

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



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG KÉP TRONG CÙNG MỘT CHU KỲ KINH NGUYỆT Ở NHÓM BỆNH NHÂN CÓ TIỀN LƯỢNG ĐÁP ỨNG KÉM

VAIARELLI, Alberto, et al. Double stimulation in the same ovarian cycle (DuoStim) to maximize the number of oocytes retrieved from poor prognosis patients: a multicentre experience and SWOT analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 2018, 9: 317

Lê Long Hồ – Bệnh viện Mỹ Đức

GIẢI THIẾT VỀ SỰ CHIÊU MỘ NANG NOÃN

Theo lý thuyết cũ về sự chiêu mộ nang noãn, mỗi chu kỳ kinh nguyệt chỉ có một đoàn hệ nang noãn phát triển sau khi kết thúc pha hoàng thể. Tuy nhiên, dựa vào các bằng chứng gần đây cho thấy, nhiều đoàn hệ nang noãn xuất hiện trong cùng một chu kỳ ở các loài động vật khác nhau. Hai giả thiết mới về chiêu mộ nang noãn được đưa ra: (1) chiêu mộ liên tục, nang noãn phát triển và thoái triển liên tục trong một chu kỳ và (2) chiêu mộ từng đợt, có 2 – 3 đợt chiêu mộ nang noãn trong một chu kỳ. Cơ chế để giải thích cho quá trình chiêu mộ vẫn chưa được hiểu biết tường tận. FSH, progesterone, chất chỉ điểm tình trạng viêm (C protein) có thể đứng sau chi phối quá trình chiêu mộ này. Kinh nghiệm lâm sàng và các giả thiết trên đã mở ra một hướng đi mới trong kích thích buồng trứng.

KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG KÉP

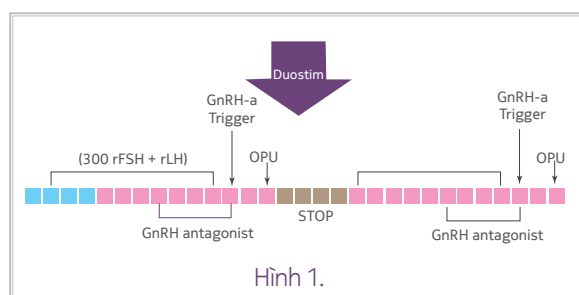
Số lượng và chất lượng noãn là hai yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến tỷ lệ thai. Gonadotropin

như FSH chỉ có thể làm cho đoàn hệ nang đã hiện diện trong buồng trứng phát triển lên, chứ không thể giúp các đoàn hệ nang còn tiềm ẩn phát triển. Vì thế, tăng liều FSH hoặc sử dụng thêm các loại thuốc khác sẽ không làm tăng số noãn thu được.

Một chiến lược kích thích buồng trứng mới được đề xuất dựa trên giả thiết về sự chiêu mộ nang noãn: kích thích buồng trứng kép. Bệnh nhân được kích thích buồng trứng ở pha nang noãn, chọc hút noãn được thực hiện sau khi tiêm trưởng thành noãn khoảng 36 giờ. Sau chọc hút noãn, bệnh nhân được tiếp tục kích thích buồng trứng và chọc hút noãn ở pha hoàng thể. Phác đồ mới này có thể áp dụng ở các nhóm bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng, mẹ lớn tuổi nhằm thu được nhiều nhất có thể số noãn trong cùng một chu kỳ hoặc ở bệnh nhân chọc hút không noãn sau khi kích thích buồng trứng ở pha hoàng thể. Phác đồ này cũng phù hợp với bệnh nhân ung thư cần trữ trứng hoặc trữ phôi khẩn cấp trước điều trị.

Một nhóm tác giả từ các trung tâm thụ tinh ống nghiệm tại Italy đã xây dựng một phác đồ kích thích buồng trứng kép như sau:

- Vào ngày thứ 21 của chu kỳ kinh trước, bệnh nhân được sử dụng estradiol valerate liều 4mg/ ngày để đồng bộ hóa nang noãn.
- Vào ngày 2 – 3 của chu kỳ kinh nguyệt, bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng rFSH 300 IU + 75 IU LH trong 4 ngày.
- Siêu âm lần đầu vào ngày 5 và cách mỗi 2 – 3



ngày sau đó.

- GnRH antagonist được thêm vào khi có ít nhất một nang $\geq 13 - 14$ mm.
- Trưởng thành noãn bằng GnRH agonist với mục đích rút ngắn pha hoàng thể.
- Chọc hút được thực hiện sau đó 35 giờ.
- Năm ngày sau khi chọc hút trứng, bệnh nhân được tiếp tục kích thích buồng trứng ở pha hoàng thể với phác đồ tương tự ở pha nang noãn.
- Tất cả các phôi được nuôi đến giai đoạn phôi nang và thực hiện sinh thiết phôi. Sau đó, phôi sẽ được trữ lại.

Tiêu chuẩn nhận của nghiên cứu là: AMH < 1,5 ng/mg, AFC ≤ 6 nang, ≤ 5 noãn trưởng thành ở chu kỳ trước đó, tuổi mẹ ≥ 35 .

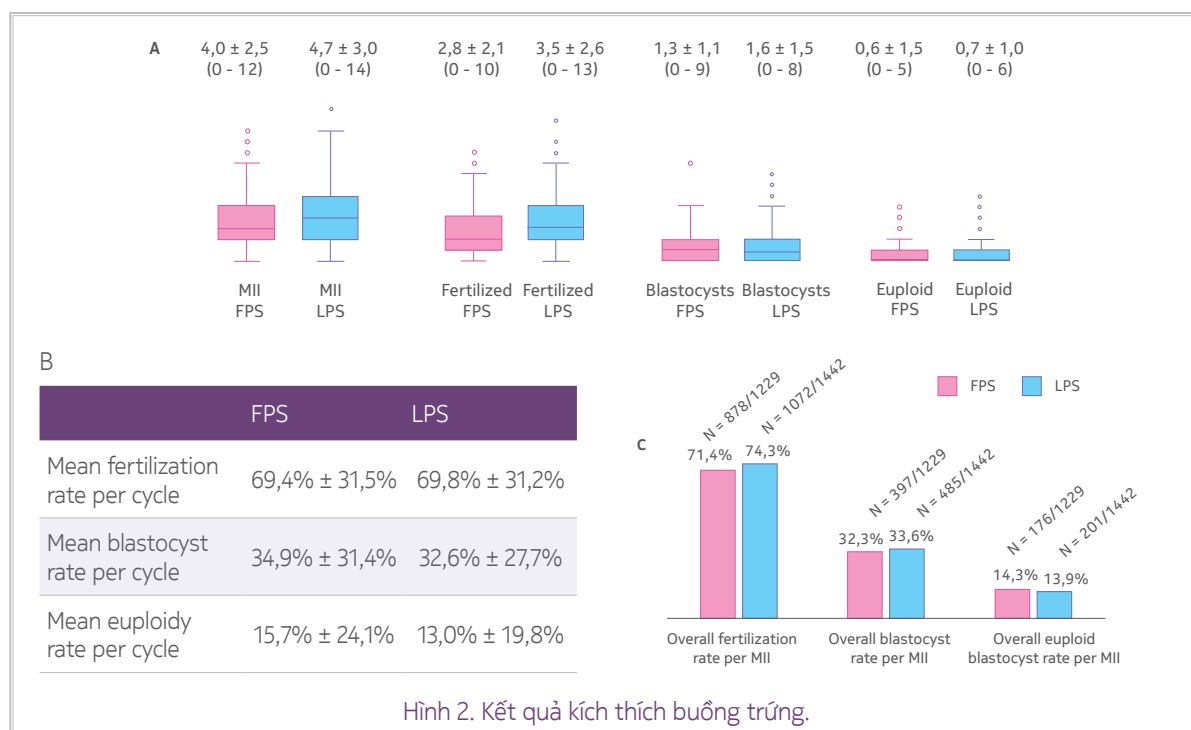
KẾT QUẢ

Có 353 cặp vợ chồng tham gia vào nghiên cứu, trong đó 17 (48%) trường hợp không đáp ứng với kích thích buồng trứng ở pha nang noãn, 26 (7,7%)

trường hợp không đáp ứng với kích thích buồng trứng ở pha hoàng thể và 46 trường hợp không đáp ứng với kích thích buồng trứng ở cả hai pha. Tuổi mẹ trung bình là 40, AFC trung bình là 5,3, AMH trung bình là 1,0. Hầu hết bệnh nhân đều đã từng cho một chu kỳ IVF thất bại. Thời gian kích thích buồng trứng ở pha hoàng thể dài hơn một ngày so với pha nang noãn. Không tăng các biến chứng sau chọc hút ở pha hoàng thể so với pha nang noãn.

Tỷ lệ noãn trưởng thành, tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ phôi nang, tỷ lệ phôi nang nguyên bội khi kích thích buồng trứng ở pha hoàng thể đều cao hơn pha nang noãn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày ở hình 2.

Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến > 22 tuần cao hơn ở nhóm phôi từ kích thích buồng trứng ở pha hoàng thể. Tỷ lệ thai sinh hóa, sảy thai cao hơn ở nhóm phôi từ kích thích buồng trứng ở pha nang noãn. Tuy nhiên, tất cả sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê. Kết quả trình bày ở bảng 1.



Bảng 1. Kết quả thai.

	Chuyển một phôi nang nguyên bội	Có thai	Thai sinh hóa	Thai lâm sàng	Sảy thai	Thai diễn tiến > 22 tuần
Pha nang noãn	81	39 (48,1%)	3 (7,7%)	36	4 (11,1%)	32 (39,5%)
Pha hoàng thể	83	49 (59,0%)	4 (8,2%)	45	4 (8,9%)	41 (49,4%)