014, với 441 trường hợp song thai, 2.826 lần siêu âm đo kênh cổ tử cung. Thời điểm đo kênh cổ tử cung bắt đầu từ 14 – 18 tuần đến 28 – 32 tuần, siêu âm mỗi 2 – 3 tuần/lần.

Sự thay đổi chiều dài cổ tử cung được chia làm 4 nhóm chính: nhóm I có chiều dài cổ tử cung hằng định ($n = 196$), nhóm II có chiều dài cổ tử cung ngắn sớm và nhanh ($n = 18$), nhóm III có chiều dài kênh cổ tử cung ngắn trễ ($n = 109$) và nhóm IV có kênh cổ tử cung ngắn sớm nhưng sau đó bình nguyên ($n = 118$). Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh non trước 34 tuần thấp nhất là 11,7% ở nhóm II, sau đó là 14,4% đối với nhóm IV, 20,2% với nhóm III và cao nhất là nhóm I với 44,4% ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ sinh non khác nhau ở các nhóm và phụ thuộc vào tốc độ cũng như thời điểm cổ tử cung ngắn. (Biểu đồ 2, biểu đồ 3)

Như vậy, có thể kết luận rằng chiều dài kênh cổ tử cung ngắn nhanh theo thời gian có giá trị dự báo nguy cơ sinh non cao. Dựa trên kết quả của nhiều nghiên cứu, hội đồng quản lý của Hội Sản Phụ khoa Canada (SOGC – The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) đã đưa ra khuyến cáo: siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung qua ngã âm đạo nên được thực hiện trong tầm soát sinh non trên song thai. Tuy nhiên, cần có thêm nhiều nghiên cứu có giá trị để đạt được sự đồng thuận của các hiệp hội sản phụ khoa trên thế giới.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35.

2. <https://www.fetalmedicine.org/education/cervical-assessment>
3. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)30112-0/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)30112-0/pdf)
4. Fujita MM, Brizot Mde L, Liao AW, Bernáth T, Cury L, Neto JD, Zugaib M. Reference range for cervical length in twin pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Sep;81(9):856-9.
5. Bergelin I, Valentin L. Patterns of normal change in cervical length and width during pregnancy in nulliparous women: a prospective, longitudinal ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001 Sep;18(3):217-22.
6. Gibson JL, Macara LM, Owen P, Young D, Macauley J, Mackenzie F. Prediction of preterm delivery in twin pregnancy: a prospective, observational study of cervical length and fetal fibronectin testing. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004 Jun;23(6):561-6.
7. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/cervical-length-measurement-in-twin-pregnancy-query-bank/>
8. Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD007235. DOI 10.1002/14651858.CD007235.pub3
9. Gordon MC, McKenna DS, Stewart TL, Howard BC, Foster KF, Higby K, Cypher RL, Barth WH. Transvaginal cervical length scans to prevent prematurity in twins: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Feb;214(2):277.e1-7.
10. Conde-Agudelo A, Romero R. Predictive accuracy of changes in transvaginal sonographic cervical length over time for preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Dec;213(6):789-801.
11. Lim A. C., Hegeman M. A., Huis In 't Veld M. A., Opmeer B. C., Bruinse H. W. and Mol B. W. J. (2011). Cervical length measurement for the prediction of preterm birth in multiple pregnancies: a systematic review and bivariate meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 38: 10-17. doi: 10.1002/uog.901
12. N. Melamed, MD et al. Predictive value of cervical length in women with twin pregnancy presenting with threatened preterm labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 46: 73-81
13. N. Melamed, MD et al. Serial Cervical Length Determination in Twin Pregnancies Reveals Four Distinct Patterns with Prognostic Significance for Preterm Birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 October ; 215(4): 476.e1-476.e11. doi:10.1016/j.ajog.2016.05.018.
14. <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/91E-CONS1-July2000.pdf>