

# 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 Vinh 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 < Sẩy 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



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



# “AFS – CẶN ỒI” YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SINH NON

**Trần Thế Hùng**

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu Cần Thơ



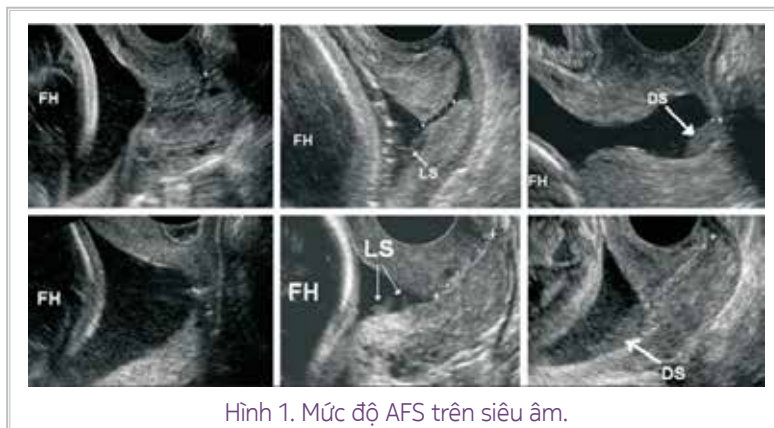
Sinh non để lại nhiều di chứng cho thai nhi, tốn nhiều kinh phí cho việc điều trị cũng như quản lý thai kỳ. Các hiệp hội sản phụ khoa trên thế giới không ngừng đưa ra những biện pháp quản lý dự phòng cũng như chiến lược để hạn chế tối đa những trường hợp sinh non. Tầm soát nguy cơ tiền sử sinh non, kiểm tra viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu không triệu chứng, siêu âm đánh giá chiều dài kênh cổ tử cung, tầm soát đái tháo đường thai kỳ, cao huyết áp và nhiễm GBS khi mang thai... Từ đó đưa ra nhiều chiến lược dự phòng cho từng yếu tố nguy cơ riêng biệt. Tất cả chỉ muốn mang lại một kết cục thai kỳ an toàn và khỏe mạnh.

Có nhiều yếu tố giúp tiên lượng nguy cơ sinh non, trong đó "cặn ối" (AFS – amniotic fluid sludge) là một yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ khi nó tồn tại trong thai kỳ. AFS là phần chất lỏng đặc nằm ở phần thấp của đầu ối ngay lỗ trong cổ tử cung và chỉ quan sát thấy bằng siêu âm. Dựa vào sự hồi âm trên

siêu âm người ta chia làm 3 mức độ cho AFS: không có, cặn ít và cặn đặc<sup>[2,8]</sup>.

Tác giả Romero đã lấy AFS ở bệnh nhân sinh non bằng kim 18 dưới hướng dẫn của siêu âm sau khi rửa âm đạo bằng povidine 10%, sau đó phân tích hóa sinh và nhuộm Gram. Kết quả phân tích cho thấy nồng độ đường < 10 mg/dl, bạch cầu 19.650 tế bào/mm<sup>3</sup>, 95% là neutrophils, vi khuẩn Gram dương (+)<sup>[8]</sup>. Một nghiên cứu hồi cứu của Adanir năm 2016, nhằm xác định tỷ lệ AFS và dấu hiệu lâm sàng trong những đối tượng có nguy cơ sinh non cao. Tác giả đưa ra tỷ lệ có AFS là 19,6% (18/92), trong đó có 66,7% (12/18) sinh non tự nhiên trước 37 tuần và 27% (20/74) trường hợp sinh non mà không có AFS ( $p < 0,05$ ). Độ nhạy khi có AFS là 37,4%, khi có cổ tử cung ngắn là 34% và khi kết hợp AFS – chiều dài kênh cổ tử cung  $\leq 25$  mm là 56% cho nhóm có nguy cơ cao sinh non<sup>[1]</sup>.

Nghiên cứu của Espinoza vào năm 2005, khi



Hình 1. Mức độ AFS trên siêu âm.

bệnh nhân có chiều dài kênh cổ tử cung < 15 mm thì 47,7% (31/65) không có AFS, 94,7% (18/19) có AFS; chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm thì 75,4% (49/65) không có AFS, 100% (19/19) có AFS ( $p < 0,05$ ). Kết quả sinh non tự nhiên trong 48 giờ của nhóm không có AFS là 4,4% (2/45) và có AFS là 42,9% (6/14); sinh non trong 7 ngày 15,6% so với 71,4%; sinh non < 32 tuần là 25,8% so với 75%; sinh non < 35 tuần là 37,8% so với 92,9% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ sinh non của bệnh nhân có AFS cao hơn nhóm không có AFS. Tác giả còn đưa ra độ nhạy độ đặc hiệu của AFS và sinh non tự nhiên<sup>[3]</sup>. (Bảng 1)

Nghiên cứu của Fuchs cho thấy rằng những trường hợp có chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm có AFS là 49%, không có là 24% ( $p < 0,05$ ); chiều dài kênh cổ tử cung < 15 mm có AFS là 33,5%, không có là 6,4% ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ sinh non tự nhiên ở tuổi thai < 28 tuần có AFS là 11,1% không có AFS là 0% ( $p < 0,05$ ), tỷ lệ sinh non ở tuổi thai < 32 tuần, ở tuổi thai < 34 tuần, ở tuổi thai < 37 tuần không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhưng đó chỉ là 1 biến độc lập đối với nguy cơ sinh non khi phân tích hồi quy đa biến nguy cơ sinh non<sup>[4]</sup>. (Bảng 2)

Một nghiên cứu của Gorski năm 2010, nhằm xác định nguy cơ sinh non của AFS xuất hiện trên những trường hợp có khâu eo cổ tử cung từ 14 – 28 tuần thai. Kết quả tác giả ghi nhận có 177 trường hợp khâu eo cổ tử cung: trong đó 60 trường hợp

có AFS và 117 trường hợp không có. Sự khác biệt về tuổi thai trung bình khi sinh ở nhóm có AFS và không có AFS là  $36,4 \pm 4$  và  $36,8 \pm 2,9$  ( $p = 0,53$ ); tỷ lệ sinh non < 28 tuần là 6,7% và 1,7% ( $p = 0,18$ ); < 30 tuần là 6,7% và 3,4% ( $p = 0,45$ ); < 32 tuần là 8,3% và 6,8% ( $p = 0,77$ ); < 36 tuần là 16,7% và 19,7% ( $p = 0,69$ ); tỷ lệ ối vỡ non và viêm màng ối không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )<sup>[5]</sup>.

Nghiên cứu của Hatanaka 2014, về nguy cơ của AFS đối với chuyển dạ sinh non. Sau khi phân tích hồi quy đa biến tác giả đưa ra kết quả như sau:<sup>[6]</sup> (Bảng 3)

Nghiên cứu của nhóm tác giả Kusanovic và cộng sự năm 2007, họ cho thấy rằng sự tồn tại AFS có nguy cơ cao dẫn đến sinh non tự nhiên. Tỷ lệ sinh non tự nhiên trên nhóm có AFS và nhóm không có AFS khi thai < 28 tuần là 46,5% so với 5,8%; < 32 tuần là 55,6% so với 12,3%; < 35 tuần là 62,2% so với 19,9% ( $p < 0,05$ ). Đồng thời tuổi thai có AFS là 127 ngày so với nhóm không có AFS là 161 ngày ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ viêm màng ối trên nhóm có AFS cao hơn nhóm không có AFS<sup>[7]</sup>. (Bảng 4)

Nghiên cứu của Kusanovic còn cho thấy khi chiều dài kênh cổ tử cung càng ngắn thì tỷ lệ có AFS càng cao: < 5 mm là 69% (20/29); < 15 mm là 40% (33/68), < 25 mm là 35% (49/142); > 30 mm là 12% (12/99). Mặc khác, các biến chứng như: nhập NICU, nhiễm trùng huyết, thở máy, loạn sản phế

Bảng 1. Giá trị của AFS trong tiên lượng sinh non.

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán (+) (%)	Giá trị tiên đoán (-) (%)
Cấy nước ối (+)	12,1	86	76	33	98
Mô học có viêm màng ối	32,9	56	92	78	81
Sinh non trong 48 giờ	13,6	75	84	43	96
Sinh non trong 7 ngày	28,8	59	90	71	84

Bảng 2. Phân tích hồi quy đa biến nguy cơ sinh non trước 32, 34, 37 tuần.

Hiệu chỉnh OR (KTC 95%)			
Tuổi thai	Ra huyết tam cá nguyệt II, III	Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm	AFS
< 32 tuần	7,0 [1,4 – 35,0]	7,7 [1,6 – 36,6]	2,1 [0,3 – 13,0]
< 34 tuần	10,5 [2,0 – 55,8]	10,7 [2,3 – 50,5]	1,6 [0,3 – 8,9]
< 37 tuần	6,0 [1,5 – 23,5]	5,4 [1,8 – 15,8]	1,0 [0,3 – 3,4]

Bảng 3. Nguy cơ sinh non khi có AFS, chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm, nguy cơ sinh non khác.

Đặc điểm		OR	KTC 95%	p
< 28 tuần	AFS	2,57	0,59 - 11,1	0,207
	Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm	5,87	1,26 - 27,4	0,024
	Nguy cơ khác	1,79	0,37 - 8,68	0,469
< 32 tuần	AFS	2,25	0,63 - 8,04	0,214
	Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm	6,48	1,723 - 24,27	0,006
	Nguy cơ khác	3,53	0,84 - 14,88	0,086
< 35 tuần	AFS	3,08	1,13 - 8,34	0,027
	Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm	3,00	1,06 - 8,48	0,039
	Nguy cơ khác	1,57	0,56 - 4,43	0,391
< 37 tuần	AFS	1,27	0,55 - 2,93	0,573
	Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm	1,80	0,82 - 3,96	0,143
	Nguy cơ khác	2,10	0,89 - 4,93	0,088

Bảng 4. Kết quả so sánh những trường hợp có AFS và không có AFS.

Biến số	Không có AFS	AFS	p
Chiều dài kênh cổ tử cung < 25 mm	36,9 (45/122)	73,1 (38/52)	< 0,001
Chiều dài kênh cổ tử cung < 15 mm	17,2 (21/122)	48,1 (25/52)	< 0,001
Tuổi thai lúc sinh	37,9 (35,1 - 39,4)	26,9 (22,7 - 37,9)	< 0,001
Sinh non < 28 tuần	9,4 (9/96)	54,3 (19/35)	< 0,001
Sinh non < 32 tuần	14,6 (14/96)	60 (21/35)	< 0,001
Sinh non < 35 tuần	19,8 (19/96)	65,7 (23/35)	< 0,001
Vỡ ối non	13,9 (17/122)	42,3 (22/52)	< 0,001
Tuổi thai ối vỡ non	30 (27 - 33,6)	24 (21 - 27,1)	0,006
Viêm màng ối trên lâm sàng	4,9 (6/122)	15,4 (8/52)	0,02
Viêm màng ối trên mô học	30,3 (33/109)	62,7 (32/51)	< 0,001
Trẻ nhập NICU	15,7 (19/121)	36,5 (19/52)	0,002
Nhiễm trùng hay nghi ngờ	7 (8/115)	32,4 (12/37)	< 0,001
Bệnh sơ sinh nặng	17,4 (20/115)	51,4 (19/37)	< 0,001
Tử vong sơ sinh	0,9 (1/115)	13,2 (5/38)	0,004

quản phổi, viêm ruột hoại tử, tỷ lệ bệnh nặng và tỷ lệ tử vong chu sinh trên trẻ sinh ra ở nhóm có AFS cũng cao hơn so với nhóm không có AFS ( $p < 0,05$ ).

Tóm lại: Dự phòng và điều trị dọa sinh non là một thách thức. Một yếu tố có thể góp phần tiên lượng khả năng sinh non là AFS. Các nhà lâm sàng cần chú ý đến sự hiện diện của AFS vì nó là một yếu tố làm tăng tỷ lệ sinh non tự nhiên. Đặc biệt, trên những trường hợp có chiều dài cổ tử cung ngắn. Sự hiện diện của AFS trên những trẻ sinh non đều làm tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong chu sinh sau sinh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Adanir (2017), amniotic fluid "sludge"; prevalence and clinical significans of it asymptomatic patients at high risk for spontaneous preterm delivery, the journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, doi.org/10.1080/14767058.2016.1277700.
- Bujold (2006), intra - amniotic sludge, short cervix and risk of preterm delivery, J obstet gynaecol Can 2006;28(3):198-202.
- Espinoza (2005), the prevalence and clinical significance of amniotic fluid "sludge" in patients with preterm labor and intact membranes, ultrasound obstet gynecol 2005; 25: 346-352, doi: 10.1002/uog.1871.
- Fuchs (2014), impact of amniotic fluid "sludge" on the risk of preterm delivery, J Matern Fetal Neonatal Med, doi: 10.3109/14767058.2014.947575.
- Gorski (2010), clinical implication odd intra - amniotic sludge on ultrasound in patients with cervical cerclage, ultrasound obstet gynecol 2010; 36: 482-485, doi: 10.1002/uog.7675.
- Hatanaka (2014), amniotic fluid sludge is an independent risk factor for preterm delivery, J Matern Fetal Neonatal Med, doi: 10.3109/14767058.2014.989202.
- Kunsanovic (2007), clinical significance of the presence of amniotic fluid sludge in asymptomatic high-risk patients for spontaneous preterm delivey, ultrasound Obstet Gynecol. 2007 October; 30(5): 706-714.
- Romero (2007), picture of the month: what is amniotic fluid 'slidge', ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 793-798, DOI: 10.1002/uog.5173.