

MỤC LỤC

TỔNG QUAN.....	1
CÁ NHÂN HÓA ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ GÂY XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH: TIỀN BỘ VÀ THÁCH THỨC.....	2
	<i>Nguyễn Văn Tuấn</i>
SẢN.....	4
QUARITE (CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC, QUẢN LÝ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ KỸ THUẬT SẢN KHOA): THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN TRÊN TỪNG NHÓM NHỎ VỀ CÁC CAN THIỆP TRÊN NHIỀU PHƯƠNG DIỆN ĐỂ GIẢM TỈ LỆ TỬ VONG MẸ Ở SENEGAL VÀ MALI.....	5
	<i>Alexandre Dumon, Pierre Fournier, Michal Abrahamowicz, Mamadou Traoré, Slim Haddad, William D. Fraser</i>
QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ QUYẾT ĐỊNH THỜI ĐIỂM SANH.....	7
	<i>GC Di Renzo</i>
CHẨN ĐOÁN ỐI VỠ NON.....	14
	<i>G C Di Renzo, MD, PhD, FRCOG (hon) FACOG (hon)</i>
NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CÓ THAI LẠI SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRONG NHAU CÀI RĂNG LƯỢC.....	16
	<i>Lê Thị Thu Hà, Diễm Đức Thiện Minh</i>
CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH – CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH.....	17
QUAN ĐIỂM HIỆN NAY VỀ TẦM SOÁT SỚM TIỀN SẢN GIẬT.....	18
	<i>Walfrido W. Sumpaico</i>
GIÁ TRỊ QF-PCR TRONG CHẨN ĐOÁN NHANH TRƯỚC SINH RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ.....	19
	<i>Nguyễn Khắc Hân Hoan, Phùng Như Toàn, Quách Thị Hoàng Oanh, Trần Nguyễn An Phú, Nguyễn Thị Như Hoàng</i>
TỔNG KẾT 5017 TRƯỜNG HỢP THỰC HIỆN KỸ THUẬT NUÔI CẤY TẾ BÀO ỐI IN-SITU LÀM NHIỄM SẮC THỂ ĐỎ TRONG CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG.....	21
	<i>Nguyễn Vạn Thông, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Đặng Lê Dung Nghi, Phạm Thị Vân Anh, Bùi Hoàng Thanh Long, Nguyễn Văn Trương</i>
DI TẬT TIM TRONG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN TỬ DŨ.....	23
	<i>Bùi Thị Thu Hà, Ngô Thị Yên, Bùi Thanh Vân</i>
XỬ TRÍ CÁC TÌNH HUỐNG KHÓ TRONG ĐA THAI.....	24
	<i>Tony Tan</i>
DI TẬT HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG: TỪ SIÊU ÂM ĐẾN CỘNG HƯỞNG TỬ.....	27
	<i>Nguyễn Thị Thu Trang, Hà Tố Nguyên</i>
MÔ HÌNH SÀNG LỌC TRƯỚC SINH: HÌNH THÁP ĐẢO NGƯỢC.....	28
	<i>Hà Tố Nguyên</i>
PHỤ KHOA.....	29
VAI TRÒ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN THAI BẨM SẸO MỔ LẤY THAI CŨ.....	30
	<i>Hà Tố Nguyên</i>
CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở SẸO MỔ LẤY THAI.....	31
	<i>Phan Văn Quyền</i>

SIÊU ÂM DOPPLER MÀU CHÂN ĐOÁN ĐAU VÙNG BỤNG DƯỚI MẠN TÍNH Ở PHỤ NỮ DO BỆNH LÝ TĨNH MẠCH	34
	<i>Nguyễn Hoài Thu</i>

UNG THU PHỤ KHOA 35

XỬ TRÍ CÁC KHỐI BUỒU TẾ BÀO MÀM ÁC TÍNH THƯỜNG GẶP VÀ HIẾM GẶP CỦA BUỒNG TRỨNG.....	36
	<i>TAY, Eng-Hseon</i>

UNG THU ÂM ĐẠO: DỊCH TỄ- CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ.....	37
	<i>Lưu Văn Minh</i>

SONG THAI VỚI MỘT THAI TRỨNG TOÀN PHẦN VÀ MỘT THAI SỐNG: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN	38
	<i>Lê Quang Thanh, Lê Tự Phương Chi, Trịnh Tiến Đạt, Hà Tố Nguyễn</i>

NỘI SOI – SÀN CHẬU 39

DÍNH TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA	40
	<i>D.K.TRAN</i>

BIẾN CHỨNG NẶNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI	41
	<i>Nguyễn Bá Mỹ Nhi</i>

HIỆU QUẢ ĐẶT VÒNG NÂNG (PESSARY) ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ: ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ THÀNH CÔNG	42
	<i>Nguyễn Thị Vĩnh Thành</i>

HỖ TRỢ SINH SẢN 44

BẢO TỒN CHỨC NĂNG SINH SẢN NỮ HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH.....	45
	<i>S. Samuel Kim</i>

TRỮ ĐÔNG TRỨNG: TỪ KHOA HỌC ĐẾN THỰC HÀNH	46
	<i>S. Samuel Kim</i>

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ CÓ THAI KHI SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ GnRH ANTAGONIST TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG	48
	<i>Phạm Thúy Nga, Lê Hoàng</i>

NUÔI CÂY PHÔI NANG TRONG THỤ TINH TRONG ỒNG NGHIỆM: Y HỌC THỰC CHỨNG	49
	<i>Hồ Mạnh Tường CGRH & IVFAS</i>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NUÔI CÂY PHÔI VÀ CHUYỂN PHÔI NGÀY 5	52
	<i>Vũ Đình Tuấn, Hoàng Thị Bích Tuyền, Lý Thái Lộc</i>

TẠO HÌNH THẨM MỸ..... 53

CHỌN LỰA TÚI NGỰC TRONG PHẪU THUẬT NÂNG NGỰC BẰNG TÚI	54
	<i>Lê Hành</i>

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ CẮT DA, MỠ BỤNG TRÊN NGƯỜI BÉO PHÌ	55
	<i>Nguyễn Anh Tuấn và CS</i>

NHÂN MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP THU NHỎ NGỰC THEO ĐƯỜNG MÔ T ĐẢO NGỰC	56
	<i>Nguyễn Anh Tuấn và CS.</i>

THẨM MỸ CẨM BẰNG PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH	57
	<i>Lê Tấn Hùng</i>

LÃO HÓA DA VÀ ĐIỀU TRỊ.....	58
	<i>Văn Thế Trung</i>

SƠ SINH 59

PHÁT HIỆN SỚM TÀN TẬT Ở TRẺ NON THÁNG, ĐỂ BỊ TỒN THƯƠNG_KINH NGHIỆM THỰC TIỄN TẠI LORIENT TRONG 5 NĂM: 2008-2012	60
	<i>Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan</i>
PHÁT HIỆN SỚM TÀN TẬT Ở TRẺ NON THÁNG, ĐỂ BỊ TỒN THƯƠNG_KINH NGHIỆM THỰC TIỄN TẠI LORIENT TRONG 5 NĂM: 2008-2012 (PHẦN 2)	67
	<i>Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan</i>
PHÒNG NGỪA VÀNG DA NHÂN	78
	<i>Cam Ngọc Phượng</i>
NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH LÝ RỐI LOẠN CHUYỂN HOÁ GALACTOSE	82
	<i>Ngô Minh Xuân, Vũ Tề Đăng</i>
LÀM THẾ NÀO ĐỂ BẢO VỆ NÃO TRÁNH TỒN THƯƠNG_TỪ BỆNH LÝ THIỂU OXY MÁU NÃO DO SANH NGẠT Ở BẤT CỨ NƠI NÀO TRÊN THẾ GIỚI.	83
	<i>Masaki Shimizu</i>
KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU KẾT HỢP MÔ HÌNH SẢN NHI TRONG XỬ TRÍ CÁC DỊ TẬT TIM BẨM SINH	84
	<i>Lê Nhật Trung, Trương Bá Lưu , Nguyễn Minh Trí Việt</i>
CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA BỆNH PHỔI MẠN Ở TRẺ SINH NON	86
	<i>Nguyễn Thu Tịnh</i>

POSTER 87

HIỆU QUẢ CỦA MISOPROSTOL ĐẶT DƯỚI LƯỖI TRONG CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI 23- 27 TUẦN ỐI VỖ NON	88
	<i>Trần Thị Nhật Thiên Trang, Lê Hồng Cẩm</i>
HIỆU QUẢ KHỎI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ỐNG THÔNG FOLEY Ở THAI DỊ TẬT BẨM SINH \geq 20 TUẦN TRÊN THAI PHỤ CÓ VẾT MÔ LẤY THAI MỘT LẦN.....	89
	<i>Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Hồng Cẩm</i>
SO SÁNH HIỆU QUẢ KHỎI PHÁT CHUYỂN DẠ CỦA PROSTAGLANDIN E2 VÀ ỐNG THÔNG FOLEY Ở THAI \geq 37 TUẦN THIỂU ỐI.....	91
	<i>Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Phạm Việt Thanh</i>
XÂY DỰNG QUY TRÌNH KỸ THUẬT NUÔI CÂY GAI NHAU LÀM NHIỄM SẮC THỂ ĐỎ	93
	<i>Lê Thị Khánh Linh, Đặng Lê Dung Nghi, Nguyễn Vạn Thông , Nguyễn Thị Thanh Trúc, Phạm Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Trương</i>
BƯỚC ĐẦU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PCR-ELISA TRONG CHẨN ĐOÁN 10 ĐỘT BIẾN THƯỜNG GẶP_GÂY BỆNH BETA – THALASSEMIA.....	95
	<i>Lê Nguyễn Văn Khanh, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Vạn Thông</i>
PCOS- MỘT SỐ TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN HIỆN NAY	96
	<i>Võ Thanh Liên Anh</i>
KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH_TỪ 08/2008 – 02/2009	98
	<i>Lưu Minh Văn</i>

ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG BẮM Ở VẾT MỔ CŨ TUỔI THAI DƯỚI 12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ	100
<i>Trương Diễm Phượng, Trần Thị Lợi</i>	
SO SÁNH hMG VÀ rFSH TRONG XỬ TRÍ ĐÁP ỨNG KÉM VỚI KÍCH THÍCH BUỒNG TRÚNG TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG	101
<i>Đào Lan Hương, Nguyễn Viết Tiến</i>	
BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP XOẢN TỬ CUNG_KHI CÓ THAI 35 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI	102
<i>Nguyễn Duy Ánh, Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Thu Phương</i>	
KHẢO SÁT GIÁ TRỊ LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ MONITORING TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ THAI GIÀ THÁNG TRÊN NHỮNG THAI PHỤ CÓ THAI QUÁ NGÀY SINH	103
<i>Phạm Trọng Hòa và cộng sự</i>	

CONTENTS

WOMEN'S HEALTH.....	1
INDIVIDUALIZED ASSESSMENT OF FRACTURE RISK IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: PROGRESSES AND CHALLENGES	3
	<i>Nguyễn Văn Tuấn</i>
OBSTETRICS.....	4
QUARITE (QUALITY OF CARE, RISK MANAGEMENT, AND TECHNOLOGY IN OBSTETRICS): A CLUSTER-RANDOMIZED TRIAL OF A MULTIFACETED INTERVENTION TO REDUCE HOSPITAL-BASED MATERNAL MORTALITY IN SENEGAL AND MALI	6
	<i>Alexandre Dumont, Pierre Fournier, Michal Abrahamowicz, Mamadou Traoré, Slim Haddad, William D. Fraser</i>
MANAGEMENT OF DIABETES IN PREGNANCY AND TIMING OF DELIVERY	10
	<i>GC Di Renzo</i>
DIAGNOSIS OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES	15
	<i>G C Di Renzo</i>
CASE REPORT: A WOMAN WITH CONSERVATIVE MANAGEMENT SUBSEQUENTLY HAD SUCCESSFUL PREGNANCY	16
	<i>Lê Thị Thu Hà, Diên Đức Thiện Minh</i>
PRENATAL DIAGNOSIS.....	17
CURRENT CONCEPTS IN EARLY SCREENING FOR PRE-ECLAMPSIA	18
	<i>Walfrido W. Sumpaico</i>
VALUES OF QF-PCR IN FAST PRENATAL DIAGNOSIS OF CHROMOSOME DISORDERS	20
	<i>Nguyễn Khắc Hân Hoan, Phùng Như Toàn, Quách Thị Hoàng Oanh, Trần Nguyễn An Phú, Nguyễn Thị Như Hoàng</i>
KARYOTYPE OF AMNIOTIC FLUID CELLS BY IN-SITU METHOD FOR PRENATAL DIAGNOSIS IN HUNG VUONG HOSPITAL, VIET NAM: 5017 CASES	22
	<i>Nguyễn Vạn Thông, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Đặng Lê Dung Nghi, Phạm Thị Vân Anh, Bùi Hoàng Thanh Long, Nguyễn Văn Trương</i>
FETAL HEART DEFECTS AT TU DU HOSPITAL	23
	<i>Bùi Thị Thu Hà, Ngô Thị Yên, Bùi Thanh Vân</i>
MANAGEMENT OF DIFFICULT SCENARIOS IN MULTIPLE PREGNANCIES	25
	<i>Tony Tan</i>
GYNECOLOGY	29
MANAGEMENT UPDATE OF CESAREAN SCAR ECTOPIC PREGNANCY	32
	<i>Phan Văn Quyền</i>
GYNECOLOGICAL ONCOLOGY	35
MANAGEMENT OF COMMON AND UNCOMMON MALIGNANT GERM CELL TUMOURS OF THE OVARY	36
	<i>TAY, Eng-Hseon</i>

VAGINAL CANCER: EPIDEMIOLOGY – DIAGNOSIS – TREATMENT	37
	<i>Luu Văn Minh</i>
TWIN PREGNANCY WITH A COMPLETE HYDATIDIFORM MOLE AND CO-EXISTENT LIVE FETUS: REPORT OF TWO CASES AND REVIEW OF LITERATURE	38
	<i>Lê Quang Thanh, Lê Tự Phương Chi, Trịnh Tiến Đạt, Hà Tố Nguyên</i>
LAPAROSCOPY - PELVIPERINEOLOGY	39
ADHERENCES EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE	40
	<i>D.K.TRAN</i>
EFFICIENCY OF USING PESSARY IN TREATMENT FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE AT TU DU HOSPITAL: CHARACTERISTICS AND SUCCESS FACTORS	43
	<i>Nguyễn Thị Vĩnh Thành</i>
ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY	44
FERTILITY PRESERVATION IN FEMALE: PRACTICE GUIDELINES	45
	<i>S. Samuel Kim</i>
OVARIAN CRYOBANKING: FROM SCIENCES TO CLINICAL PRACTICE	47
	<i>S. Samuel Kim</i>
FACTORS RELATED TO PREGNANCY OUTCOMES AMONG WOMEN UNDERGOING IVF USING GnRH ANTAGONIST AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY	48
	<i>Phạm Thúy Nga, Lê Hoàng</i>
RESULTS OF EMBRYO CULTURE AND TRANSFER ON DAY 5	52
	<i>Vũ Đình Tuấn, Hoàng Thị Bích Tuyền, Lý Thái Lộc.</i>
PLASTIC – RECONSTRUCTIVE – COSMETIC SURGERY	53
IMPLANT CHOICE IN IMPLANT BREAST AUGMENTATION	54
	<i>Lê Hành</i>
SOME COMMENTS ON ABDOMINOPLASTY FOR THE OBESE.....	55
	<i>Nguyễn Anh Tuấn và CS</i>
ON THE OCCASION OF BREAST REDUCTION WITH INVERTED-T TECHNIQUE.....	56
	<i>Nguyễn Anh Tuấn và CS</i>
GENIOPLASTY WITH ORTHOPEDIC SURGERY	57
	<i>Lê Tấn Hùng</i>
NEONATOLOGY.....	59
PRÉMATURITÉ, VULNÉRABILITÉ ET DÉTECTION PRÉCOCE DES HANDICAPS EXPÉRIENCE BRETONNE SUR 5 ANS: 2008-2012	66
	<i>Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan</i>
PRÉMATURITÉ, VULNÉRABILITÉ ET DÉTECTION PRÉCOCE DES HANDICAPS EXPÉRIENCE BRETONNE SUR 5 ANS: 2008-2012	
PRÉMATURITÉ, VULNÉRABILITÉ ET DÉTECTION PRÉCOCE DES HANDICAPS (2).....	76
	<i>Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan</i>
A REPORT OF GALACTOSEMIA DIAGNOSED AND MANAGED AFTER BIRTH AT TU DU HOSPITAL, VIETNAM	82
	<i>Ngô Minh Xuân, Vũ Tề Đăng</i>

HOW TO PROTECT THE BRAIN WITH HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY IN THE ANY COUNTRY 83

Masaki Shimizu

INITIAL RESULTS OF MODEL APPROACH OF OBSTETRIC AND PEDIATRIC SPECIALISTS IN MANAGEMENT OF CONGENITAL HEART DEFECTS 85

Lê Nhật Trung, Trương Bá Lưu, Nguyễn Minh Trí Việt

STRATEGIES TO PREVENT CHRONIC LUNG DISEASE IN PRETERM INFANTS 86

Nguyễn Thu Tịnh

POSTER 87

EFFICACY OF SUBLINGUAL MISOPROSTOL FOR PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES BETWEEN 23 AND 27 WEEKS PREGNANCY TERMINATION 88

Trần Thị Nhật Thiên Trang, Lê Hồng Cẩm

THE EFFICACY OF USING FOLEY CATHETER TO INDUCE LABOUR OF ≥ 20 -WEEK PREGNANCY HAVING CONGENITAL FETAL ANOMALIES IN WOMEN WITH PRIOR CESAREAN 90

Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Hồng Cẩm

COMPARES THE EFFICIENCY OF INTRACERVICAL PROSTAGLANDIN E2 GEL AND FOLEY'S CATHETER FOR LABOR INDUCTION AT OLIGOHYDRAMNIOTIC PREGNANCY ≥ 37 WEEKS.. 92

Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Phạm Việt Thanh

ESTABLISH KARYOTYPE PROCEDURE ON VILLIS SAMPLES 94

Lê Thị Khánh Linh, Đặng Lê Dung Nghi, Nguyễn Vạn Thông, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Phạm Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Trương

DETECTION OF 10 COMMON MUTATIONS IN BETA – THALASSEMIA USING PCR-ELISA – THE INITIAL ASSEMENT 95

Lê Nguyễn Văn Khanh, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Vạn Thông

EVALUATING THE INFLUENCES OF KNOWLEDGE – ATTITUDE – BEHAVIOR AND SOCIOECONOMIC FACTORS IN DIAGNOSIS STAGES OF CERVICAL CANCER 99

Lưu Minh Văn

TREATMENT OF CESAREAN SCAR ECTOPIC PREGNANCIES UNDER 12 WEEKS AT TU DU HOSPITAL 100

Trương Diễm Phượng, Trần Thị Lợi

COMPARISON OF HMG AND RFSH EFFECTS IN POOR RESPONDER IVF PATIENTS AT NATIONAL HOSPITAL OBSTRERIC & GYNACOLOGY 101

Đào Lan Hương, Nguyễn Việt Tiến

CASE REPORT: UTERINE TORSION AT 35 WEEKS'GESTATION WITH A SINGLETON PREGNANCY 102

Nguyễn Duy Ánh, Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Thu Phương

DETERMINE THE VALUE OF CLINICAL DIAGNOSTIC, OBSTETRIC ULTRASOUND AND OBSTETRIC MONITORING IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR OLD FETAL IN PREGNANT WOMEN WHO HAVE A OVERDUE DELIVERY BEFORE AND AFTER BIRTH 104

Phạm Trọng Hòa và cộng sự

TỔNG QUAN

CÁ NHÂN HÓA ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ GÃY XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH: TIẾN BỘ VÀ THÁCH THỨC

Nguyễn Văn Tuấn

Chương trình nghiên cứu loãng xương và sinh học xương
Viện nghiên cứu y khoa Garvan Sydney, Australia

Loãng xương và hệ quả gãy xương là một gánh nặng cho dịch vụ y tế, vì gãy xương dẫn đến một loạt biến cố nguy hiểm như tái gãy xương và tăng nguy cơ tử vong. Những người còn sống sót sau gãy xương bị hạn chế vận động hàng ngày và suy giảm chất lượng cuộc sống. Một trong những phát triển quan trọng trong thời gian gần đây là sự ra đời của các mô hình tiên lượng gãy xương. Các mô hình này có thể giúp cho bác sĩ đánh giá nguy cơ gãy xương, quyết định điều trị, và quản lý bệnh. Hai mô hình tiên lượng phổ biến nhất trên thế giới hiện nay là mô hình FRAX[®] và Garvan Fracture Risk Calculator (GFRC) (1,2). Bài này đi qua những kết quả của những nghiên cứu đánh giá độ tin cậy của hai mô hình trên, và đề ra một số vấn đề hướng cần nghiên cứu trong tương lai.

Cách đánh giá độ tin cậy của một mô hình thường qua chỉ số diện tích dưới đường biểu diễn ROC (còn gọi là AUC). Giá trị AUC càng cao phản ánh mức độ phân định giữa những ca gãy xương và không gãy xương càng chính xác. Các nghiên cứu đánh giá độ tin cậy gần đây cho thấy mô hình FRAX[®] có giá trị AUC dao động trong khoảng 0.61 đến 0.83, và mô hình GFRC dao động trong khoảng 0.63 đến 0.88. Tiên lượng gãy cổ xương đùi có phần chính xác hơn các dạng gãy xương khác. Một kết quả quan trọng là mô hình FRAX[®] thường ước tính nguy cơ gãy xương *thấp* hơn thực tế, trong khi đó mô hình GFRC ước tính gần với thực tế hơn (hoặc cao hơn thực tế trong các nhóm có nguy cơ cao). Kết quả phân tích hậu định của các công trình nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên cho thấy hiệu quả chống gãy xương của các thuốc như alendronate, clodronate, bazedoxifene, và denosumab thường cao hơn ở bệnh nhân có nguy cơ gãy xương cao. Tuy nhiên, không có mối tương quan nào giữa nguy cơ gãy xương và hiệu quả chống gãy xương của các thuốc raloxifene và strontium ranelate.

Mặc dù những mô hình tiên lượng trên là một tiến bộ quan trọng trong loãng xương, nhưng vẫn còn khá nhiều thách thức cần phải vượt qua. Các mô hình hiện tại chỉ xem xét đến các yếu tố lâm sàng và nhân trắc, mà chưa sử dụng các yếu tố như gen. Một số nghiên cứu tương quan trên toàn bộ nhiễm sắc thể (GWAS) gần đây đã phát hiện hơn 50 gen có liên quan đến gãy xương. Mỗi gen này có ảnh hưởng thấp đến nguy cơ gãy xương, nhưng khi tất cả các gen được phân tích cùng một lúc thì có thể cung cấp thêm thông tin về nguy cơ gãy xương cho một cá nhân (3,4). Do đó, một thách thức trong tương lai là sử dụng thông tin từ những khám phá gen kết hợp với các yếu tố lâm sàng để tiên lượng gãy xương cho mỗi cá nhân một cách chính xác hơn. Ngoài ra, một trong những điểm yếu của các mô hình tiên lượng gãy xương là chỉ dựa vào một giá trị ban đầu mà chưa xem xét đến sự biến chuyển của các yếu tố lâm sàng theo thời gian ở mỗi cá nhân (chẳng hạn như mật độ xương suy giảm theo độ tuổi). Do đó, một trong những định hướng trong tương lai là sử dụng những biến chuyển của các yếu tố lâm sàng để có thể tiên lượng gãy xương và tử vong chính xác hơn cho mỗi cá nhân.

Mặc dù các mô hình tiên lượng FRAX và GFRC chưa phải hoàn hảo, nhưng các mô hình này có thể giúp cho bác sĩ và bệnh nhân đối thoại về nguy cơ gãy xương trong thời hạn ngắn (5 năm) để đi đến những quyết định sáng suốt về điều trị và quản lý bệnh. Cá nhân hóa tiên lượng gãy xương cũng cần phải xem xét đến sự cảm nhận về nguy cơ và hệ quả của mỗi cá nhân.

INDIVIDUALIZED ASSESSMENT OF FRACTURE RISK IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: PROGRESSES AND CHALLENGES

Nguyễn Văn Tuấn

Osteoporosis and Bone Biology Program - Garvan Institute of Medical Research - Sydney, Australia

Osteoporosis and its consequence of fragility fracture impose a significant demand on medical care and health services, because fracture is associated with a series of adverse events, including re-fracture and mortality. One of the significant advances in osteoporosis research is the development of predictive models for identifying individuals at high risk of fracture for early intervention and management. Risk prediction models, including the FRAX[®] and Garvan Fracture Risk Calculator (GFRC) (1,2), have been developed to provide a useful clinical framework for communicating the risk of fracture. The present review examines the validation of risk prediction models in osteoporosis and identifies some major challenges.

Recent validation studies suggested that the area under the receiver operating characteristics curve in fracture discrimination ranged from 0.61 to 0.83 for FRAX[®], and from 0.63 to 0.88 for GFRC, with hip fracture having a better discrimination than fragility fractures as a group. FRAX[®] substantially under-estimated the risk of fracture, whereas the predicted risk by GFRC was close to or slightly higher than the actual risk. Results of post-hoc analyses of clinical trials indicated the anti-fracture efficacy of alendronate, risedronate, zoledronic acid, and denosumab was greater in patients with higher predicted risk of fracture. However, there was no correlation between the anti-fracture efficacy and predicted fracture risk among patients on raloxifene and strontium ranelate.

Nevertheless, there are several challenges to be addressed. Existing predictive models include clinical factors and anthropometric characteristics and have not considered genetic variants in the prediction. Recent genome-wide association studies (GWAS) have identified several genetic variants relevant to fracture risk. These genetic variants are common in frequency but have very modest effect sizes. A remaining challenge is to translate these genetic variants discoveries to better predict the risk of fracture based on an individual's genetic profile (i.e., individualized risk assessment) (3,4). An important weakness of current fracture prediction models is that they are based on a single measurement of risk factors, with the underlying but not stated assumption that the risk factors do not change with time. Obviously, this assumption is not true in many risk factors such as BMD and body weight that are known to decline or change with time. Therefore, one important aspect of future model development should take the time-varying nature of risk factors into account to achieve a better estimate of risk for an individual.

The prognostic performance of FRAX and GFRC for fracture prediction is not perfect, but these predictive models can aid patients and doctors communicate about fracture risk in the medium-term and to make rational decision. However, the application of these predictive models in making decisions for an individual should take into account the individual's perception of the importance of the risk of fracture and its severity outcomes.

SẢN

QUARITE (CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC, QUẢN LÝ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ KỸ THUẬT SẢN KHOA): THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG NGẪU NHIÊN TRÊN TỪNG NHÓM NHỎ VỀ CÁC CAN THIỆP TRÊN NHIỀU PHƯƠNG DIỆN ĐỂ GIẢM TỈ LỆ TỬ VONG MẸ Ở SENEGAL VÀ MALI

Alexandre Dumon, Pierre Fournier, Michal Abrahamowicz, Mamadou Traoré, Slim Haddad, William D. Fraser

Tổng quan: Tỉ lệ tử vong mẹ ở các nước Châu Phi cao hơn so với các nước công nghiệp, vì vậy việc phát triển và công nhận những can thiệp có hiệu quả là điều rất cần thiết. Chúng tôi đã tiến hành 1 thử nghiệm lâm sàng để đánh giá hiệu quả của các can thiệp trên nhiều phương diện để cải thiện đánh giá tử vong mẹ (MDR) và huấn luyện về chăm sóc cấp cứu sản khoa (EmOC) ở những bệnh viện có tỉ lệ tử vong mẹ cao.

Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng trên nhóm nhỏ. Bốn mươi sáu bệnh viện công đầu tiên và các bệnh viện thứ cấp với hơn 800 trường hợp chuyển dạ sinh mỗi năm đã được ghi nhận ở Senegal và Mali, được phân loại theo quốc gia và bệnh viện, và được phân chia 1 cách ngẫu nhiên thành 2 nhóm cân bằng nhau: 1 nhóm (n=23) có được can thiệp và 1 nhóm (n=23) không có can thiệp nào từ bên ngoài. Tất cả những thai phụ được tính vào nghiên cứu là những người có chuyển dạ sinh ở những cơ sở có tham gia nghiên cứu trong giai đoạn trước và sau can thiệp. Các can thiệp được thực hiện trong khoảng thời gian 2 năm ở các tuyến bệnh viện, với mục tiêu là chăm sóc sức khỏe 1 cách chuyên nghiệp. Nghiên cứu bao gồm một hội thảo tương tác ban đầu và giáo dục định hướng lâm sàng 3 tháng 1 lần và xa hơn là sự thăm khám dựa trên y học chứng cứ, tập trung vào đánh giá tử vong mẹ (MDR) và thực hành lâm sàng tốt nhất có thể. Mục tiêu chính là làm giảm nguy cơ tử vong tại viện cho mẹ sau khi can thiệp so với trước khi có can thiệp. Phân tích theo ý định điều trị và dựa trên các ước tính phương trình tổng quát (GEE), phần mở rộng của mô hình hồi quy logic để tính toán trên từng nhóm nhỏ bệnh nhân trong các bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu: Không có bệnh viện nào ngừng tham gia nghiên cứu. Những hành động cụ thể đã được triển khai toàn diện để nâng cao chất lượng chăm sóc trong bệnh viện. Chúng tôi quan sát thấy không có tác dụng ngoài ý muốn của việc đánh giá tử vong mẹ, chẳng hạn như tranh chấp hoặc các mối đe dọa cho nhân viên. Tất cả 19 1167 bệnh nhân đã chuyển dạ sinh tại các bệnh viện tham gia nghiên cứu được phân tích (95 931 trường hợp có can thiệp và 95 236 trường hợp không được can thiệp).

Nhìn chung, tỷ lệ tử vong giảm đáng kể ở các bệnh viện có được can thiệp hơn so với tại các bệnh viện nằm trong nhóm chứng (OR = 0,85, 95% CI: 0,73-0,98, p = 0,0299), tuy sự chênh lệch này chỉ giới hạn ở các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến quận huyện. Không có tác dụng trong bệnh viện thứ cấp bên ngoài thủ đô (OR = 1,02, 95% CI: 0,79 - 1,31, p = 0,89).

Diễn giải: Việc thường xuyên ghé thăm bởi một cố vấn viên đào tạo và việc đào tạo tại chỗ tạo điều kiện thuận lợi cho đánh giá tử vong mẹ (MDR) bằng cách cung cấp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe với những kiến thức và sự tự tin để thực hiện các đề xuất cải tiến chất lượng trong quá trình kiểm tra. Đánh giá tử vong mẹ kết hợp với việc thực hành lâm sàng tốt nhất có hiệu quả trong việc làm giảm tử vong mẹ ở các bệnh viện tuyến đầu. Nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để xác định xem những lợi ích của can thiệp ở những bệnh viện thứ cấp.

QUARITE (QUALITY OF CARE, RISK MANAGEMENT, AND TECHNOLOGY IN OBSTETRICS): A CLUSTER-RANDOMIZED TRIAL OF A MULTIFACETED INTERVENTION TO REDUCE HOSPITAL-BASED MATERNAL MORTALITY IN SENEGAL AND MALI

Alexandre Dumont, Pierre Fournier, Michal Abrahamowicz, Mamadou Traoré, Slim Haddad, William D. Fraser

Background. Maternal mortality is higher in Africa than in most industrialized countries, so it is essential to develop and validate effective interventions. We conducted a trial to evaluate the effect of a multifaceted intervention to promote maternal death reviews (MDR) and on-site training on emergency obstetric care (EmOC) in referral hospitals with high maternal mortality rates.

Methods. Pragmatic cluster randomized controlled trial with hospitals as the units of randomization and patients as the unit of analysis. Forty-six public first- and second-level referral hospitals with more than 800 deliveries per year were enrolled in Senegal and Mali, stratified by country and hospital type, and randomly assigned by the method of blocked randomization in a balanced design to either the intervention group (n=23) or a control group with no external intervention (n=23). All women who delivered in each of the participating facilities during the baseline and post-intervention periods were included. The intervention, implemented over a period of two years at the hospital level, targeted the health care professionals. It consisted of an initial interactive workshop and quarterly educational clinically-oriented and evidence-based outreach visits focused on MDR and best practices implementation. The primary outcome was reduction of individual mothers' risk of hospital-based mortality from before to after the intervention. Analysis was by intention-to-treat and relied on the generalized estimating equations (GEE) extension of the logistic regression model to account for clustering of women within hospitals. This study is registered, number ISRCTN46950658.

Findings. No hospital was lost to follow-up. Concrete actions were implemented comprehensively to improve quality of care in intervention hospitals. We observed no unintended effect of MDR, such as litigation or threats to personnel. In all, 191,167 patients who delivered in the participating hospitals were analyzed (95,931 and 95,236 in the intervention and the control arms, respectively). Overall, mortality reduction in intervention hospitals was significantly higher than in control hospitals (OR = 0.85, 95% CI: 0.73–0.98, p = 0.0299), but this effect was limited to capital and district hospitals, which mainly acted as first-level referral hospitals in this trial. There was no effect in second-level referral (regional) hospitals outside the capitals (OR = 1.02, 95% CI: 0.79 – 1.31, p = 0.89).

Interpretations. Regular visits by a trained external facilitator and on-site training facilitate MDR by providing health care professionals with the knowledge and confidence to make quality improvement suggestions during audit sessions. MDR combined with best practices implementation is effective in reducing hospital-based maternal mortality in first-level referral hospitals. Further studies are needed to determine whether the benefits of the intervention are generalizable to second-level referral hospitals.

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ QUYẾT ĐỊNH THỜI ĐIỂM SANH

GC Di Renzo

Đái tháo đường thai kỳ (GDM) theo định nghĩa cổ điển là “ không dung nạp carbohydrate dẫn đến tăng đường huyết khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong thai kỳ”, mà không loại trừ khả năng không dung nạp đường từ trước chưa được nhận biết. Các rối loạn ảnh hưởng 5-7% sản phụ và tần số của nó đang gia tăng trên toàn thế giới.

Trong thai kỳ bình thường, tăng đề kháng insulin do tăng nội tiết nhau- thai như progesteron, cortisol, hormon tăng trưởng prolactin và hPL. Tuyến tụy bình thường sẽ bù đắp bằng cách tăng tiết insulin, nhưng khi tuyến tụy không tăng tiết, hoặc tiết insulin giảm do giảm chức năng tế bào beta, sẽ gây ra đái tháo đường thai kỳ. Những người mẹ bị đái tháo đường thai kỳ với tăng đường huyết điển hình sẽ chuyển lượng đường lớn qua thai nhi, gây tăng insulin bào thai và phát triển quá mức các mô nhạy cảm insulin (chủ yếu mô mỡ), hậu quả là thai tăng trưởng mất cân xứng, làm tăng nguy cơ sang chấn lúc sanh, kẹt vai, mổ lấy thai và tử vong chu sinh. Tăng insulin cũng có thể gây ra nhiều biến chứng chuyển hóa ở trẻ sơ sinh như hạ đường huyết, tăng bilirubin máu, hạ canxi máu, hạ magie máu, đa hồng cầu, hội chứng suy hô hấp, và nguy cơ lớn về lâu dài của bệnh tiểu đường và béo phì ở trẻ em.

Đái tháo đường thai kỳ làm tăng biến chứng cho mẹ như tăng huyết áp, tiền sản giật và mổ lấy thai, kèm tăng nguy cơ phát triển thành bệnh đái tháo đường về sau. Do sinh lý bệnh của GDM, phần lớn các phụ nữ đã có GDM sẽ bị đái tháo đường loại 2, với tỷ lệ tích lũy từ 2,6% đến 70%.

QUẢN LÝ GDM: BẰNG CHỨNG LÂM SÀNG

Những lợi ích y tế và sản khoa tiềm năng của quản lý GDM là ít biến chứng bà mẹ và thai nhi, trong và sau thai kỳ, nhưng các tiện ích của sàng lọc GDM, về lợi ích của bà mẹ và thai nhi, gần đây đã có câu hỏi được đặt ra, vì vậy vấn đề quan trọng là phải xem xét bằng chứng để đánh giá tiện ích thật sự của quản lý GDM nghiêm ngặt.

Ba nghiên cứu đoàn hệ đã chứng minh một số hậu quả đối với mẹ và thai (thai to, mổ lấy thai, tiền sản giật) càng xấu, mức dung nạp đường của mẹ càng lớn: điều quan trọng của những nghiên cứu này nằm ở sự bất dung nạp đường đã không được chẩn đoán và do đó không được điều trị trong thai kỳ, trong nghiên cứu đã kiểm tra và loại bỏ các yếu tố gây nhiễu như tuổi tác và chứng béo phì của mẹ.

Mới đây các biến chứng trên thai (thai lưu, thai to, thai lớn so với tuổi thai, hạ đường huyết, tăng hồng cầu, tăng bilirubin máu) được cho thấy rằng xảy ra ở 59% phụ nữ bị GDM không được điều trị và ở 18% được điều trị, và xảy ra ở 11% kiểm soát bình thường.

Trung tâm nghiên cứu bất dung nạp Carbohydrat ở phụ nữ mang thai Úc (ACHOIS) chứng minh rằng điều trị GDM (theo tiêu chuẩn của WHO) cải thiện kết cục mẹ và thai nhi. Tỷ lệ biến chứng chu sinh nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh thấp hơn đáng kể ở nhóm điều trị so với nhóm chứng (1% so với 4%, $p= 0,01$). Vì vậy GDM cần phải được chẩn đoán và điều trị.

GIÁM SÁT CHUYÊN HÓA:

Mục tiêu của quản lý glucose trong GDM là giữ giá trị glucose càng gần bình thường càng tốt.

Hội nghị Hội thảo Quốc tế lần thứ 5 (FIWC) về GDM cho thấy nồng độ đường trong máu mao mạch dưới 96 mg/dl ($< 5,3$ mmol/l) trước khi ăn và dưới 140 mg/dl ($< 7,8$ mmol/l) 1 giờ sau ăn, hoặc dưới 120mg/dl ($< 6,7$ mmol/l) 2 giờ sau ăn. Mức đường huyết tham khảo đề nghị của ADA là dưới 105mg/dl ($5,8$ mmol/l) trước khi ăn và dưới 155 mg/dl ($8,6$ mmol/l) 1 giờ sau ăn, hoặc dưới 130 mg/dl ($7,2$ mmol/l) 2 giờ sau ăn.

Đó là giá trị nhân mạnh, tuy nhiên, các khuyến cáo không xem xét giá trị đường huyết cao hơn so với những người bình thường ghi nhận trong thai kỳ, họ đề cập đến mức độ đường huyết liên quan đến kết cục thai kỳ. Điều này chủ yếu do các nghiên cứu đánh giá đường huyết ở phụ nữ mang thai bình thường vẫn còn khan hiếm, liên quan đến số ít phụ nữ nhập viện và chỉ đo lường trị số glucose vào một ngày trong 3 tháng cuối thai kỳ.

MỨC ĐỘ ĐƯỜNG HUYẾT VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CHU SINH:

Biến chứng của GDM phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh được cho là thai to và nguy cơ sang chấn khi sanh cao. Điều này được chứng minh rằng tỷ lệ thai to tăng có ý nghĩa với mức đường trong máu cao hơn 105 mg/dl, trong khi nguy cơ em bé nhỏ hơn tuổi thai cao khi mức đường trong máu giảm dưới 87 mg/ dl; do đó để tránh những biến chứng của thai, giá trị đường trong máu nên được duy trì giữa 87 và 105 mg/dl ở bệnh nhân GDM.

Tỷ lệ tử vong chu sinh phổ biến hơn ở phụ nữ bị GDM được chẩn đoán sớm so với các trường hợp chẩn đoán muộn. Một tỷ lệ tử vong chu sinh cao hơn đã được báo cáo ở những bệnh nhân GDM không được điều trị so với các trường hợp được điều trị. Báo cáo của ADA cho thấy đường huyết lúc đói cao hơn 105 mg/dl có nguy cơ tử vong chu sinh cao ở bệnh nhân GDM. Ngoài ra còn có mối liên quan giữa nồng độ đường huyết trung bình và tỷ lệ tử vong chu sinh, tỷ lệ 4% ở phụ nữ bị GDM có mức đường huyết trung bình dưới 100mg/dl, 15% nếu đường huyết trung bình 100 – 150 mg/dl, và là 24 % nếu vượt quá 150 mg/dl.

Đối với các biến chứng khác của GDM lên thai nhi, như hạ đường huyết, hạ calci máu và tăng bilirubin máu, mức đường huyết dưới 100 mg/dl (một giá trị giống với phụ nữ có thai bình thường) làm giảm các biến chứng trên. Nhưng một bài báo gần đây cho thấy rõ ràng rằng, ngay cả khi điều trị nghiêm ngặt đạt được các giá trị đường huyết nói trên, biến chứng cho mẹ và thai nhi trong GDM vẫn còn cao hơn so với phụ nữ mang thai bình thường. Các ngưỡng để ngăn chặn biến chứng cho mẹ và thai nhi của GDM sử dụng cho đến nay cần phải được xem xét lại, cũng theo như những phát hiện gần đây ở phụ nữ mang thai bình thường theo dõi lượng đường huyết hoặc sử dụng CGMS.

CGMS có thể có vai trò quan trọng, bởi vì gần đây các hệ thống đã chỉ ra rằng, trái với nhận thức chung, phụ nữ bị GDM có thể bị hạ đường huyết, mà có nhiều khả năng trong số những người được điều trị insulin và không có triệu chứng. Tự theo dõi đường huyết (SMBG) không xem xét những dao động trong ngày, đã được chứng minh có thể góp phần gây một số biến chứng ở trẻ sơ sinh. Mặc dù SMBG được thực hiện chính xác rất quan trọng trong việc theo dõi phụ nữ mang thai mắc bệnh tiểu đường, CGMS đóng một vai trò – đặc biệt ở bệnh nhân GDM – dùng để xác định những bệnh nhân cần phương pháp điều trị khác hơn điều chỉnh chế độ ăn, và để phát hiện nguy cơ hạ đường huyết ở các bệnh nhân được điều trị insulin.

Quản lý sản khoa là quản lý về chuyển hóa, phương pháp theo dõi thai, quyết định thời điểm tốt nhất và phương pháp sanh là rất quan trọng.

Những bệnh nhân GDM điều trị bằng insulin, những bệnh nhân kiểm soát chuyển hóa đường kém và/ hoặc có bệnh kèm theo cần phải được theo dõi bằng “ stress – free tests” sau tuần 32 của thai kỳ, thực hiện trắc đồ sinh – vật lý và Doppler velocimetry để đánh giá lưu lượng máu rốn, theo khuyến cáo của IWC lần thứ tư (Fourth IWC) về GDM và ACOG. Điều chỉnh chế độ ăn điều trị trong GDM chưa đủ cho dù quản lý sản khoa chặt chẽ nên đòi hỏi theo dõi cử động thai trong 8 – 10 tuần cuối thai kỳ. Theo ACOG và FIWC về GDM, những bệnh nhân GDM kiểm soát chuyển hóa tốt bằng cách điều chỉnh chế độ ăn và tốc độ tăng trưởng của bào thai thích hợp, cử động thai nên được theo dõi trong 8 – 10 tuần cuối thai kỳ, và bất kỳ sự giảm cử động thai phải được báo ngay cho bác sĩ sản khoa. Kết quả của một nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm lớn so sánh kết quả chu sinh ở phụ nữ bị GDM nhẹ điều chỉnh chế độ ăn và/ hoặc điều trị bằng insulin với phụ nữ không điều trị đặc hiệu sẽ làm rõ các chiến lược cụ thể để quản lý GDM.

Sàng lọc dị tật bẩm sinh chỉ được đề nghị ở những bệnh nhân GDM với nồng độ HbA1c cao hơn 7% hoặc mức đường huyết lúc đói cao hơn 120 mg/dl, với nguy cơ cao của bệnh tiểu đường trước khi mang thai không được chẩn đoán và do nguy cơ cao của dị tật bẩm sinh. Một điểm quan trọng cần xem xét khi theo dõi GDM là cơ hội để dự báo và điều trị thai to, biến chứng phổ biến nhất của tình trạng này. Thiết lập kế hoạch điều trị để ngăn thai tăng trưởng quá mức, chúng ta cần biết khi nào hiện tượng này bắt đầu. Một nghiên cứu trên siêu âm (US) đo khối lượng nạc và chất béo của thai ở phụ nữ bị GDM và phụ nữ mang thai bình thường ở các tuổi thai khác nhau đã chỉ ra rằng trong GDM khối lượng nạc của thai tăng từ tuần 20 và khối lượng mỡ tăng lúc 26 tuần thai kỳ. Tính chính xác của siêu âm ước tính trọng lượng thai nhi thường được thể hiện dưới dạng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm, và tỉ lệ ước tính trong 10% trọng lượng sinh thực tế: một tỷ lệ sai số 13% (± 2 SD) trong việc ước tính trọng lượng thai nhi với siêu âm nên được đưa vào báo cáo. Hơn nữa giá trị tiên đoán dương của siêu âm trong việc đánh giá cân nặng lúc sanh trên bách phân vị 95 ở phụ nữ với mức bất dung nạp đường khác nhau chỉ có 50%. Trong một nghiên cứu gần đây đã tìm thấy rằng siêu âm ước tính trọng lượng thai, dựa trên chu vi bụng, đường kính lưỡng đỉnh, chu vi vòng đầu và chiều dài xương đùi, 4000g hoặc hơn trong vòng 1 tuần sanh, và chỉ số nước ối cao hơn bình thường, kết hợp với các yếu tố nguy cơ lâm sàng (số lần sanh của người mẹ, chỉ số BMI và bệnh tiểu đường), giúp cải thiện dự báo thai to từ 61% - 71%. Công nghệ mới được phát triển, như siêu âm 3D và chụp cộng hưởng từ, trong bối cảnh này đã tỏ ra rất chính xác trong đo lường trọng lượng của thai nhi từ sự đánh giá thể tích của thai. Hầu hết các nghiên cứu này được công bố cho đến nay là tham khảo từ vài trường hợp, tuy nhiên, tỷ lệ giữa chi phí – lợi ích của các công nghệ này cần phải được xác định trước khi xem xét áp dụng thường xuyên.

Có bằng chứng từ một số nghiên cứu cho thấy một chu vi bụng của thai nhi lớn hơn bách phân vị 75 với mức đường huyết lúc đói hơn 105 mg/dl tương quan với một nguy cơ cao trẻ sơ sinh lớn hơn so với tuổi thai (LGA):trong trường hợp này, mục tiêu đường huyết chặt chẽ hơn (80mg/dl khi đói và 100 – 120 mg/dl 2 giờ sau ăn) và điều trị insulin thường xuyên hơn có thể làm giảm tăng trưởng LGA 50%. Do đó khuyến cáo của FIWC về GDM nên đánh giá chu vi bụng của thai nhi bắt đầu trong quý hai và lặp đi lặp lại các phép đo mỗi 2 – 4 tuần, để cung cấp các chỉ số hữu ích trong điều trị GDM.

Với sự góp phần của khối lượng chất béo cho trọng lượng thai nhi, đo độ dày mô mềm có thể chính xác hơn đo toàn bộ cơ thể (mô mỡ và nạc). Phương pháp này cho thấy có độ nhạy cao, nhưng độ đặc hiệu thấp, tuy nhiên, đo mô mỡ dưới da của thai nhi đã được chứng minh nhạy và đặc hiệu. Những phương pháp này vẫn chưa trở nên thông dụng trong theo dõi các bệnh nhân GDM, tuy vậy cần tiếp tục nghiên cứu để có được lợi ích thực sự cho bệnh nhân và tỷ lệ chi phí – lợi ích.

Do tăng nguy cơ thai lưu, đặc biệt là sau 40 tuần ở bệnh nhân đái tháo đường kiểm soát kém, có sự hỗ trợ khởi phát chuyển dạ lúc thai 38 tuần. Tuy nhiên cần xem xét thực tế một tỷ lệ

phần trăm nhất định thai chưa “ trưởng thành” và có thể phát triển RDS sau sanh. Việc đánh giá sự trưởng thành phổi thai nhi từ nước ối trong những trường hợp này là chính xác.

MANAGEMENT OF DIABETES IN PREGNANCY AND TIMING OF DELIVERY

GC Di Renzo

Gestational diabetes mellitus (GDM) is classically defined as a “carbohydrate intolerance resulting in hyperglycemia of variable severity with onset or first recognition during pregnancy” , which does not exclude the possibility of a prior unidentified glucose intolerance. The disorder affects 5-7% of all pregnancies and its frequency is rising the world over .

Insulin resistance increases in normal pregnancy due to the progressively rising levels of fetoplacental hormones such as progesterone, cortisol, growth hormone, prolactin and human placental lactogen. The pancreas normally compensates by increasing insulin secretion, but when it does not, or when insulin secretion declines due to a beta cell function impairment , then GDM develops. The maternal hyperglycemia typical of GDM determines a greater transfer of glucose to the fetus, causing fetal hyperinsulinemia and an overgrowth of insulin-sensitive (mainly adipose) tissues, with a consequent excessive, unbalanced fetal growth, meaning more trauma at birth, shoulder dystocia, cesarean sections and perinatal deaths. Hyperinsulinemia can also cause numerous neonatal metabolic complications, such as hypoglycemia, hyperbilirubinemia, hypocalcaemia, hypomagnesaemia, polycythemia, respiratory distress syndrome, and a greater long-term risk of diabetes and obesity in the child

GDM is related to maternal complications too, such as hypertension, preeclampsia and cesarean section , plus a greater risk of developing diabetes later on. Given the pathophysiology of GDM, most of the women who have had GDM will develop type 2 diabetes, with a cumulative incidence ranging from 2.6% to 70% .

Managing GDM: clinical evidence

The potential benefits of medical and obstetrical GDM management are fewer maternal and fetal complications, both during and after the pregnancy , but the utility of screening for GDM, in terms of maternal and fetal benefits, has recently been questioned , so it is important to consider the evidence to judge the real utility of strict GDM management.

Three cohort studies have shown that some adverse fetal and maternal outcomes (macrosomia, caesarean section, preeclampsia) are worse, the greater the mother’s glucose tolerance: the importance of these studies lies in that the glucose intolerance had gone undiagnosed and consequently untreated during the pregnancy, and in that patients were checked for any confounding effects of maternal age and obesity.

Recently it has been shown that composite adverse fetal outcomes (stillbirth, macrosomia, large for gestational age, hypoglycemia, erythrocytosis, hyperbilirubinemia) occurred in 59% of untreated and 18% of treated GDM women, and in 11% of normal controls.

The Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) unequivocally demonstrated that treating GDM (as defined by WHO criteria) improves maternal and fetal outcome. The rate of severe perinatal outcomes in newborn was significantly lower in

the treated group than in a control group (1% vs 4%, $p=0.01$). So GDM needs to be diagnosed and treated.

Metabolic monitoring

The goal of glucose management in GDM is to keep glucose values as near normal as possible.

The Fifth International Workshop Conference (FIWC) on GDM suggests capillary whole blood glucose concentrations below 96 mg/dl ($< 5.3\text{mmol/l}$) before meals and either below 140 mg/dl ($< 7.8\text{mmol/l}$) 1 h afterwards or below 120 mg/dl ($< 6.7\text{mmol/l}$) 2 h afterwards. The reference plasma glucose levels suggested by the ADA are below 105 mg/dl (5.8mmol/l) before meals and either below 155 mg/dl (8.6mmol/L) 1 h afterwards, or lower than 130 mg/dl (7.2mmol/L) 2 h afterwards .

It is worth emphasizing, however, that these recommendations do not consider glycemic values higher than those normally recorded in pregnancy, they refer to glycemic levels that are associated with pregnancy outcome . This is mainly because studies evaluating glycemia in normal pregnant women are still scarce, concerning few hospitalized women and only measuring glucose values on one day in the third trimester of pregnancy .

Glycemia levels and perinatal complications

The most common neonatal complication of GDM is thought to be macrosomia and the related higher risk of birth injuries. It has been demonstrated that the macrosomia rate increased with mean blood glucose levels higher than 105 mg/dl, whereas the risk of babies small for their gestational age is high when mean blood glucose levels drop below 87 mg/dl; to avoid these fetal complications, therefore, mean blood glucose values should be maintained between 87 and 105 mg/dl in GDM patients .

As for perinatal mortality, it is more common in women whose GDM was diagnosed early than in cases diagnosed later on. A higher rate of perinatal mortality has been reported in untreated GDM patients than in treated cases. The ADA's position statement suggests that fasting glycemia higher than 105 mg/dl carries a greater risk of perinatal mortality in GDM patients . There is also an association between mean blood glucose levels and perinatal mortality, which is 4% in GDM women with mean plasma glucose levels below 100 mg/dl, 15% if it is 100-150 mg/dl, and 24% if it exceed 150 mg/dl.

As for the other GDM-related fetal complications, hypoglycemia, hypocalcemia and hyperbilirubinemia, mean blood glucose levels below 100 mg/dl (a value similar to that of normal pregnant women) reduces all these complications . But a more recent paper clearly shows that, even when strict treatment achieves the above-mentioned plasma glucose values, maternal and fetal complications are still higher in GDM than in normal pregnant women. The thresholds used so far to prevent maternal and fetal complications of GDM may need to be reconsidered, also in the light of recent findings in normal pregnant women monitoring their own blood glucose level or utilizing a CGMS.

CGMS may have an important role, first because these systems have recently shown that, contrary to general conviction, women with GDM may have hypoglycemic episodes too, which are more likely in those treated with insulin and are generally asymptomatic. Self-monitoring of blood glucose (SMBG) fails to consider the fluctuations that occur during the day, which may contribute to certain neonatal complications, as recently demonstrated. Although accurately-implemented SMBG is very important in monitoring glycemia in diabetic pregnant women ,

CGMS can play a part - particularly in GDM patients - both to pinpoint those needing treatment other than dietary measures, and to detect the risk of hypoglycemic episodes in insulin-treated patients.

Obstetric management is just as essential as metabolic management, and fetal surveillance techniques and deciding the best time and mode of delivery are very important.

GDM patients treated with insulin, those in poor metabolic control and/or with comorbidities need to be monitored with “stress-free tests” after the 32nd week of gestation, and with a biophysical profile and Doppler velocimetry to assess umbilical blood flow, as recommended by the Fourth IWC on GDM and the ACOG . In diet-treated GDM, it is not clear whether strict obstetric management should entail more than monitoring fetal movements in the last 8-10 weeks of pregnancy. According to the ACOG and the FIWC on GDM, in GDM patients in good metabolic control achieved by dietary measures and with an appropriate fetal growth, fetal movement should be monitored during the last 8-10 weeks of pregnancy, and any reduction in the perceived fetal movements should be reported immediately to the obstetrician. The results of a large randomized multicenter study comparing perinatal outcome in women with mild GDM randomized to dietary and/or insulin therapy with women randomized to non-specific treatment will clarify the optimal strategy for managing GDM.

Screening for congenital anomalies is only recommended in GDM patients with HbA1c levels higher than 7% or fasting plasma glucose levels higher than 120 mg/dl, given the high risk of undiagnosed pre-pregnancy diabetes and the consequently high risk of congenital malformations.

An important point to consider when monitoring GDM is the chance to predict and treat macrosomia, the most common complication of this condition. To plan any treatment designed to contain excess fetal growth, we need to know when this phenomenon begins. An ultrasound (US) study on fetus lean and fat mass of GDM and normal pregnant women at different gestational ages has shown that in GDM fetus lean mass increases from the 20th g.w. and fat mass at 26 g.w. . The accuracy of US estimates of fetal weight is commonly expressed as sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, and proportions of estimates within 10% of actual birth weight: a 13% error rate (± 2 SD) in estimating fetal weight with US should be taken into account . Moreover, a recent study showed that the positive predictive value of US in assessing birth weights above the 95th percentile in women with varying degrees of glucose intolerance is only 50% . In a recent study it has been found that US suggesting an estimated fetal weight, based on abdominal circumference, biparietal diameter, head circumference and femur length, of 4000 g or more within a week of delivery, and a higher than normal amniotic fluid index, combined with clinical risk factors (maternal parity, BMI and diabetes), improves the prediction of macrosomia from 61% to 71%.

Newly-developed technologies, such as 3D ultrasound and magnetic resonance imaging, are promising in this setting, having proved highly accurate in measuring fetal weight from a volumetric assessment of the fetus. Most such studies published to date refer to few cases, however, and the cost-benefit ratio of these technologies needs to be determined before it can be considered routinely applicable.

There is evidence from some studies that a fetal abdominal circumference higher than the 75th percentile with fasting plasma glucose levels beyond 105 mg/dl correlates with a high risk of newborn being large for gestational age (LGA): in such cases, stricter glycemic targets (80 mg/dl fasting and 100-120 mg/dl 2 h after meals) and more frequent use of insulin treatment can reduce LGA growth by 50% . Hence the recommendation from the FIWC on GDM that fetal

abdominal circumference be assessed, starting in the second trimester and repeating the measurement every 2-4 weeks, to provide useful indicators for the treatment of GDM.

Given the contribution of fat mass to fetal weight, measuring soft tissue thickness might seem more accurate than whole body (fat and lean tissue) measurements. This method reveals a high sensitivity, but a low specificity, however, while measuring subcutaneous fetal fat tissue has proved sensitive and specific . These methods have yet to become routine in monitoring GDM patients, however, and further studies are needed to establish their real utility and cost-benefit ratio.

Given the increasing risk of in utero mortality , particularly after 40 weeks in poor controlled diabetic patients, there is support to the attitude to induce labour at 38 weeks' gestation. However, this management should take into consideration the fact that a certain percentage of fetuses are not still “ mature” and may develop RDS after birth. The evaluation of fetal lung maturity from amniotic fluid in these cases has a proper role.

CHẨN ĐOÁN ỐI VỠ NON

G C Di Renzo, MD, PhD, FRCOG (hon) FACOG (hon)

Professor and Chairman, Dept Obstetrics and Gynecology, University of Perugia, Perugia, Italy

Khoảng 8% đến 10% thai kỳ sẽ bị vỡ ối sớm (PROM) tự nhiên trước khi bắt đầu chuyển dạ. Ối vỡ non (PPROM) - định nghĩa là ối vỡ sớm trước 37 tuần của thai kỳ, chiếm 2% đến 4% của tất cả các trường hợp đơn thai và 7% đến 20% các trường hợp song thai.

Một số yếu tố nguy cơ đối với ối vỡ non tự nhiên đã được xác định. Ví dụ: Nhiễm trùng ối và nhau bong non xảy ra từ trước có thể phóng thích các protease vào các mô gai nhau và nước ối dẫn đến vỡ màng ối. Thật vậy, nhau bong non được tìm thấy trong 4% đến 12% thai kỳ có ối vỡ non và nhiều hơn trong thai kỳ có ối vỡ non trước 28 tuần.

Vỡ màng ối thường hoặc có dịch âm đạo nhiều chảy ra hoặc chảy thành dòng (steady trickle). Chẩn đoán phân biệt với són tiểu (tiểu không tự chủ), với tiết dịch âm đạo quá nhiều như dịch tiết sinh lý hoặc nhiễm khuẩn âm đạo, với chất nhầy cổ tử cung dấu hiệu của lúc sắp chuyển dạ. Một số yếu tố được biết là ảnh hưởng đến thời gian kéo dài khoảng thời gian giữa lúc vỡ màng ối tới bắt đầu chuyển dạ, bao gồm: tuổi thai, mức độ thiếu ối, độ dày myometrial qua siêu âm, số lượng thai, các biến chứng như nhiễm trùng ối, nhau bong non, hoặc chuyển dạ vào hoạt động.

Nhiễm trùng mẹ và thai nhi là biến chứng nghiêm trọng thứ hai liên tiếp sau ối vỡ non, viêm màng ối chiếm 10-36% của ối vỡ non. Chẩn đoán sớm và chính xác là cần thiết để quản lý thích hợp bệnh nhân ối vỡ sớm và ối vỡ non, hạn chế can thiệp không cần thiết ở những bệnh nhân không có ối vỡ sớm. Chẩn đoán sớm và chính xác ối vỡ non sẽ cho phép can thiệp sản khoa cụ thể với tùy từng tuổi thai để tối ưu hóa kết quả chu sinh và giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng như sa dây rốn và bệnh lý nhiễm trùng (nhiễm trùng ối, nhiễm trùng sơ sinh). Ngược lại, một chẩn đoán dương giả của ối vỡ non có thể dẫn đến sự can thiệp sản khoa không cần thiết như nhập viện, sử dụng kháng sinh, corticosteroid, thậm chí khởi phát chuyển dạ.

Các xét nghiệm chẩn đoán "cổ điển" dựa vào độ pH kiềm của dịch nhầy cổ tử cung âm đạo, thường được chứng minh bằng cách nhìn thấy dịch tiết biến giấy quỳ màu vàng chuyển sang màu xanh (nitrazine test) hoặc soi khô dịch tiết dưới kính hiển vi có hình lá dương xỉ. Chỉ với bằng chứng giảm thể tích dịch ối không thể xác định chẩn đoán ối vỡ, nhưng có thể giúp gợi ý ối vỡ trong trường hợp lâm sàng phù hợp. Các dấu hiệu lâm sàng của ối vỡ non dần dần ít chính xác khi ối vỡ lâu hơn một giờ. Đánh giá hình lá dương xỉ, nitrazine test và siêu âm đã cho thấy rằng chúng ít giá trị, đặt mỏ vịt kiểm tra... không dấu hiệu nào là chính xác như các test kiểm tra dựa trên các chất đánh dấu sinh hóa. Các nhà nghiên cứu tìm kiếm một test chủ yếu dựa vào việc xác định trong chất nhầy cổ tử cung có một hoặc nhiều marker sinh hóa liên quan đến ối vỡ nhưng không có ở những phụ nữ có màng ối nguyên vẹn. Các marker sinh hóa tốt hơn so với phương pháp truyền thống, vì chúng là protein đặc biệt được tìm thấy trong nước ối. Vì vậy, chúng không bị ảnh hưởng bởi hầu hết các chất gây nhiễm và có thể là test chẩn đoán nhanh và đáng tin cậy.

Test PAMG-1 (Amnisure® ROM test, Boston, MA) là công cụ hữu ích nhất trong việc xác định phụ nữ có nguy cơ cao ối vỡ sớm. Test thử nhanh dựa trên PAMG-1 có vẻ là test kiểm tra tại giường chính xác hơn so với những cách khác.

DIAGNOSIS OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

G C Di Renzo

Approximately 8% to 10% of term pregnancies will experience spontaneous premature rupture of membranes (PROM) prior to the onset of uterine activity. Preterm PROM-defined as PPRM, prior to 37 weeks of gestation –complicates 2% to 4% of all singleton and 7% to 20% of twin pregnancies.

A number of risk factors for spontaneous PPRM have been identified. Intra-amniotic infection and decidual hemorrhage (placental abruption) occurring remote from term, for example, may release proteases into the choriodecidual tissues and amniotic fluid, leading to rupture of membranes. Indeed, placental abruption is seen in 4% to 12% of pregnancies complicated by PPRM, and is more common in pregnancies complicated by PPRM prior to 28 weeks of gestation.

Rupture of the membranes typically presents as a large gush of clear vaginal fluid or as a steady trickle. The differential diagnosis includes leakage of urine (urinary incontinence); excessive vaginal discharge, such as physiologic discharge or bacterial vaginosis, and cervical mucus (show) as a sign of impending labor. Latency refers to the interval between rupture of the membranes and the onset of labor. A number of factors are known to affect the latency period, including: gestational age, degree of oligohydramnios, sonographic myometrial thickness, number of fetuses, pregnancy complications such as intra-amniotic infection, placental abruption, or active labor.

Maternal and fetal infection is the second major complication consecutive to PPRM, as chorioamnionitis complicates 10 to 36 % of PPRM. Early and accurate diagnosis is necessary to appropriately manage patients with PROM and PPRM and to limit unnecessary intervention in patients without PROM. Early and accurate diagnosis of PPRM would allow for gestational age-specific obstetric interventions designed to optimize perinatal outcome and minimize serious complications, such as cord prolapse and infectious morbidity (chorioamnionitis, neonatal sepsis). Conversely, a false-positive diagnosis of PPRM may lead to unnecessary obstetric intervention, including hospitalization, administration of antibiotics and corticosteroids, and even induction of labor.

“Classic” diagnostic tests are represented by an alkaline pH of the cervicovaginal discharge, which is typically demonstrated by seeing whether discharge turns yellow nitrazine paper to blue (nitrazine test); and /or microscopic ferning of the cervicovaginal discharge on drying. Evidence of diminished amniotic fluid volume alone cannot confirm the diagnosis, but may help to suggest it in the appropriate clinical setting. The clinical signs of PPRM become progressively less accurate when more than one hour has elapsed after membrane rupture. Evaluation of ferning, nitrazine and/or ultrasound has shown that they add little, if anything, to speculum examination alone and that none of them is as accurate as the test based on biochemical markers. Investigators searched for a test based primarily on the identification in the cervicovaginal discharge of one or more biochemical markers that are present with ROM, but absent in women with intact membranes . Biochemical markers are better than the traditional methods, as they are specific to proteins found in amniotic fluid. Thus they are not affected by most contaminating substances and enable a fast and reliable bedside diagnosis.

PAMG-1 test (Amnisure® ROM Test, Boston, MA) is most useful tool in determining women at high risk for premature rupture of fetal membranes. The rapid strip test based on PAMG-1 seems to be the more accurate bedside test compared with others .

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CÓ THAI LẠI SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRONG NHAU CÀI RĂNG LỢC

Lê Thị Thu Hà, Điền Đức Thiện Minh

Nhau cài răng lược (NCRL) là một biến chứng sản khoa, thường kèm tăng đáng kể bệnh suất và tử suất cho mẹ. NCRL do khiếm khuyết màng rụng đáy, gây nên xâm lấn bất thường của mô nhau vào tử cung. Theo truyền thống, mổ lấy thai đồng thời cắt hoàn toàn tử cung là chiến lược điều trị chủ yếu trong nhau cài răng lược. Với phương thức điều trị này, sản phụ sẽ vĩnh viễn không có kinh và không sinh đẻ sau này; bên cạnh đó, nguy cơ chu phẫu khá cao. Với những phụ nữ có nhu cầu giữ lại chức năng sinh sản, những tùy chọn cách xử trí khác đã được mô tả. Trong đó, bảo tồn tử cung (để lại bánh nhau tại chỗ) có thể là một chiến lược thay thế.

Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp nhau cài răng lược được điều trị bảo tồn. Sau 3 năm, người phụ nữ này mang thai lại và sinh mổ an toàn.

CASE REPORT: A WOMAN WITH CONSERVATIVE MANAGEMENT SUBSEQUENTLY HAD SUCCESSFUL PREGNANCY

Lê Thị Thu Hà, Điền Đức Thiện Minh

Placenta accreta is an obstetrical complication associated with significant maternal morbidity and mortality. It is caused by a defect in the decidua basalis resulting in an abnormally invasive placental implantation. Traditionally, caesarean hysterectomy at the time of delivery has been the preferred management strategy for placenta accreta. Not only does this approach preclude future fertility, but it is also a procedure synonymous with significant perioperative risks. For women who wish to conserve their reproductive function, other treatment options have been described. In some settings, uterine conservation (with the placenta left in situ) may be an alternative strategy.

We report a case of placenta accreta in a nulliparous patient that was conservatively managed with the placenta in situ. After three years, this woman has pregnancy and cesarean section safe.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH - CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

QUAN ĐIỂM HIỆN NAY VỀ TẦM SOÁT SỚM TIỀN SẢN GIẬT

Walfrido W. Sumpaico

“Hình tháp đảo ngược” là một quan điểm mới hiện nay, nó chuyển sự tập trung tầm soát sang quý 1 thay vì tầm soát quý 2-3 thai kỳ. Chúng ta đã tầm soát hội chứng Down và các lệch bội nhiễm sắc thể, và giờ đây chúng ta đang phát triển khái niệm tầm soát tiền sản giật sớm dựa trên các mô hình đánh giá nguy cơ ở tuổi thai 11-14 tuần. Mô hình này bao gồm các yếu tố:

- Bệnh sử có yếu tố nguy cơ
- Đo áp lực trung bình động mạch tử cung
- Các chỉ số động mạch tử cung
- Các chỉ số sinh hoá, đặc biệt là yếu tố tăng trưởng bánh nhau (PIGF)

Kết quả chỉ số này dự đoán 95% nguy cơ từ đó có thể đánh giá việc điều trị dự phòng tiền sản giật sử dụng aspirin liều thấp và canxi liều cao từ tuần 14 thai kỳ.

CURRENT CONCEPTS IN EARLY SCREENING FOR PRE-ECLAMPSIA

Walfrido W. Sumpaico

A new concept of inverting the “pyramid of obstetric care” by shifting emphasis from the frequent 3rd trimester visits and mid-trimester screening to newer developments in the 1st trimester (Nicolaidis, 2010). We therefore have witnessed prediction of Down’s syndrome and other aneuploidies. A new development is his group’s concept of early prediction of preeclampsia. The prediction process is based on a multimodal risk approach at 11-14 weeks AOG using -

*History risk factors,

*Measurement of Mean Arterial Pressure ($MAP = DP + 1/3 \text{ Pulse Pressure}$)

*Uterine artery Doppler Indices and

*Biomarkers, notably Placental Growth Factor (PIGF).

This prediction index has resulted in a prediction risk of 95% and at the same time leads the way to early preventive measures with low-dose aspirin and high-dose calcium starting at 14 weeks.

GIÁ TRỊ QF-PCR TRONG CHẨN ĐOÁN NHANH TRƯỚC SINH RỐI LOẠN NHIỄM SẮC THỂ

*Nguyễn Khắc Hân Hoan, Phùng Như Toàn, Quách Thị Hoàng Oanh,
Trần Nguyễn An Phú, Nguyễn Thị Như Hoàng*

Đặt vấn đề: Hội chứng Down và các loại lệch bội khác là nguyên nhân quan trọng gây ra sảy thai và dị tật bẩm sinh. QF-PCR là kỹ thuật mới trong CĐTTS nhằm phát hiện và can thiệp sớm thai bị các bất thường này.

Mục tiêu: Khảo sát giá trị của kỹ thuật QF-PCR trong chẩn đoán nhanh trước sinh rối loạn nhiễm sắc thể.

Đối tượng và phương pháp: Các trường hợp thai có nguy cơ cao bị rối loạn nhiễm sắc thể phát hiện qua tiền căn sinh con dị tật bẩm sinh, xét nghiệm và siêu âm sàng lọc trước sinh được chọc ối và CĐTTS nhiễm sắc thể 13, 18, 21, X, Y bằng kỹ thuật QF-PCR và so sánh kết quả với kỹ thuật tiêu chuẩn vàng là karyotype.

Kết quả: 400 thai được CĐTTS, phát hiện 36 thai có rối loạn nhiễm sắc thể (36/400; 9,0%). Tỷ lệ tương hợp về phân loại kết quả của QF-PCR tương hợp 100% với kết quả karyotype. QF-PCR có độ nhạy là 100% (36/36), độ đặc hiệu là 100% (364/364), giá trị tiên đoán dương là 100% (36/36) và giá trị tiên đoán âm là 100% (366/366). Có 2 trường hợp thể khảm (46,XX/45,X0 và 46,XX/47,XX,+21) QF-PCR có tín hiệu bất thường nhưng không thể kết luận được. QF-PCR phát hiện được 2 trường hợp bất thường loại trisomy nhưng không khảo sát được bản chất cấu trúc của chúng là 46,XX,-13,+t(13/13) và 46,XX,dup(18). Thời gian ra kết quả của QF-PCR trung bình là 48 giờ.

Kết luận: QF-PCR là kỹ thuật chẩn đoán nhanh, đáng tin cậy trong CĐTTS rối loạn số lượng nhiễm sắc thể nhưng hạn chế trong chẩn đoán thể khảm và bất thường cấu trúc. Cần chỉ định thuật karyotype trong các trường hợp này.

Từ khóa: QF-PCR, rối loạn nhiễm sắc thể, hội chứng Down, chẩn đoán trước sinh.

VALUES OF QF-PCR IN FAST PRENATAL DIAGNOSIS OF CHROMOSOME DISORDERS

*Nguyễn Khắc Hân Hoan, Phùng Như Toàn, Quách Thị Hoàng Oanh,
Trần Nguyễn An Phú, Nguyễn Thị Như Hoàng*

Introduction: Down syndrome and aneuploidies are important issues causing miscarriage and congenital abnormalities. QF-PCR is new method in prenatal diagnosis of those disorders.

Objective: To evaluate the values of QF-PCR in fast prenatal diagnosis of chromosome disorder.

Method: Pregnancies detected at high risk of chromosome disorders via history of congenital abnormalities or biochemistry and ultrasound screening were performed amniocentesis and analysed chromosome 13, 18, 21, X and Y with QF-PCR and compared to gold standard karyotype.

Result: 400 pregnancies were diagnosed in which 36 fetuses are affected with chromosome disorder (36/400; 9.0%). Results from QF-PCR were 100% concordant with karyotype. The sensitivity, specificity, negative predictive value and positive predictive value were 100% (36/36), 100% (364/364), 100% (36/36) and 100% (366/366), respectively. There were two mosaicism cases including 46,XX/45,X0 and 46,XX/47,XX,+21 which were inconclusive with QF-PCR. Two trisomy cases detected with QF-PCR were 46,XX,-13,+t(13/13) and 46,XX,dup(18). Average turn around time of QF-PCR was 48 hours.

Conclusion: QF-PCR is a fast and reliable method in prenatal diagnosis of chromosome disorders but limited in detecting mosaicism and structural abnormalities. Karyotype is necessary in such cases.

Key words: QF-PCR, chromosome disorder, Down syndrome, prenatal diagnosis.

TỔNG KẾT 5017 TRƯỜNG HỢP THỰC HIỆN KỸ THUẬT NUÔI CÂY TẾ BÀO ỒI IN-SITU LÀM NHIỄM SẮC THỂ ĐỒ TRONG CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

*Nguyễn Vạn Thông, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Đặng Lê Dung Nghi,
Phạm Thị Vân Anh, Bùi Hoàng Thanh Long, Nguyễn Văn Trương*

Mục tiêu: đánh giá kỹ thuật nuôi cấy tế bào ối in-situ làm nhiễm sắc thể đồ trong chẩn đoán trước sinh tại bệnh viện Hùng Vương về mặt kỹ thuật, thời gian trả kết quả cũng như khả năng chẩn đoán của kỹ thuật.

Phương pháp: tổng kết các trường hợp có thực hiện cấy ối làm nhiễm sắc thể đồ từ tháng 12/2009 đến tháng 12/2012 tại bệnh viện Hùng Vương. 14 ml nước ối được cấy theo phương pháp in-situ và nhuộm băng G. 15 phân bào từ 15 khúm tế bào được phân tích làm nhiễm sắc thể đồ.

Kết quả: chúng tôi đã nuôi cấy tế bào ối được 5.017 trường hợp làm nhiễm sắc thể đồ. Tỷ lệ nuôi cấy thành công tại trung tâm chúng tôi lên đến 99,5%. Thời gian trả kết quả theo bách phân vị thứ 10, 50, 90 lần lượt là 15, 21 và 33 ngày trong đó sớm nhất là 8 ngày. Chúng tôi đã phát hiện 170 trường hợp bất thường chiếm 3,4% tổng số. Các bất thường lệch bội các nhiễm sắc thể 13,18,21 và giới tính có thể chẩn đoán được bằng các kỹ thuật chẩn đoán nhanh như FISH, QF-PCR chiếm 82% trong đó trisomy 21 chiếm tỷ lệ cao nhất (44%) kế đến là trisomy 18 (16%). 18% các bất thường còn lại gồm các bất thường về số lượng khác và bất thường về cấu trúc nhiễm sắc thể trong đó các bất thường không cân bằng có thể gây các dị tật nặng cho thai chiếm 1/3 (6%) các bất thường. Nói cách khác nguy cơ thai mắc các bất thường gây dị tật nặng mà không chẩn đoán được bằng các kỹ thuật chẩn đoán nhanh như FISH hay QF-PCR là 1/500 (0,2% tổng số chọc ối).

Kết luận: chúng tôi đã xây dựng thành công quy trình kỹ thuật nuôi cấy tế bào ối in-situ giúp cho đơn vị chẩn đoán trước sinh có được công cụ chẩn đoán mạnh đồng thời là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các bất thường về số lượng cũng như về cấu trúc nhiễm sắc thể. Với quy trình này thời gian trả kết quả nhiễm sắc thể đồ sớm nhất là 8 ngày giúp cho thai phụ cũng như người nhà giảm lo lắng, hay có thể có những quyết định chấm dứt thai kỳ sớm hơn khi có kết quả bất thường.

Từ khoá: nhiễm sắc thể đồ, nuôi cấy tế bào ối, FISH, QF-PCR, chẩn đoán trước sinh

KARYOTYPE OF AMNIOTIC FLUID CELLS BY IN-SITU METHOD FOR PRENATAL DIAGNOSIS IN HUNG VUONG HOSPITAL, VIET NAM: 5017 CASES

*Nguyễn Vạn Thông, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Đặng Lê Dung Nghi,
Phạm Thị Vân Anh, Bùi Hoàng Thanh Long, Nguyễn Văn Trương*

Objective: To investigate the technique, turn around time and abnormality rate of the karyotype of the amniotic fluid cells in Hung Vuong hospital, Viet Nam.

Method: Evaluate all the karyotype of the amniotic fluid cells from December 2009 to December 2012 in Hung Vuong hospital. 14 ml amniotic fluid were cultured by the in-situ method and stained by GTG-banding. 15 metaphases from 15 clones were karyotyped.

Result: A total of 5,017 cases was karyotyped by the in-situ culture method with the successful culture rate up to 99.5%. The turn around time of the karyotype with the percentile 10, 50, 90 was 15, 21, 33 days, respectively. The earliest turn around time was 8 days. The abnormal rate was 3.4% (170/5017). Trisomy 21 was the most common abnormalities (44%), followed by trisomy 18 (16%). The rate of aneuploidy abnormalities which could be done by rapid aneuploidy detection techniques (RAD) were 82 %. Unbalance abnormalities rate was 6% (10/170). Substantial risk of RAD (FISH, QF-PCR) in fetus referred for abnormal phenotypic outcome was 1/500 (0,2%, 10/5017).

Conclusion: We successfully establish the karyotype of amniotic fluid cells, which helps prenatal diagnosis unit have a "gold standard" to detect chromosomal abnormalities of the fetus. With the shortest turn around time at 8 days, karyotype can help reduce anxiety for pregnant women or earlier abortion with an abnormal result.

Key word: Karyotype, amniocytes culture, FISH, QF-PCR, Prenatal Diagnosis

DI TẬT TIM TRONG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Bùi Thị Thu Hà, Ngô Thị Yên, Bùi Thanh Vân

Mục tiêu: Xác định các nhóm thai phụ cần được sàng lọc sớm và siêu âm tim thai, theo y văn. Một số khuyến cáo tư vấn hỗ trợ cho thai phụ có thai nhi dị tật tim bẩm sinh. Chỉ định chọc ối với mục đích phù hợp.

Nội dung:

1. Sơ lược một số vấn đề liên quan tầm soát dị tật tim bẩm sinh trong thai kỳ:
 - Ba nhóm yếu tố nguy cơ cần chỉ định siêu âm tim thai
 - Các mức độ bệnh lý tim bẩm sinh
 - Dị tật tim bẩm sinh liên quan với bất thường nhiễm sắc thể.
2. Quy trình hiện tại về khám và hội chẩn bệnh tim bẩm sinh tại bệnh viện Từ Dũ.
3. Tình hình bệnh tim bẩm sinh tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/01/2012 đến 15/3/2013

Kết luận: Vai trò phối hợp của bác sĩ sản khoa, bác sĩ siêu âm tiền sản, bác sĩ siêu âm tim chuyên khoa, bác sĩ di truyền, bác sĩ nội tim mạch nhi và bs phẫu nhi trong phát hiện, chẩn đoán và xử lý các dị tật tim bẩm sinh trong thai kỳ.

FETAL HEART DEFECTS AT TU DU HOSPITAL

Bùi Thị Thu Hà, Ngô Thị Yên, Bùi Thanh Vân

Objectives: To determine pregnant population recommended to early routine screening and indicated fetal heart ultrasound on literature basis. To introduce some counseling in case of congenital heart defect(s) and select amniocentesis.

Contents:

1. Summary of main points related in screening congenital fetal heart: three high-risk groups that fetal heart ultrasound needed, category of congenital fetal heart defect, cardiac defects associated with chromosomal abnormality; 2. Current management of fetal heart defects at Tu Du hospital; 3. Overview of fetal heart defects at Tu Du hospital from January, 2012 to March, 2013.

Conclusions: Pregnant women get benefits from the cooperation of clinical obstetricians, ultrasound obstetricians, fetal heart ultrasound specialists, genetic doctors, pediatricians in finding, diagnosis and management of fetal heart defects.

XỬ TRÍ CÁC TÌNH HUỐNG KHÓ TRONG ĐA THAI

Tony Tan

Giới thiệu

Các nguyên nhân chính gây tử vong và bệnh tật ở đa thai là sinh non, dị tật thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, đây là những hậu quả thường gặp ở những trường hợp song thai cùng trứng có chung 2 lớp màng đệm bên ngoài (monochorionic twins), và những hậu quả này còn cao hơn ở những trường hợp đa thai từ 3 thai trở lên.

Sanh non

Sanh non trong đa thai là do chuyển dạ sanh non, ối vỡ sớm và sanh non do chỉ định sản khoa, đặc biệt là đối với tiền sản giật - bệnh lý này thường xảy ra sớm hơn và nghiêm trọng hơn ở những trường hợp đa thai.

Có thể dự đoán trước được những trường hợp chuyển dạ sanh non nhờ vào sự kết hợp siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung và các xét nghiệm sinh hóa. Không có bằng chứng nào cho thấy rằng khâu eo cổ tử cung ở những trường hợp đa thai có thể làm giảm tỉ lệ sanh non.

Việc dùng corticosteroid ở thời điểm phù hợp trong thai kỳ làm giảm nguy cơ cho trẻ mắc các bệnh lý do sanh non, và việc theo dõi một cách hợp lý sau khi tiêm corticosteroid sẽ làm giảm nguy cơ chấm dứt thai kỳ sớm do chỉ định y khoa không phù hợp.

Việc tiêm bắp progesterone hàng tuần đã cho thấy có thể làm giảm chuyển dạ sanh non ở những trường hợp đơn thai, và có thể được áp dụng trong đa thai. Việc trì hoãn chuyển dạ có thể là một lựa chọn để kéo dài thai kỳ cho 1 hoặc nhiều thai còn lại khi mà thai đầu tiên trong đa thai đã được sanh ngã âm đạo trước 30 tuần tuổi thai.

Việc hủy thai chọn lọc đối với những thai phát triển không đủ để có thể sống ngoài bụng tử cung và những thai có chậm tăng trưởng trong tử cung ở những trường hợp tiền sản giật nặng khởi phát sớm có thể giúp kìm hãm tiến trình phát triển của tiền sản giật, cho phép kéo dài thai kỳ cho tới khi sự phát triển của 1 hoặc nhiều thai còn lại tốt hơn mà ít làm tăng nguy cơ cho mẹ.

Dị tật thai

Dị tật thai thường gặp hơn ở các trường hợp đa thai. Cùng với những khó khăn trong kỹ thuật khảo sát ở cặp song sinh, những dị tật của thai nhi có thể bị bỏ qua, không chẩn đoán được trong đa thai. Khuyến cáo những trường hợp đa thai nên được khám tầm soát ở một trung tâm y khoa có chất lượng. Việc hủy thai chọn lọc đối với thai dị tật có thể được xem xét với những bệnh lý đã được chọn lọc có thể gây/không gây tử vong thai sau sanh.

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) thường gặp hơn trong các trường hợp đa thai, vì vậy cần phải được theo dõi chặt chẽ hơn. Sự khó khăn trong việc theo dõi và việc cần thiết xem xét ở thai chậm tăng trưởng trong tử cung và thai phát triển bình thường sẽ gây thử thách cho việc đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ.

Những biến chứng riêng ở những trường hợp song thai cùng trứng, 2 thai có chung 2 lớp màng đệm ngoài cùng

Những trường hợp song thai cùng trứng có chung 2 lớp màng đệm bên ngoài (monochorionic twins) thì có nguy cơ bị sảy thai, sanh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR) cao hơn những trường hợp song thai 2 trứng hoặc song thai 1 trứng phân chia sớm (song thai 1 trứng 2 nhau, 2 túi ối). Sự hiện diện của chỗ nối mạch máu trong trường hợp 2 thai có cùng bánh nhau (chung 2 lớp màng đệm) sẽ tăng nguy cơ bị hội chứng truyền máu song thai (TTTS), tưới máu động mạch đảo ngược trong song thai (TRAP) và nguy cơ cao tử vong hoặc tổn thương thần kinh trong trường hợp có 1 thai lưu. Việc theo dõi chặt chẽ cho TTTS và IUGR

bằng siêu âm Doppler cho phép phát hiện sớm các biến chứng trong một số trường hợp, và do đó những can thiệp sớm bao gồm giảm ối, điều trị bằng laser chọn lọc ở vị trí các chỗ thông nối mạch máu nhau thai, theo dõi chặt chẽ hơn với siêu âm và CTG, hoặc chấm dứt thai kỳ sớm.

Những trường hợp đa thai từ 3 thai trở lên

Những thai kỳ có từ 3 thai trở lên thì có nguy cơ cao bị sảy thai, sinh non và thai chậm tăng trưởng trong tử cung. Những cải tiến trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và các kỹ thuật can thiệp trong thai kỳ đã giúp làm giảm sự xuất hiện những thai kỳ có từ 3 thai trở lên. Khi đa thai từ 4 thai trở lên, việc tiến hành thủ thuật giảm nhiều thai trong thai kỳ (MFPR) là một lựa chọn để giảm nguy cơ sảy thai, sinh cực non, và các biến chứng do sinh cực non.

MANAGEMENT OF DIFFICULT SCENARIOS IN MULTIPLE PREGNANCIES

Tony Tan

Introduction

The main causes of mortality and morbidity in multiple pregnancies are prematurity, fetal anomalies, intrauterine growth restriction, specific consequences of monochorionic twins, and higher order multiple pregnancies.

Prematurity

Prematurity in multiple pregnancies is due to premature labour, premature rupture of membranes and iatrogenic premature delivery especially for preeclampsia which occurs earlier and more severely in multiple pregnancies. Prediction of premature labour can be achieved through a combination of ultrasound cervical length measurements and biochemical tests. There is no evidence to show that cervical cerclage in multiple pregnancies reduce premature delivery. Appropriate timing of corticosteroid administration reduces the risks of morbidity due to prematurity, and appropriate monitoring after corticosteroid injection reduces the need for inappropriate iatrogenic premature delivery. Weekly intramuscular progesterone injections have been shown to reduce premature labour in singletons, and may be used in multiple pregnancies as well. Delayed interval delivery may be an option to prolong the pregnancy for the remaining fetus(es) when the first twin is delivered vaginally before 30 weeks. Selective fetocide of the previable and severely growth restricted fetus in a multiple pregnancy with severe and early onset preeclampsia may reverse the process of preeclampsia, allowing prolongation of the pregnancy for the other appropriately grown fetus(es) with little risk to maternal well being.

Fetal Anomalies

Fetal anomalies are more common among multiple pregnancies. Combined with the increased technical difficulty of assessment in twins, fetal anomalies may be more commonly missed in multiple pregnancies. A screening scan at a good tertiary center is recommended for multiple pregnancies. Selective fetocide of the anomalous fetus may be considered for selected lethal and non-lethal conditions.

Intrauterine Growth Restriction

Intrauterine growth restriction (IUGR) is more common in multiple pregnancies, necessitating a need for closer surveillance. Difficulty in monitoring and the need to consider both the IUGR and appropriately grown fetuses often makes the decision to deliver a challenging one to make.

Specific Complications Of Monochorionic Pregnancies

Monochorionic pregnancies are at higher risk of miscarriages, prematurity and IUGR than di- or multi-chorionic pregnancies. The presence of vascular anastomoses in monochorionic placentas specifically puts the pregnancy at risks of twin-twin transfusion

syndrome (TTTS), twin reversed arterial perfusion (TRAP) sequence and the high risk of death or neurologic damage to the co-twin in the event of the death of one twin. Close surveillance for TTTS and IUGR by ultrasound and Doppler techniques allows early detection of such complications in some cases, and hence earlier intervention which includes amnioreduction, selective laser ablation of placental vascular anastomoses, even closer surveillance with ultrasound and cardiotocography (CTG), or early delivery.

Higher Order Multiple Pregnancies

Higher order multiple pregnancies are at high risk of miscarriage, prematurity and intrauterine growth restriction. Improvements in assisted reproductive techniques and its governance reduce the occurrence of higher order multiple pregnancies. When the multiple pregnancy is that of quadruplets or higher order, multifetal pregnancy reduction (MFPR) is an option to reduce the risk of miscarriage and extreme premature labour and the complications of severe prematurity.

DI TẬT HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG: TỪ SIÊU ÂM ĐẾN CỘNG HƯỞNG TỪ

Nguyễn Thị Thu Trang, Hà Tô Nguyên

Siêu âm là phương tiện đầu tiên và chính yếu để đánh giá thai qua các giai đoạn phát triển, trong việc phát hiện và chẩn đoán tất cả các bất thường của thai. Các hình ảnh bình thường hay bất thường phát hiện được trên siêu âm phải dựa vào các hình ảnh chuyên biệt thu được, ví dụ hình ảnh của vùng hố sau, của tiểu não, của thùy nhộng, của thân não, của cột sống... để có được những hình ảnh này đòi hỏi tư thế thai phải thuận lợi, thành bụng của mẹ không quá dày, nước ối phải đủ... Cộng hưởng từ ít bị lệ thuộc vào các điều kiện trên nên MRI dễ dàng có được những hình ảnh rõ ràng, cần thiết giúp ích cho việc chẩn đoán.

Mục đích: khảo sát các tổn thương của não thai nhi trên siêu âm và cộng hưởng từ, đánh giá giá trị của siêu âm và cộng hưởng từ trong việc chẩn đoán các bệnh lý của hệ thần kinh trung ương.

Phương pháp: hồi cứu 207 ca thai với tuổi thai từ 18 – 38 tuần có bất thường hệ thần kinh trung ương được siêu âm tiền sản và chụp cộng hưởng từ trong một tuần sau đó tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/01/2012 đến 25/02/2013

Kết quả: Trên cộng hưởng từ, có 49,2% dẫn não thất, 25,6% bất thường hố sau, 16,4% bất sản thể chai, 27,5% nhiều bất thường kết hợp. 57% trường hợp siêu âm và cộng hưởng từ có chẩn đoán giống nhau; 15,4% trường hợp cộng hưởng từ cung cấp thêm thông tin cho siêu âm; 27,5% ca cộng hưởng từ làm thay đổi hoàn toàn chẩn đoán của siêu âm. Các trường hợp cộng hưởng từ làm thay đổi kết quả của siêu âm-siêu âm không đánh giá được: 5,3% nhãn não, 3,8% loạn dưỡng nhu mô não (cerebral atrophy), 8,2% bất sản thể chai, 3,8% xuất huyết/nhồi máu/thoái hoá nước nhu mô não, 2,8% thiếu sản bán cầu tiểu não/thân não,

Kết luận: Nhìn chung, cả cộng hưởng từ và siêu âm đều giúp chẩn đoán các bất thường của hệ thần kinh thai nhi, nhưng cộng hưởng từ với lợi thế về kỹ thuật, độ phân giải giúp phát hiện và chẩn đoán vượt trội hơn siêu âm đặc biệt là các bệnh lý của chất xám, chất trắng, thể chai và hố sau.

MÔ HÌNH SÀNG LỌC TRƯỚC SINH: HÌNH THÁP ĐẢO NGƯỢC

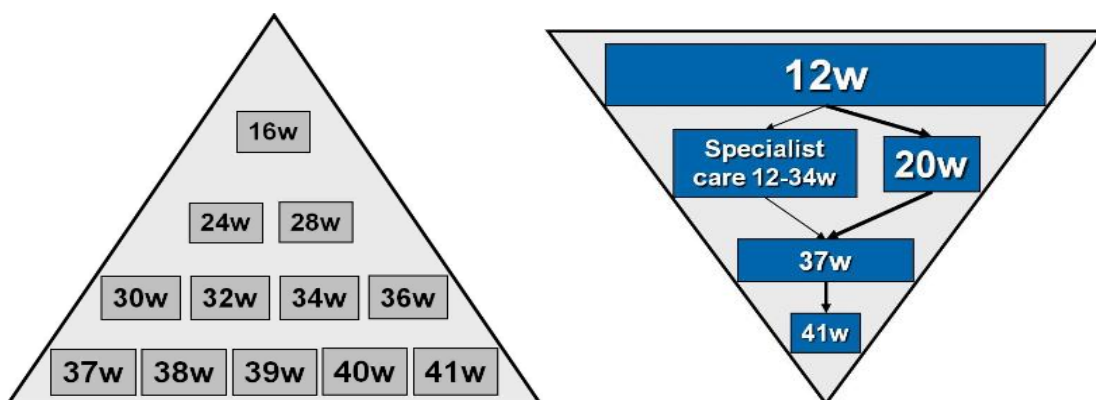
Hà Tố Nguyên

Ở thế kỷ thứ 19, việc chăm sóc thai phụ chỉ là lúc vào chuyển dạ, hoàn toàn chưa có việc chăm sóc trước sinh. Do vậy tỷ lệ tử vong mẹ và thai nhi khá cao. Điều này đã thúc đẩy việc cần thiết phải có sự chăm sóc trước sinh. Do vậy, vào năm 1929, bộ y tế Anh đã ra khuyến cáo lịch trình khám thai cho các thai phụ, lần khám thai đầu tiên vào lúc 16 tuần, sau đó là 24 và 28 tuần, rồi mỗi hai tuần cho đến 36 tuần và mỗi tuần cho đến khi sanh. Sự quan tâm chăm sóc được tập trung ở quý 3 thai kỳ vì hầu hết các biến chứng đều xảy ra ở 3 tháng cuối và chúng ta chưa sàng lọc tiên đoán được các biến chứng này ở quý 1 và quý hai.

Tuy nhiên trong vòng 20 năm trở lại đây, mô hình chăm sóc tiền sinh đã đảo ngược. Lần khám thai đầu tiên được khuyến cáo ở thời điểm 12 tuần và nhiều xét nghiệm sàng lọc được áp dụng nhằm nhận diện sớm các thai kỳ nguy cơ cao từ đó có thể chẩn đoán sớm hoặc dự phòng sớm các biến chứng này. Chúng ta đã biết hơn 90% các lệch bội đã được phát hiện nhờ xét nghiệm sàng lọc phối hợp siêu âm đo độ mờ da gáy và xét nghiệm double test (PAPP-A và Beta HCG) ở thời điểm 11-13 tuần 6 ngày.

Đọa sanh non và tiền sản giật cũng là những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng trong thai kỳ. Dù chúng ta đã hiểu nhiều hơn về các yếu tố liên quan cũng như cơ chế sinh bệnh học của chuyển dạ sanh non nhưng tỷ lệ sanh non vẫn không giảm trong 50 năm trở lại đây. Ở những quốc gia đã phát triển, sanh non là nguyên nhân của một nửa tử vong sơ sinh. Phối hợp siêu âm đo chiều dài cổ tử cung ngã âm đạo và các yếu tố nguy cơ có thể hữu hiệu hơn việc sàng lọc chỉ dựa trên đơn thuần một yếu tố. Với tỷ lệ sàng lọc dương tính 5%, sẽ phát hiện khoảng 70% cho các trường hợp sanh cực non, 45% sanh non, 40% sanh non trung bình và 15% sanh non nhẹ. Nếu tỷ lệ sàng lọc dương tính là 10% thì tỷ lệ phát hiện là 80%, 60%, 55% và 30%.

Khác với sanh non, việc sàng lọc và dự phòng tiền sản giật có vẻ đang có những thành quả nhất định. Việc sàng lọc phối hợp giữa yếu tố tiền căn của thai phụ, siêu âm đo chỉ số PI động mạch tử cung, đo huyết áp động mạch trung bình và sinh hoá máu mẹ (PAPP-A và PIGF) ở thời điểm 11-13 tuần 6 ngày có thể tầm soát được 96% tiền sản giật khởi phát sớm. Việc dự phòng Aspirine liều thấp trước 16 tuần đã cho thấy giảm được tần suất tiền sản giật 50% ở thai kỳ nguy cơ cao và tỷ lệ sanh non giảm 89%.



Tài liệu tham khảo: fetalmedicine foundation (FMF)

PHỤ KHOA

VAI TRÒ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN THAI BÁM SẸO MỔ LẤY THAI CŨ

Hà Tố Nguyên

Sự làm tổ của bánh nhau ở vết sẹo mổ lấy thai cũ thường gây ra những biến chứng nghiêm trọng trong thai kỳ như vỡ tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược. Tiên lượng của thai bám sẹo mổ cũ nếu được chẩn đoán ở quý một có tiên lượng tốt hơn nhau tiền đạo- cài răng lược được chẩn đoán ở quý ba thai kỳ. Do vậy người làm siêu âm cần thiết phải chẩn đoán sớm và chính xác loại bệnh lý này để giúp bác sĩ sản khoa có biện pháp can thiệp xử trí sớm, tránh xảy ra những biến chứng nghiêm trọng cho thai phụ.

Giả thuyết về sinh lý bệnh của bánh nhau làm tổ bất thường: do sự thiếu oxy mô và mạch máu bất thường tại vùng sẹo mổ cũ nên bánh nhau có khuynh hướng bám chắc một cách bất thường.

Siêu âm được xem là phương tiện đầu tay và rất có giá trị trong chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai cũ.

1. Túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo mổ lấy thai
 - Nằm hoàn toàn trong thành trước tử cung
 - Nằm một phần trong lòng và một phần trong thành trước tử cung
 - Khối echo hỗn hợp: thường sau hút nạo
2. Không có dấu hiệu trượt
3. Có dòng chảy trên doppler màu của lớp nguyên bào nuôi

Độ nhạy của siêu âm: 86.4% theo Ash và cs (2007)

Cần chẩn đoán phân biệt với: thai trong lòng tử cung bám thấp (túi thai nằm giữa lòng tử cung, thành trước và sau dày như nhau), thai đang sảy (túi thai nằm giữa lòng tử cung, có dấu hiệu trượt, không có dòng chảy trên Doppler màu), thai ở cổ tử cung (túi thai nằm dưới sẹo mổ lấy thai cũ, không có dấu hiệu trượt, có dòng chảy trên Doppler màu)

Cần thiết đo bề dày cơ tử cung thành trước bao quanh túi thai để có định hướng trong xử trí cho nhà lâm sàng. Vì những túi thai có lớp cơ tử cung thành trước bao quanh quá mỏng thì không nên can thiệp ngoại khoa.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở SẸO MỔ LẤY THAI

Phan Văn Quyền

Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai (TNTCSMLT) đã được Larsen và Solomon báo cáo từ 1978. Độ xuất hiện của TNTCSMLT chiếm khoảng 1/1.800 -1/2.500 tổng số sanh (Timor-Tritsch). Khối thai bám vào cơ tử cung qua khe hở sẹo mổ lấy thai (MLT), vị trí hiếm gặp. Những báo cáo gần đây cho thấy độ xuất hiện đã có khuynh hướng tăng dần, theo số MLT và với ứng dụng rộng rãi siêu âm qua âm đạo cũng giúp phát hiện sớm các trường hợp TNTCSMLT.

Các triệu chứng thường rất ít hay không có. Chẩn đoán dễ nhầm với thai trong tử cung, sảy thai hay thai ngoài tử cung ở cổ tử cung. Chẩn đoán thường khó khăn, nếu chẩn đoán sai có thể dẫn đến tai biến nặng và phải cắt tử cung.

Siêu âm qua đầu dò âm đạo là phương tiện chẩn đoán xác định, những trường hợp nghi vấn có thể cần MRI. Tiêu chuẩn chẩn đoán TNTCSMLT với siêu âm ngã âm đạo và Doppler màu gồm: (1) buồng tử cung trống, (2) kênh cổ tử cung trống, (3) túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay rất mỏng (<5 mm trong 2/3 trường hợp), và (4) với siêu âm 3D Doppler có phình mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ối (Vial, Jurkovic).

TNTCSMLT có tế bào nuôi xâm lấn cơ tử cung tương tự cài răng lược nên có khuynh hướng gây chảy máu ồ ạt, hoặc vỡ tử cung nguy hiểm cho sinh mạng người mẹ nếu thai lớn. Tuy nhiên trong TNTCSMLT tế bào nuôi xâm lấn nhiều hơn, và sảy ra rất sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ. Do đó có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết.

Điều trị TNTCSMLT nhằm mục đích loại bỏ khối thai và duy trì khả năng sinh sản. Đến nay đã có trên 30 phương pháp điều trị cho TNTCSMLT (Timor-Tritsch). Cơ bản điều trị gồm: (1) nong và nạo khối thai, (2) điều trị methotrexate (MTX), (3) tắc động mạch tử cung, (9) soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng và phẫu thuật mở bụng. Các kỹ thuật này có thể riêng rẽ hay phối hợp.

Năm 2012 Timor-Tritsch đã tổng hợp 751 trường hợp báo cáo trong y văn và nhận thấy các trường hợp nong nạo, MTX toàn thân và tắc động mạch tử cung có tai biến rất cao trên 60% các trường hợp. Những trường hợp MTX tiêm vào thai mô quanh thai có tai biến thấp nhất (9,6%) và kế đó là soi buồng tử cung (18,4%).

Sau điều trị MTX tại chỗ, người bệnh cần theo dõi β HCG mỗi tuần tới khi trở về bình thường và siêu âm kiểm tra mỗi tháng, khối thai biến mất sau 2 tháng tới 1 năm và β HCG trở về bình thường sau 6-10 tuần. Bệnh nhân cần ngừa thai 12-24 tháng sau điều trị. Sau TNTCSMLT vẫn có thể mang thai bình thường và kết thúc với sanh thường, hay MLT, cũng có một số tái phát TNTCSMLT chỉ khoảng 5%.

TNTCSMLT là một thách thức cho chẩn đoán và điều trị. Độ xuất hiện của TNTCSMLT đang gia tăng theo số mổ lấy thai. Vì thế cần có các tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như điều trị và kế hoạch theo dõi để điều trị xâm lấn tối thiểu các biến chứng của TNTCSMLT. Kết hợp điều trị MTX hệ thống và vào thai thực hiện không quá phức tạp và đã rất thành công trong việc điều trị TNTCSMLT trong hàng loạt trường hợp.

MANAGEMENT UPDATE OF CESAREAN SCAR ECTOPIC PREGNANCY

Phan Văn Quyền

A cesarean scar ectopic pregnancy (CSP) occurs when a pregnancy implants on a cesarean delivery scar. The first case was reported by Larsen and Solomon in the English medical literature in 1978. Generally considered among the rarest forms of ectopic pregnancies, its prevalence is estimated between 1 per 1,800 and 1 per 2,500 pregnancies. However, the incidence is rising with the increased incidence of cesarean deliveries, and the diagnosis is being made earlier because of the increased use of transvaginal sonography.

The lack of specific clinical symptoms or signs may lead to a delay in diagnosis or even failure to make a correct diagnosis, particularly if awareness of this condition is low. It can sometimes be difficult to distinguish a failed pregnancy or miscarriage in progress and a cervical ectopic pregnancy from a pregnancy implanted on a cesarean scar. The diagnosis is often difficult, and a false-negative diagnosis may result in major complications, including a hysterectomy.

The diagnosis is based on finding a gestational sac at the site of the previous cesarean scar in the presence of an empty uterine cavity and cervix, as well as a thin myometrium adjacent to the bladder. Early recognition of the transvaginal sonographic findings is critical because a delay can lead to increased maternal morbidity and mortality. MRI is a valuable troubleshooting tool when sonography is equivocal or inconclusive before therapy or intervention. Early diagnosis by sonography directs therapy and improves outcomes by allowing preservation of the uterus and future fertility. The following sonographic criteria have been put forward for early diagnosis of cesarean scar pregnancies in the first trimester: (1) empty uterus with a clearly visualized endometrium; (2) empty cervical canal; (3) gestational sac within the anterior portion of the lower uterine segment at the presumed site of the cesarean scar; and thinned or absent myometrium between the gestational sac and bladder (<5 mm in two-thirds of cases); (4) marked peritrophoblastic color Doppler flow around the sac.

Many medical and surgical approaches have been attempted with the goal of eliminating the gestational sac and preserving fertility, including systemic therapy, local injection, surgical aspiration of the gestational sac, as well as hysteroscopic, laparoscopic, and open removal.

A recent literature search identified 751 cases of CSP (2012, Timor-Tritsch). Treatments, such as systemic MTX, D&C, and uterine artery embolization carried the highest number of complications (62.1%, 61.9%, and 46.9%, respectively). The lowest complication rates were achieved by using local intragestational injection of MTX or kalium chloride as well as hysteroscopy (9.6% and 18.4%, respectively).⁴

CSP represents a diagnostic and therapeutic challenge. Its frequency is increasing as more cesarean deliveries are performed. We need a set of diagnostic criteria as well as a management and follow-up program for the minimally invasive treatment of this complication of pregnancy. The combination of systemic and intragestational sac administration of MTX is relatively simple and has been highly successful in the treatment of CSP in many case series.

Tham khảo

1. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. S Afr Med J 53(4):142, 1978

2. Graesslin O, Dedecker F Jr., Quereux C, Gabriel R. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005; 105:869–871.
3. Maymon, et al; Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy, *J. Ultrasound Med.* 2011;30:1179-1184.
4. Timor-Tritsch. Early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012.
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:220–227.
6. Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R and Bukovsky Y, Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynecol*, 1995,102, 839–841.
7. Holland MG, Bienstock JL: Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 111:541, 2008.
8. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16:592–593.
9. Babu KM; Navneet Magon, Uterine Closure in Cesarean Delivery: A New Technique, *N Am J Med Sci.* 2012 August; 4(8): 358–361

SIÊU ÂM DOPPLER MÀU CHẨN ĐOÁN ĐAU VÙNG BỤNG DƯỚI MẠN TÍNH Ở PHỤ NỮ DO BỆNH LÝ TĨNH MẠCH

Nguyễn Hoài Thu

Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây đau vùng bụng dưới ở phụ nữ thường rất khó khăn, nhất là nguyên nhân do bệnh lý tĩnh mạch vùng tiểu khung. Dẫn tĩnh mạch vùng chậu gây đau và ảnh hưởng trực tiếp đến tử cung, buồng trứng và âm hộ. Thống kê trong Y văn lên tới 15% phụ nữ độ tuổi 20-50 có dẫn tĩnh mạch vùng chậu mặc dù không phải tất cả đều có các triệu chứng cần điều trị

Chẩn đoán xác định hội chứng chèn ép vùng bụng dưới bằng siêu âm Doppler màu và cộng hưởng từ hiện nay đã xác định được bệnh lý và hướng dẫn cho điều trị can thiệp nội mạch.

Tầm soát bằng siêu âm Doppler màu tại Medic trong 1 năm (6-2011 đến 6-2012) trên 200 bệnh nhân nữ có đau bụng dưới kèm với dẫn hay suy tĩnh mạch hai chi dưới trong độ tuổi hoạt động sinh dục và sinh đẻ (tuổi trung bình từ 30-50), phát hiện tỉ lệ đau vùng bụng dưới do dẫn tĩnh mạch chiếm tới 16%. 30% trong số đau vùng chậu mạn tính có hội chứng chèn ép tiểu khung và 18% có hội chứng chèn ép vùng chậu cùng với 1 hay nhiều bệnh lý khác của vùng tiểu khung.

Các yếu tố liên quan và có nguy cơ cao; Mang thai trên hai lần hay nhiều lần, viêm tĩnh mạch dẫn tĩnh mạch chi dưới lâu ngày. Đa nang buồng trứng, rối loạn nội tiết...

Phát hiện sớm bằng tầm soát siêu âm Doppler màu và chẩn đoán xác định với cộng hưởng từ giúp ích rất lớn cho điều trị can thiệp nội mạch, mang lại chất lượng cuộc sống cho phụ nữ đau bụng dưới mạn tính

UNG THƯ PHỤ KHOA

XỬ TRÍ CÁC KHỐI BƯỚU TẾ BÀO MÀM ÁC TÍNH THƯỜNG GẶP VÀ HIẾM GẶP CỦA BUỒNG TRỨNG

TAY, Eng-Hseon

Các bướu tế bào mầm ác tính thường điều trị được bằng phẫu thuật và hóa trị. Phẫu thuật hạn chế nhằm bảo tồn chức năng sinh sản là tâm điểm của việc điều trị ở phụ nữ trẻ tuổi mắc bệnh. Tuy nhiên, có những loại bướu tế bào mầm hiếm gặp có độ ác tính và gây tử vong cao, và việc điều trị những bướu này vẫn là một thách thức.

Bài trình bày này sẽ báo cáo 3 trường hợp bướu tế bào mầm ác tính:

1. Một trường hợp bướu tế bào mầm ác tính thường gặp – Bướu xoang nội bì giai đoạn tiến xa
2. Một trường hợp bướu tế bào mầm ác tính hiếm gặp – Bướu quái ung thư biểu mô tế bào gai giai đoạn tiến xa
3. Một trường hợp bướu tế bào mầm ác tính hiếm gặp – Bướu ngoại bì thân kinh nguyên thủy giai đoạn tiến xa

Việc điều trị các bướu tế bào mầm ác tính thường gặp được định nghĩa rõ ràng và sẽ được xem xét lại. Tuy nhiên, các bướu tế bào mầm ác tính hiếm gặp khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Cách điều trị chuẩn cho những loại ung thư này còn tranh cãi và sẽ được thảo luận trong phần trình bày này.

MANAGEMENT OF COMMON AND UNCOMMON MALIGNANT GERM CELL TUMOURS OF THE OVARY

TAY, Eng-Hseon

Malignant Germ Cell Tumours (GCT) are usually curable with surgery and chemotherapy. Limited surgery with conservation of fertility is central in the treatment of young women with this disease. However, there are uncommon GCTs which are highly aggressive and fatal, and their treatment remains a challenge.

This presentation will highlight 3 cases of malignant GCTs:

1. A case of common malignant GCT – Advanced Endodermal Sinus Tumour
2. A case of uncommon malignant GCT – Advanced Teratoma with Squamous Cell Carcinoma
3. A case of uncommon malignant GCT – Advanced Primitive Neuro-Ectodermal Tumour

The treatment of the common malignant GCTs are well defined and will be reviewed. However, uncommon malignant GCTs often present with diagnostic and therapeutic difficulties. Standard treatment of these cancers is controversial and will be discussed in this presentation.

Alternative treatment views and suggestions are invited from fellow gynaecological oncologists in the audience.

UNG THƯ ÂM ĐẠO: DỊCH TỄ- CHẨN ĐOÁN - ĐIỀU TRỊ

Lưu Văn Minh

Mở đầu: Ung thư âm đạo hiếm gặp, chiếm tỷ lệ từ 1-2% ung thư phụ khoa. Tần suất ung thư âm đạo là 0,6 trên 100.000 phụ nữ

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng ung thư âm đạo; Nghiên cứu hiệu quả của các phác đồ điều trị ung thư âm đạo; Đánh giá kết quả điều trị sớm. Xác định tỉ lệ tái phát, di căn xa, và sống còn sau điều trị.

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không có đối chứng.

Kết quả: Qua nghiên cứu 116 trường hợp ung thư âm đạo được điều trị tại bệnh viện Ung Bướu TP HCM từ năm 2007 đến năm 2011, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Đặc điểm lâm sàng: Tuổi thường gặp: trên 50 (74,13%); Xuất huyết âm đạo bất thường (81%) Thường ở giai đoạn trễ (Giai đoạn IIB 46,5% – III là 30,1%). Siêu âm giúp chẩn đoán di căn hạch chậu; Giải phẫu bệnh: Carcinôm tế bào gai (74,13%) với kích thước bướu thường gặp nhất là 3 cm, 25,8%; Điều trị : Xạ trị là phương pháp được lựa chọn cho hầu hết các trường hợp ung thư âm đạo (87,9 %). Kết hợp xạ trị ngoài với xạ trị áp sát; Tái phát, di căn xa, sống còn: Tái phát tại chỗ tại vùng chiếm tỷ lệ 9,4%, Di căn xa 6,8%. Sống còn toàn bộ 5 năm là 71,5%, và sống còn không bệnh 5 năm là 59,2%; Biến chứng viêm trực tràng xuất huyết sau xạ trị, chiếm tỷ lệ 7,42%, viêm bàng quang xuất huyết 4,2%, dò bàng quang – âm đạo 2%, dò trực tràng – âm đạo 3 %.

Kết luận: ung thư âm đạo hiếm gặp. Hầu hết ung thư âm đạo được điều trị bằng xạ trị ngoài kết hợp xạ trị trong.

Từ khóa: ung thư âm đạo

VAGINAL CANCER: EPIDEMIOLOGY – DIAGNOSIS – TREATMENT

Lưu Văn Minh

Background: Primary cancer of the vaginal is uncommon, accounting for only 1-2% of all gynecologic cancers. The incidence of squamous carcinoma of the vagina is 0.6 per 100,000 females.

Objectives: Study on epidemiology, signs and symptoms; Study on planning therapy; Evaluate the treatment outcomes of primary vaginal cancer

Methods: Intervention study.

Results: In the prospective study for 116 cases of primary vaginal cancer treated in HCM city cancer hospital from 2007 to 2011, there are some remarks: Clinical signs: The common age range of the primary vaginal cancer is over 50 ys (74.13%); Abnormal bleeding of the vagina is the common functional symptom (81%). When examined, the majority of patients are noticed having advanced stages (stage IIB 46,5% – III are 30,1%). Ultra-sound plays a role in diagnostic of pelvic node metastasis; Pathology : the rate of squamous cell carcinoma is highest (74.13%). Almost of the tumour have large dimension (3 cm), 25.8%; Treatment: most vaginal malignancies are treated best with a combination of teletherapy and brachytherapy (87,9%). Recurrence, distant metastasis and survival: Local recurrence 9.4%. Distant metastasis 6.8%. 5 years total survival 71.5% and 5 years free disease survival 59.2%. Complications: Haemorrhagic proctosigmoiditis 7.42%. Haemorrhagic cystitis 4.2%. Vesicovaginal fistulas 2% and rectovaginal fistulas 3%.

Conclusions: Primary cancer of the vaginal is uncommon. Most vaginal cancer are treated best with a combination of teletherapy and brachytherapy.

Keywords: vaginal cancer

SONG THAI VỚI MỘT THAI TRỨNG TOÀN PHẦN VÀ MỘT THAI SỐNG: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Lê Quang Thanh, Lê Tự Phương Chi, Trịnh Tiến Đạt, Hà Tố Nguyên

Sự tồn tại đồng thời của thai trứng toàn phần và thai sống là một tình trạng hiếm gặp. Việc chẩn đoán chính xác rất quan trọng bởi vì nguy cơ có những biến chứng trầm trọng trong thai kỳ. Tỷ lệ sinh sống khoảng 30 – 35% và nguy cơ diễn tiến thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại cũng tương tự như thai trứng đơn thuần. Do đó, với những thai kỳ này, việc tiếp tục dưỡng thai có thể được đề nghị thay vì phải chấm dứt thai kỳ.

Dựa vào hồ sơ bệnh án đầy đủ, chúng tôi báo cáo 2 trường hợp song thai với thai trứng toàn phần và thai sống bình thường. Xét nghiệm nhiễm sắc thể của thai sống đều bình thường. Trường hợp thứ I đã sảy thai khi thai 17 tuần và diễn tiến thành ung thư nguyên bào nuôi. Trường hợp thứ II, sinh mổ một bé trai sống khi thai 34 tuần vì tiền sản giật và nhau bong non. Bệnh nhân được theo dõi tiếp tục sau mổ và nồng độ hCG hồi phục về bình thường sau hai tháng.

Từ khóa: song thai, thai trứng toàn phần, bệnh lý nguyên bào nuôi

TWIN PREGNANCY WITH A COMPLETE HYDATIDIFORM MOLE AND CO-EXISTENT LIVE FETUS: REPORT OF TWO CASES AND REVIEW OF LITERATURE

Lê Quang Thanh, Lê Tự Phương Chi, Trịnh Tiến Đạt, Hà Tố Nguyên

Complete hydatidiform mole with coexisting live fetus (CMCF) is a rare entity. The accurate diagnosis is very important because of the risk of developing severe complications in pregnancy. The chances of a live birth have been estimated between 30 and 35% and the risk of persistent trophoblastic disease is similar to singleton molar pregnancies in complete mole with coexisting fetus pregnancy. Therefore, in these pregnancies, expectant management instead of termination of pregnancy can be suggested.

In this article, we report on the well-documented follow-up of two cases of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and a normal fetus. Genetic showed normal fetal karyotype in both of two cases. In the first case, termination of pregnancy was performed due to inevitable abortion at 17 weeks gestation, and developed GTN. In the second case, a live male infant was delivered by a cesarean section because of preeclampsia and abruptio placentae at 34 weeks of gestation. After cesarean section, the patient underwent a complete follow up of hydatidiform mole and showed a normal hCG regression two month later.

Keywords: Hydatiforme mole, Twin pregnancy, Gestational Trophoblastic Neoplasia (GTN)

NỘI SOI – SÀN CHẬU

DÍNH TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA ADHERENCES EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

D.K. TRAN

LES CONSTATATIONS :

De très nombreuses publications ont mis en évidence la formation des adhérences après la chirurgie gynécologique :DIAMOND dès 1990, autres auteurs par la suite...Les travaux expérimentaux ont permis de constater qu'il existait autant d'adhérences en coeliochirurgie qu'en laparotomie (Filmar en 1987,Marana en 1994)...Le SCAR group a mis en évidence ces constatations en 2004,le groupe ASRM (American Society Reproductive Medicine) en 2007,CHANG Zhong Li en 2009. Et il existe beaucoup d'autres publications démontrant que le risque majeur de toute chirurgie.

LES MECANISMES :

Ils sont bien connus :c'est la déviation du mécanisme de défense contre toute agression du péritoine liée au traumatisme tissulaire par la dilacération des tissus entraînant l'hémorragie,à la dessiccation du péritoine,à l'ischémie et la nécrose tissulaire par coagulation excessive et aussi à l'absence de péritonisation des zones pathologiques.

LES CHIRURGIES LES PLUS ADHESIOGENES :

En premier lieu la chirurgie sur terrain encore inflammatoire :
postinfectieux (après salpingite,après péritonite appendiculaire ou postappendicectomie)
ou lésion rouge évolutive de l'endométriose.

Chirurgie itérative (souvent pour endométriose)

Lésions du petit bassin après chirurgie digestive :colectomie ou chirurgie du rectum.

Myomectomie

Césarienne sans péritonisation

LES CONSEQUENCES :

Elles sont bien connues : Occlusion intestinale, douleurs pelviennes et surtout infertilité par obstruction tubaire et encapsulation des ovaires..

COMMENT LES EVITER ?

Utilisation des produits antiadhérentiels mais l'efficacité est limitée et meme discutable par certains ;D.K. TRAN,SOMIGLIANI etc...

La meilleure façon d'éviter la formation d'adhérences est l'application stricte des principes de la microchirurgie dans la chirurgie conservatrice et à plus forte raison reconstructrice des annexes :Scar group (1997),Canis (2001),ASRM (2007) et récemment recommandations de l'ESGE (2012)

BIẾN CHỨNG NẶNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Bá Mỹ Nhi

Sự mở rộng chỉ định phẫu thuật, gia tăng số lượng phẫu thuật viên nội soi, sử dụng các dụng cụ nội soi mới, và sự phát triển ngày càng tăng của phẫu thuật nội soi vào mổ đại phẩu, đã làm tăng nguy cơ xảy ra các tai biến phẫu thuật. Ngoài biến chứng do tổn thương đường tiêu hóa, tiết niệu, mạch máu... còn biến chứng do gây mê toàn thân, do dụng cụ nội soi. Mỗi biến chứng đều có bệnh sinh riêng, có thể ngăn ngừa hoặc điều trị được nếu phát hiện đúng lúc.

Những biến chứng phát hiện trong thì vào bụng (đâm mù) và thì thám sát, được điều trị ngay thường rất tốt; nhưng tổn thương do bỏng nhiệt phát hiện muộn sau mổ, vẫn còn là một vấn nạn lớn đối với phẫu thuật nội soi, thường rất nặng và làm tăng nguy cơ tử vong, đòi hỏi can thiệp điều trị bằng mổ mở.

Tỉ lệ tai biến chung thay đổi tùy nghiên cứu, Chapron (Pháp) là 4,6/1000, Hội Phẫu thuật nội soi Phần Lan là 4/1000, Wattiez (Pháp) tỉ lệ tai biến trong nội soi cắt tử cung là 5,6% (1989 – 1995) giảm còn 1,3% (1996-1999); tỉ lệ chuyển mổ mở 0,14 – 0,33%, tùy mức độ khó khăn của phẫu thuật và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Riêng tại bệnh viện Từ Dũ tỉ lệ tai biến chung 2/1000 (2011) và 1,4/ 1000 (2012), có khuynh hướng giảm xuống. Hơn 60% tổn thương đường tiêu hóa và tiết niệu cần phải mổ hở, và hơn một nửa số đó bị chẩn đoán trễ. Phần lớn tổn thương mạch máu và bàng quang xảy ra chủ yếu do trocars, tổn thương ruột và niệu quản chiếm 40%, thường do kỹ thuật và biến chứng bỏng nhiệt.

Mặc dù các báo cáo cho thấy có nhiều biến chứng liên quan đến phẫu thuật nội soi, và các biến chứng nặng tương đối hiếm gặp; tỉ lệ biến chứng do phẫu thuật nội soi không cao hơn phẫu thuật mổ mở kinh điển, nhưng vẫn đề làm sao các phẫu thuật viên nội soi mới bắt đầu, biết phát hiện và xử lý tổn thương trong mổ, biết ngăn ngừa và xử lý biến chứng muộn, hạn chế thấp nhất tỉ lệ tai biến và tử vong, là một trong những mục tiêu được quan tâm hàng đầu hiện nay trong các chương trình huấn luyện nội soi.

HIỆU QUẢ ĐẶT VÒNG NÂNG (PESSARY) ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ: ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ THÀNH CÔNG

Nguyễn Thị Vĩnh Thành

Đặt vấn đề: Thuật ngữ Pessary có từ thời cổ đại, mô tả một vật đặt vào trong âm đạo nhằm ngăn chặn tình trạng sa xuống của các cơ quan trong vùng chậu. Vật liệu sử dụng thời cổ đại là len, vải sợi, nút bần.. Ngày nay, Pessary (vòng nâng) được làm bằng silicon, là một chất liệu trơ không gây kích ứng. Phẫu thuật có nhiều tiến bộ vượt bậc, nhưng Pessary vẫn có những giá trị tích cực khi việc điều trị bằng phẫu thuật không được chọn lựa.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của phụ nữ bị sa tạng chậu chọn sử dụng vòng nâng điều trị tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 10.2012 đến tháng 3 năm 2013

Phân tích yếu tố góp phần thành công trong điều trị đặt vòng nâng âm đạo

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca (case series) trong thời gian từ 01/10/2012 đến 31/03/2013, tại Bệnh viện Từ Dũ, Khoa Khám bệnh, Đơn vị Phục hồi Sản chậu.

Kết quả: Trong thời gian nghiên cứu, có 113 trường hợp chọn sử dụng vòng nâng điều trị. Tuổi trung bình $68,65 \pm 9,18$. Tuổi nhỏ nhất: 46, tuổi lớn nhất 87. Hầu hết là hậu mãn kinh. Nơi cư ngụ: chỉ có 25,7% sống tại Thành phố Hồ Chí Minh. Trình độ học vấn: cấp I và cấp II chiếm đa số với tỷ lệ 62,8% và 17,7%. Nghề nghiệp: buôn bán 31,9%, nội trợ 26,5% và làm ruộng 40,7%. Số lần sanh trung bình $5,75 \pm 2,79$, nhiều nhất 13 lần, ít nhất 1 lần sanh. Chỉ số khối (BMI) trung bình: $21,92 \pm 2,88$, lớn nhất: 29,43, nhỏ nhất: 16,65. Tình trạng sa tạng: có 110 trường hợp sa từ hơn 2 tạng (97,3%), sa độ 1-2 là 10,6%, sa \geq độ 3 là 89,4%. Tỷ lệ tiểu không kiểm soát khi gắng sức kèm với sa tạng là 34,5%. Thời gian chịu đựng bệnh trung bình $3,77 \pm 6,27$, lâu nhất: 40 năm, gần nhất: 1 tháng. Trong 113 trường hợp nghiên cứu, bệnh nhân chọn sử dụng vòng nâng do từ chối phẫu thuật là 81,5%, do bệnh lý nội khoa: 15,9%, chờ phẫu thuật: 3,6%.

Yếu tố góp phần thành công chính là qui trình thăm khám, tư vấn và theo dõi chặt chẽ.

Tiêu chuẩn đạt hiệu quả của vòng nâng là cố định được sản chậu nhưng không gây đau tức và không gây bết tắc.

Đo niệu dòng đồ đánh giá quá trình đi tiểu và lượng nước tiểu tồn lưu sau 3 giờ sử dụng thử. Hướng dẫn tại chỗ cách tự đặt và tháo vòng, cách vệ sinh và bảo quản vòng Pessary.

Quá trình nghiên cứu của chúng tôi là 6 tháng. Thời gian sử dụng vòng nâng trung bình là $2,28 \pm 1,73$. Lâu nhất là 6 tháng và ngắn nhất là 9 ngày. Số lần tái khám trung bình là $2,39 \pm 0,90$, nhiều nhất là 5 lần, ít nhất là 1 lần tái khám. Có 6 trường hợp thất bại trong điều trị, phải chuyển qua biện pháp điều trị khác (5,31%).

Kết luận: Thời gian chịu đựng tình trạng sa tạng chậu của phụ nữ trong nhóm nghiên cứu là khá lâu. Phẫu thuật có nhiều tiến bộ vượt bậc, nhưng sử dụng Pessary vẫn còn là lựa chọn đầu tiên của người bệnh sa tạng chậu có triệu chứng. Cần được thăm khám và tư vấn chăm sóc khi điều trị với đặt vòng nâng âm đạo.

EFFICIENCY OF USING PESSARY IN TREATMENT FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE AT TU DU HOSPITAL: CHARACTERISTICS AND SUCCESS FACTORS

Nguyễn Thị Vĩnh Thành

Pessary, an ancient medical term, describes an object placed in the vagina in order to prevent pelvic organ prolapse (POP). In ancient times, pessaries were made of wool, fabric, cork ... Nowadays, pessary (lifting ring) is made of silicon, an inert material that does not irritate. Although surgery has many remarkable progress, but pessary still have positive values when the surgical treatment was not chosen.

Objective: To describe characteristics of women with pelvic organ prolapse who decided to choose vaginal pessaries as treatment therapies at Tu Du hospital from October 2012 to March 2013

Analysis of factors contributing to success in the treatment of vaginal pessary

Methods: A case series report in the period from 01/10/2012 to 31/03/2013, at Tu Du Hospital, Out-Patients Department, Pelvic Floor Unit

Results: In our study, 113 women chose to use pessaries for treatment. Mean age 68.65 ± 9.18 . Minimum age: 46, maximum age 87. Most of them are postmenopausal. Location: only 25.7% live in Ho Chi Minh City. Education levels: level I and level II of the majority with the rate 62.8% and 17.7%. Occupation: sales 31.9%, 26.5% housewives and farming 40.7%. Mean parity 5.75 ± 2.79 , maximum to 13 times, at least 1 time.

Mean body mass index (BMI): 21.92 ± 2.88 , largest: 29.43, smallest: 16.65. Status of pelvic organ prolapse : 110 cases prolapse from more than 2 organs (97.3%), Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) stage 1-2 was 10.6%, POP-Q stage 3 or more was 89.4%. Rate of urinary stress incontinence associated with POP is 34.5%. Mean suffering time 3.77 ± 6.27 , longest: 40 years, last: 1 month. In the 113 cases studied, patients chose to use vaginal pessaries because of refusing surgery was 81.5%, because of medical conditions: 15.9%, awaiting surgery: 3.6%.

Factors contributing to success the process of examination, consultation and closely monitored.

Efficiency evaluation standards of the vaginal pessary are fixed pelvic floor but that does not cause pain and causing deadlock.

Urodynamics evaluate the process of urination and volume of residual urine after 3 hours trying to use vaginal pessary. Guideline for patients how to put in place and remove the pessary rings, how to clean and storage pessary rings.

The process of our study was in 6 months. The mean wearing time 2.28 ± 1.73 . Longest wearing time was 6 months and 9 days is the shortest wearing time. Average number of follow-up visits is 2.39 ± 0.90 , at most 5 times, at least 1 follow-up visit. There were 6 cases of treatment failure, switch to other treatments (5.31%).

Conclusion: Suffering time of pelvic organ prolapse of women in the study group was quite long. Surgery has remarkable progress, but pessaries are still the first choice of patients who have symptoms of pelvic organ prolapse. It should be examined and adviced during treatment with increased vaginal pessaries.

HỖ TRỢ SINH SẢN

BẢO TỒN CHỨC NĂNG SINH SẢN NỮ HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH

S. Samuel Kim

Khi bệnh ung thư được kiểm soát, tác động của điều trị sau đó có thể là một vấn đề lớn, đặc biệt đối với khả năng sinh sản, bởi vì những trị liệu tích cực có thể gây ra suy buồng trứng. Do đó, tất cả bệnh nhân cần được cung cấp thông tin về các vấn đề liên quan đến chức năng sinh sản trước khi bắt đầu điều trị. Ở nam giới, tinh trùng nên được lưu trữ cho tất cả bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản bất kể nguy cơ suy tuyến sinh dục. Ở nữ cần xem xét đến nhiều yếu tố hơn như tính cấp bách của trị liệu, tuổi, tình trạng hôn nhân gia đình, phác đồ và liệu điều trị. Nếu nguy cơ suy tuyến sinh dục thấp thì có thể không cần bảo tồn chức năng sinh sản. Mặt khác, ở những bệnh nhân phải trải qua ghép tế bào gốc tạo máu (hematopoietic stem cell transplant – HSCT) rất cần xem xét việc bảo tồn chức năng sinh sản. Về mặt nguyên tắc, lưu trữ trứng và phôi cũng được xem là những chọn lựa khác nếu có đủ thời gian để kích thích buồng trứng trước khi điều trị. Nếu không thể trì hoãn việc điều trị hoặc không chỉ định kích thích buồng trứng, trữ mô buồng trứng nên là chọn lựa đầu tiên.

FERTILITY PRESERVATION IN FEMALE: PRACTICE GUIDELINES

S. Samuel Kim

When the cancer is controlled, the later effect of treatment on quality of life, in particular fertility, can be a major issue for young cancer survivors, since aggressive cancer treatment can cause ovarian failure. Therefore, fertility issues should be addressed to all patients in reproductive age before cancer treatment. In cases where the patient is a minor, it is recommended to obtain assent from a patient in addition to signed consent from the parents. In men, cryopreservation of sperm should be offered to all cancer patients in reproductive age regardless of the risk of gonadal failure. In women, the recommendation of fertility preservation should be individualized based on multiple factors such as the urgency of treatment, the age of the patient, the marital status, the regimen and dosage of cancer treatment. If the risk of gonadal failure is very low (such as ABVD), fertility preservation may not be required. On the other hand, the patient who undergoes hematopoietic stem cell transplant (HSCT) should strongly consider fertility preservation. In principle, embryo cryopreservation or oocyte cryopresevtion is recommended as a fertility preservation option, if there is enough time for ovarian stimulation before initiation of cancer therapy. If cancer treatment cannot be delayed or ovarian stimulation is contraindicated, ovarian tissue cryopreservation should be the first option of fertility preservation.

TRỮ ĐÔNG TRỨNG: TỪ KHOA HỌC ĐẾN THỰC HÀNH

S. Samuel Kim

Khi có nguy cơ cao bị suy buồng trứng đối với hóa trị và xạ trị thì cần nỗ lực bảo tồn chức năng sinh sản trước khi điều trị. Hiện nay, lưu trữ mô buồng trứng sau đó cấy ghép trở lại đã được chứng minh có thể là một chiến lược bảo tồn hứa hẹn. Trữ mô buồng trứng có lợi nhất cho những phụ nữ trẻ và chưa dậy thì mà cần ghép tế bào gốc tạo máu, do phác đồ chuẩn bị sử dụng liều cao thuốc thuộc nhóm alkyl và/hoặc xạ trị rất độc có thể dẫn đến suy buồng trứng sớm.

Sau nhiều nỗ lực của các nhà nghiên cứu từ những năm 1950, lưu trữ mô buồng trứng trong nitơ lỏng đã trở thành một kỹ thuật có thể ứng dụng. Hiện thời, phương pháp rã đông chậm/nhanh là kỹ thuật tiêu chuẩn để trữ lạnh mô buồng trứng. Tuy nhiên, vẫn cần phải tối ưu hóa kỹ thuật trữ lạnh chậm. Một cách khác, mô buồng trứng có thể lưu trữ bằng phương pháp thủy tinh hóa. Dù phương pháp này có thể cải thiện tỷ lệ sống của nang noãn bằng cách giảm thiểu hình thành tinh thể đá, nhưng những độc tính khác (hóa chất và độ thâm thấu) có khả năng gây tổn thương mô. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trữ lạnh bằng thủy tinh hóa gây tỷ lệ tổn thương DNA, hiện tượng chết tế bào theo chương trình, sự cô đặc nhiễm sắc chất cao hơn.

Hiện tại, vẫn còn những mối lo ngại về việc sử dụng một cách tối ưu mô buồng trứng được lưu trữ khi cần đến. Về mặt lý thuyết, có thể xem xét ba chiến lược bảo tồn chức năng sinh sản khi sử dụng mô buồng trứng: ghép tự thân, ghép dị loài và trưởng thành trứng trong ống nghiệm. Ghép tự thân cùng vị trí hoặc khác vị trí dường như là một phương pháp thực hành và có thể ứng dụng lâm sàng mà không có quá nhiều vấn đề về đạo đức và kỹ thuật liên quan. Cho đến bây giờ, có khoảng 30 em bé đã ra đời trên thế giới sau khi cấy ghép cùng vị trí đối với mô buồng trứng trữ-rã. Một cách không may mắn rằng chưa có báo cáo nào về trẻ sinh sống từ việc cấy ghép khác vị trí đối với mô buồng trứng ở người. Tuy nhiên, bảo tồn chức năng của buồng trứng đã được chứng minh ở hầu hết các trường hợp ghép khác vị trí mô buồng trứng trữ-rã (thậm chí duy trì được hơn 7 năm)

OVARIAN CRYOBANKING: FROM SCIENCES TO CLINICAL PRACTICE

S. Samuel Kim

Where the risk of ovarian failure is high with chemotherapy and radiotherapy, it is wise to attempt to safeguard the fertility before treatment. Recently, ovarian tissue cryobanking followed by transplantation has proved to be one of the promising fertility preservation strategies. Ovarian tissue banking will be most useful for pre-pubertal girls and young women who need to undergo hematopoietic cell transplantation, as preparatory regimens using a high dose of alkylating agents and/or irradiation are highly gonadotoxic and result in premature ovarian failure.

After numerous attempts by many investigators since the 1950s, storing ovarian tissue permanently in liquid nitrogen has become a practical technique. Currently, slow freezing /rapid thawing is the standard method for human ovarian tissue cryopreservation. However, it is still necessary to optimize slow freezing methods. Alternatively, ovarian tissue can be cryopreserved by vitrification. Although vitrification of ovarian tissue could improve follicular survival by minimizing ice crystal formation, other toxicities (such as chemical and osmotic) can cause damage to tissue. Our current study showed the evidence of higher DNA damage, apoptosis, and chromatin condensation with vitrification.

At present, there are uncertainties about the optimal use of stored ovarian tissue when it is required. Theoretically, three strategies can be considered for restoring fertility using frozen-thawed ovarian tissue: autotransplantation, xenotransplantation and *in vitro* growth and maturation. Autotransplantation either to the orthotopic or heterotopic site appears to be a practical method and can be applied clinically without too many ethical and technical problems. To date, approximately 30 babies have been born worldwide after transplantation of frozen-thawed ovarian tissue orthotopically. Unfortunately, there is no report of a live birth with heterotopic transplantation of human ovarian tissue. Nevertheless, restoration of ovarian function has been established in most cases of heterotopic transplantation of frozen-thawed human ovarian tissue (even lasting for more than 7 years).

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ CÓ THAI KHI SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ GnRH ANTAGONIST TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thúy Nga, Lê Hoàng

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm có sử dụng phác đồ GnRH antagonist. Thiết kế của nghiên cứu là thử nghiệm lâm sàng tiền cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 105 bệnh nhân vô sinh sử dụng phác đồ GnRH antagonist trong năm 2012 tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Kết quả: nồng độ progesterone ngày tiêm hCG và tổng điểm chuyển phôi có ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ có thai (OR: 0,15; 95%CI: 0,1-0,4 and OR:2,5; 95%CI: 1,3-4,6). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có thai giữa nhóm có nồng độ progesterone ngày hCG thấp hơn và cao hơn 1,2 ng/ml ($p < 0,001$) cũng như giữa các nhóm có tổng điểm chuyển phôi khác nhau ($p < 0,05$).

Kết luận: các yếu tố có ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ có thai trong nghiên cứu là nồng độ progesterone ngày tiêm hCG và tổng điểm chuyển phôi.

Từ khóa: GnRH antagonist, thụ tinh trong ống nghiệm

FACTORS RELATED TO PREGNANCY OUTCOMES AMONG WOMEN UNDERGOING IVF USING GnRH ANTAGONIST AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY

Phạm Thúy Nga, Lê Hoàng

Objective: To observe factors which influence on pregnancy rate using GnRHant in women undergoing IVF.

Study design: prospective clinical trial study.

Setting: Assisted reproductive central, National hospital of Obstetrics and Gynaecology. Patients: 105 infertile patients undergoing the GnRH antagonist protocol in the year 2012.

Main Outcome: pregnancy rate.

Results: serum progesterone level on the day of hCG administration and total embryo transfer point influence on pregnancy rate (OR:0.15; 95%CI:0.1-0.4 and OR:2.5; 95%CI: 1.3-4.6). There was statistically significant difference in pregnancy rate between the groups having serum progesterone level on the day of hCG administration lower and higher than 1,2 ng/ml ($p < 0.001$) and between the variant total embryo transfer point groups ($p < 0.05$).

Conclusions: serum progesterone level on the day of hCG administration and total embryo transfer point influence on pregnancy rate in this study.

Key words: GnRH antagonist, invitro fertilization.

NUÔI CÂY PHÔI NANG TRONG THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM: Y HỌC THỰC CHỨNG

Hồ Mạnh Tường CGRH & IVFAS

Y văn thế giới và thực hành lâm sàng hiện nay có khuynh hướng ủng hộ nuôi cấy phôi nang do các lý do chính:

1. Có thể chọn lựa được phôi tốt, loại bớt các phôi chất lượng kém
2. Phôi được đưa vào buồng tử cung ở thời điểm phù hợp sinh lý hơn

Với các giả thuyết trên, các tác giả ủng hộ nuôi cấy phôi nang cho rằng nuôi cấy phôi nang sẽ giúp tăng tỉ lệ có thai và giảm tỉ lệ đa thai. Trên quan điểm y học thực chứng, nhiều nghiên cứu so sánh và nghiên cứu phân tích gộp được thực hiện để so sánh hiệu quả của chuyển phôi ngày 2/3 với chuyển phôi nang.

Báo cáo này tiến hành ghi nhận tổng hợp các thông tin gần đây về kết quả chuyển phôi nang, trong đó có báo cáo phân tích gộp trên thư viện Cochrane công bố vào năm 2012 về vấn đề này.

Một số vấn đề đặt ra

1. Cơ sở lý luận về sinh lý về nuôi cấy phôi nang có hoàn toàn đúng không?
2. Bằng chứng y học về vấn đề nuôi cấy phôi nang hiện nay như thế nào?
3. Ảnh hưởng của nuôi cấy phôi nang lên chất lượng, sự phát triển của thai và em bé sau này?
4. Các vấn đề phát sinh triển khai nuôi cấy phôi nang

Cơ sở lý luận của nuôi cấy phôi nang có hoàn toàn chính xác ?

- Môi trường của buồng tử cung và nội mạc tử cung có thể không phù hợp với phôi giai đoạn phân chia, nếu so với môi trường vòi trứng. Tuy nhiên, không có gì đảm bảo môi trường nhân tạo trong đĩa cấy sẽ tốt hơn so với trường buồng tử cung. Nói cách khác, có chắc chắn là phôi sẽ phát triển tốt hơn trong môi trường nhân tạo trong lab IVF hơn so với trong môi trường tự nhiên của buồng tử cung. Cho dù chuyển phôi ngày 2/3 hay phôi nang, thì phôi cũng sẽ ở trong buồng tử cung vào giai đoạn phôi nang.
- Cơ sở lý luận của nuôi cấy phôi nang, dựa trên sinh lý của một chu kỳ bình thường. Trong chu kỳ IVF, toàn bộ môi trường sinh lý của cơ thể đều bị sai lệch do quá trình kích thích buồng trứng làm tăng quá mức các nồng độ nội tiết tố trong máu, đặc biệt là nội tiết tố steroid. Trong đó, nội mạc tử cung có khuynh hướng phát triển nhanh hơn. Do đó, chưa chắc là môi trường buồng tử cung vào ngày 2/3 trong chu kỳ IVF thật sự bất lợi cho sự phát triển của phôi.
- Phôi người từ ngày 3 trở đi có nhu cầu về chuyển hóa nhiều hơn và có sự hoạt hóa của bộ gen. Do đó, việc nuôi cấy phôi kéo dài phức tạp hơn và có thể ảnh hưởng nhiều đến sự phát triển của phôi sau này.
- Trung bình, hơn 50% số phôi IVF không phát triển được đến blastocyst. Số liệu về phân tích nhiễm sắc thể các phôi phát triển được đến phôi nang gần đây cho thấy khoảng 50% phôi nang có bất thường về số lượng nhiễm sắc thể.

Bằng chứng y học về hiệu quả của nuôi cấy phôi nang

Các phân tích gộp và tổng quan hệ thống trên thư viện Cochrane được xem là những bằng chứng y học đáng tin cậy nhất hiện nay để quyết định các phác đồ điều trị trong y khoa. Báo cáo phân tích gộp và tổng quan hệ thống công bố gần đây của Glujovsky và cộng sự trên thư viện Cochrane năm 2012 đã cung cấp các chứng cứ mới nhất về hiệu quả của phác đồ nuôi cấy phôi kéo dài. Báo cáo này tổng hợp số liệu của 23 nghiên cứu với hơn 3.000 bệnh nhân để đánh giá hiệu quả của nuôi cấy phôi nang so với phôi ngày 2 hoặc ngày 3. Đây là báo cáo tổng quan hệ thống lớn nhất từ trước đến nay về vấn đề này.

Kết luận của các tác giả cho thấy tỉ lệ có thai lâm sàng giữa một lần chuyển phôi sớm và chuyển phôi nang là tương đương. Chuyển phôi nang có thể giúp tỉ lệ có thai sinh sống tăng nhẹ. Tuy nhiên, chuyển phôi nang đi kèm với nhiều bất lợi hơn, bao gồm:

- Nhiều nguy cơ không có phôi để chuyển hơn do các phôi bị ngưng nửa chừng. Nguy cơ này tăng khoảng 3 lần nguy cơ so với chuyển phôi sớm.
- Chỉ còn 1/3 cơ hội còn phôi dư để trữ lạnh so với chuyển phôi sớm.
- Tỉ lệ có thai cộng dồn, tính chung cả chuyển phôi tươi và chuyển phôi đông lạnh chỉ bằng khoảng 2/3 so với chuyển phôi sớm.

Dữ liệu này cho thấy, nói chung, nuôi cấy phôi nang làm giảm cơ hội có thai của bệnh nhân.

Ảnh hưởng của nuôi cấy phôi nang lên sự phát triển của thai và em bé sau này

Gần đây có nhiều nghiên cứu lớn từ các nước khác nhau cho thấy có thể có nhiều nguy cơ ở thai kỳ và ở trẻ sinh ra từ phôi nang hơn trẻ sinh ra từ phôi phân chia (ngày 2-3).

- (1) Kallen et al. (2010) so sánh 1.311 trẻ sinh ra từ phôi nang và 12.562 trẻ sinh ra từ phôi phân chia ở Thụy điển. Kết quả phân tích có hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu cho thấy trẻ sinh ra từ phôi nang có tăng nguy cơ sinh non tháng, sinh nhẹ cân và tăng nhẹ nguy cơ dị tật bẩm sinh.
- (2) Kalra et al. (2012) so sánh 22.751 trẻ sinh ra từ phôi nang và 46.288 trẻ sinh ra từ phôi phân chia ở Mỹ. Kết quả phân tích có hiệu chỉnh cho thấy trẻ sinh ra từ phôi nang có tăng nguy cơ sinh non và nguy cơ nhẹ cân.
- (3) Dar et al. (2013) so sánh 3.206 trẻ sinh ra từ phôi nang và 9506 trẻ sinh ra từ phôi ngày 3 ở Canada. Kết quả phân tích cho thấy trẻ sinh ra từ phôi nang có nguy cơ sinh non tháng cao hơn.

Sự biểu hiện và hoạt hóa của bộ gen (epigenetics) của phôi được quyết định và diễn ra ở phôi người ngày thứ 3 trở đi. Tác động bất lợi của môi trường nhân tạo có thể ảnh hưởng lên các quá trình quan trọng này và gây bất thường ở biểu hiện gen của phôi thai và ảnh hưởng lên sự phát triển của thai và trẻ sinh ra.

- Nuôi cấy phôi nang có thể làm tăng tỉ lệ song thai cùng trứng
- Ảnh hưởng lâu dài của nuôi cấy phôi nang lên sự phát triển của trẻ, nếu có, chỉ có thể phát hiện trong tương lai, khi có nhiều trẻ sinh ra từ phôi nang trưởng thành.

Các bất lợi khi nuôi cấy phôi nang ở Việt nam là gì?

- Đa số các trung tâm chưa có hệ thống nuôi cấy phôi mạnh và ổn định do thiếu nhân sự có kinh nghiệm, thiết bị hoạt động không ổn định. Một số trung tâm, phác đồ lâm sàng chưa ổn định. Điều này thể hiện ở tỉ lệ có thai và tỉ lệ làm tổ thấp
- Không kiểm soát được rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của phôi: kiểm soát chính xác các thông số của tủ cấy, chất lượng không khí, chất lượng khí chuyên dụng (CO₂, N₂), chất lượng dụng cụ tiêu hao, sự ổn định của môi trường nuôi cấy, trình độ chuyên viên... Trong điều kiện như thế, việc nuôi cấy phôi dài ngày sẽ có nhiều nguy cơ cho sự phát triển, khả năng sống và các rối loạn epigenetics ở phôi.
- Tăng chi phí đầu tư: đào tạo nhân sự, tủ cấy, dụng cụ tiêu hao, hóa chất môi trường... Hiện nay, chi phí của IVF ở Việt nam đã khá cao, tăng chi phí làm tăng gánh nặng điều trị. Trong khi đó, hiệu quả nuôi cấy phôi nang chưa thể chứng minh rõ ràng, thậm chí có thể làm giảm cơ hội có thai của bệnh nhân.
- Điều chỉnh qui trình chuyển phôi: bệnh nhân có thể đến nhiều lần hơn, bị động hơn, tư vấn nhiều hơn. Điều này tạo nguy cơ sai sót, lầm lẫn giữa nhân viên và bệnh nhân

- Đa thai sau IVF hiện nay chưa là vấn đề lớn ở Việt nam. Do đó, hiệu quả giảm đa thai do chuyển phôi nang là không nhiều
 - o Giảm thai được chấp nhận về phía chuyên môn và cộng đồng. Kỹ thuật được hiện hiệu quả và an toàn ở hầu hết các trung tâm
 - o Hầu hết bệnh nhân muốn song thai. Chi phí chăm sóc thai kỳ và sơ sinh của song thai không cao

Kết luận

- Nuôi cấy phôi nang làm giảm cơ hội có thai của bệnh nhân tính trên số chu kỳ điều trị kích thích buồng trứng.
- Các số liệu gần đây cho thấy nuôi cấy phôi dài ngày có thể tăng nguy cơ cho thai kỳ và cho trẻ sinh ra sau TTON.
- Việc nuôi cấy phôi kéo dài có thể làm tăng chi phí và giảm hiệu quả điều trị.
- Cần cải thiện các qui trình lâm sàng và lab thật tốt để có tỉ lệ có thai và tỉ lệ làm tổ với phôi phân chia cao và ổn định. Sau đó, có thể bắt đầu triển khai nuôi cấy phôi nang ở một số chỉ định đặc biệt.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NUÔI CẤY PHÔI VÀ CHUYỂN PHÔI NGÀY 5

Vũ Đình Tuấn, Hoàng Thị Bích Tuyền, Lý Thái Lộc.

Đặt vấn đề: Nuôi cấy phôi và chuyển phôi ngày 5 (blastocyst) là xu hướng phát triển chung của các trung tâm hỗ trợ sinh sản trên thế giới vì nó phù hợp sinh lý tự nhiên và giúp lựa chọn theo tự nhiên những phôi có chất lượng tốt để tăng tỷ lệ làm tổ.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả việc thực hiện nuôi cấy phôi và chuyển phôi ngày 5 (tươi và đông) tại trung tâm IVF – BV Hùng Vương.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: Có 89 cas thỏa điều kiện thực hiện nuôi cấy phôi đến ngày 5. Tỷ lệ phôi phát triển khi nuôi cấy đến ngày 6 (phôi hữu dụng) có sự khác biệt so với ngày 5 (58,5% vs. 69,0%, $p = 0,0039$). Có 30 cas đủ điều kiện chuyển phôi tươi, và có 27 cas chuyển phôi đông. Tỷ lệ có thai lần lượt là 43,3% vs. 51,9%; và tỷ lệ làm tổ theo thứ tự là 33,3% vs 37,0%,

Kết luận: Việc thực hiện nuôi cấy phôi đến giai đoạn phôi nang và chuyển phôi ngày 5 đã giúp cho những cặp vợ chồng thực hiện ICSI đạt kết quả khả quan với chất lượng phôi tốt và giảm thiểu tỷ lệ đa thai (đặc biệt tam thai) vì chỉ chuyển tối đa 2 phôi. Đặc biệt, việc nuôi cấy phôi tiếp tục đến ngày 6 nên được khuyến khích và việc chuyển phôi đông ngày 5 là một xu hướng mà hiện nay nhiều trung tâm IVF trên thế giới đang thực hiện và trung tâm IVF Hùng Vương đang ngày càng khẳng định đi đúng hướng.

Từ khóa: phôi nang, ngày 5, ngày 6, chuyển phôi tươi, chuyển phôi đông, tỷ lệ có thai, tỷ lệ làm tổ.

RESULTS OF EMBRYO CULTURE AND TRANSFER ON DAY 5

Vũ Đình Tuấn, Hoàng Thị Bích Tuyền, Lý Thái Lộc.

Background: embryo culture and transfer on day 5 (blastocyst) is the general trend of assisted reproduction centers in the world because it coincides to the natural physiological as well as help the natural selection of good embryos to increase the implantation rate.

Objectives : Evaluation of the implementation of embryo culture and embryo transfer on day 5 (fresh and frozen) at IVF center - Hung Vuong Hospital.

Methods: cross-sectional descriptive.

Results: There are 89 cas eligible for perform embryo culture to day 5. The rate of embryo development to blastocyst (useful embryos) when cultured continue to day 6 is different compared to day 5 (69.0% vs. 58.5%, respectively, $p = 0.0039$). There are 30 cas eligible for fresh embryo transfer there are 27 cas for frozen transfer. The pregnancy rate was 43.3% vs. 51.9%, respectively and implantation rates in the order 33.3% vs 37.0%.

Conclusions: The implementation of embryo culture to the blastocyst stage and embryo transfer day 5 has helped couples perform ICSI achieved positive results with good quality embryos and reduce the rate of multiple pregnancies (especially triple pregnant) because only a maximum of two embryos transferred. In particular, embryo culture to day 6 should be encouraged and the transfer of embryos frozen day 5 is a current trend that many IVF centers around the world are doing and Hung Vuong IVF center is increasingly confirmed the right direction.

Key words: blastocyst, day 5, day 6, fresh embryo transfer, frozen embryo transfer, pregnant rate, implantation rate.

TẠO HÌNH THẨM MỸ

CHỌN LỰA TÚI NGỰC TRONG PHẪU THUẬT NÂNG NGỰC BẰNG TÚI

Lê Hành

Con số các phẫu thuật nâng ngực thẩm mỹ ngày càng tăng ở Việt Nam do nhu cầu rất lớn của bệnh nhân bởi tổ chất di truyền của họ là có khuôn ngực nhỏ kém phát triển hay vú thoái triển do có nhiều con và cho con bú.

Con số phụ nữ được đặt túi nâng ngực không được biết rõ nhưng phỏng đoán khoảng chừng 10 ngàn trường hợp mỗi năm dựa trên số túi ngực bán ra của các công ty phân phối túi ngực.

Trong 60 năm trở lại đây, công nghệ chế tạo túi ngực và kỹ thuật mổ cũng như cách chăm sóc sau mổ đã được chuẩn hóa. Trong thị trường Việt Nam, hầu hết các công ty sản xuất túi ngực trên thế giới đều hiện diện và cung cấp mặt hàng này rất đa dạng về kích cỡ và hình dáng.

Phẫu thuật thẩm mỹ ngực là một trong những phẫu thuật khó nhất vì sự phức tạp của bản thân phẫu thuật và vì sự đòi hỏi rất cao về sự hoàn thiện của khuôn ngực mới.

Bác sĩ phẫu thuật cần tạo được một khuôn ngực đẹp nhất về kích thước, tỉ lệ, vị trí, ít thấy sẹo và duy trì được kết quả tốt trong thời gian dài, ít biến chứng.

Không thể có một phẫu thuật chung nhất nào giành cho mọi bệnh nhân vốn rất khác nhau về chiều cao, cân nặng, cấu trúc của khung ngực và nhất là tình trạng của ngực hiện tại.

Mục đích của bài này là: (1) trình bày những đặc tính của các loại túi ngực khác nhau có trên thị trường, (2) đề nghị một cách thức đo đạc trên bệnh nhân để bác sĩ dựa vào đó mà chọn lựa túi ngực thích hợp cho từng trường hợp nhằm đạt được kết quả vừa an toàn vừa thẩm mỹ.

IMPLANT CHOICE IN IMPLANT BREAST AUGMENTATION

Lê Hành

The number of Implant Breast Augmentation is increasing in Vietnam from the enormous demand of the people due to their inappropriate congenital or acquired breast shapes.

The number of women in Vietnam who have breast implants is unknown yet, but current estimates derived from surveys on implant selling rates range up to more than 10.000 pairs a year.

Since 60 years, the technology of implant production and surgical technique and related cares have been standardized. In Vietnam free market, most brands of implants are available supplying by different companies. This is a reliable way to improve the aesthetic shape and size of the breast.

Breast surgery is one of the most difficult fields of aesthetic surgery because of the complexity of surgical procedures and the demand of the aesthetically perfect breast.

Plastic surgeons involved in breast aesthetic surgery have very demanding expectations to create the best breast in terms of size, proportion, and position, with minimal scars, long-term shape maintenance, and few complications.

Breast augmentation surgery is an art, an harmonic integration between aesthetic sense and surgical technique.

It is impossible to impose a single standard of breast beauty to women who are so entirely different in height, weight, and constitutional type.

Therefore, it's important to discover the parameters that are aesthetically right for each particular woman, starting from her main sizes: height, weight, spine, the thoracic cage, the existent breast...

The goal of this article is: (1) presenting the inherited characteristics of different implants and (2) proposing the measurement on the patients that the doctor have to base on to select a best implant individually.

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ CẮT DA, MỠ THỪA VÙNG BỤNG TRÊN NGƯỜI BÉO PHÌ

Nguyễn Anh Tuấn và CS

Béo phì là tình trạng bệnh lý của cơ thể với sự tích tụ mỡ quá mức trên cơ thể. Sự tích tụ mỡ quá mức gây ảnh hưởng xấu lên sức khỏe, đời sống sinh hoạt, vẻ thẩm mỹ của người bệnh. Người béo phì thường có nhiều bệnh nội khoa kèm theo: tiểu đường, tim mạch, thoái hóa khớp..., đặc biệt có nhiều nguy cơ tăng tai biến, biến chứng trong phẫu thuật. Lấy bỏ da và mỡ thừa vùng bụng trên bệnh nhân béo phì sẽ giúp cải thiện không chỉ vẻ thẩm mỹ mà còn giúp bệnh nhân có đời sống sinh hoạt và tinh thần tốt hơn.

Tác giả báo cáo một số trường hợp lấy bỏ da, mỡ thừa vùng bụng trên bệnh nhân béo phì tại BV Đại học Y Dược TP HCM từ 2011 đến 2012 với thời gian theo dõi tối thiểu 4 tuần, qua đó rút ra một số nhận xét về lâm sàng trên các trường hợp này.

SOME COMMENTS ON ABDOMINOPLASTY FOR THE OBESE

Nguyễn Anh Tuấn và CS

Obesity is a medical condition in which excess body fat has accumulated on body. This accumulated fat creates bad effect on health, life and cosmetic features of patients. Obese people normally have many diseases: diabetes, heart disease, arthrosis...especially, increase risk in surgery. Abdominoplasty (tummy tuck) for obese help improving not only cosmetic features but also their life and mind.

Author reports case series of abdominoplasty for obese at Ho Chi Minh City University Medical Center from 2011 to Mar 2012 with follow up time is 4 weeks in minimum, whereby draws some comments about these clinical cases.

NHÂN MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP THU NHỎ NGỰC THEO ĐƯỜNG MỔ T ĐẢO NGƯỢC

Nguyễn Anh Tuấn và CS.

Ngực phì đại, thường kèm theo sa trễ gây ảnh hưởng xấu đến đời sống tinh thần, sinh hoạt và vẻ thẩm mỹ của người phụ nữ. Thu nhỏ ngực phì đại thực sự cần thiết giúp người phụ nữ nâng cao chất lượng cuộc sống và làm tăng vẻ đẹp hình thể.

Có nhiều phương pháp thu nhỏ ngực phì đại chủ yếu được chia thành 3 nhóm chính: đường mổ quanh quầng vú, đường mổ quanh quầng vú kèm đường dọc đến nếp dưới vú, đường mổ quanh quầng vú kèm đường dọc và đường ngang trên hoặc trùng nếp dưới vú (T đảo ngược). Mỗi nhóm đường mổ có những ưu nhược điểm khác nhau. Việc lựa chọn loại đường mổ nào tùy thuộc nhiều yếu tố: tình trạng mô ngực, độ sa trễ, ý muốn của người muốn thu nhỏ...

Tác giả trình bày các ca thu nhỏ ngực bằng phương pháp T đảo ngược, tại BV ĐHYD TP. HCM trong thời gian từ tháng 6/2012 đến tháng 3/2013 với thời gian theo dõi tối thiểu 4 tuần, qua đó rút ra một số nhận xét về phương pháp phẫu thuật này.

ON THE OCCASION OF BREAST REDUCTION WITH INVERTED-T TECHNIQUE

Nguyễn Anh Tuấn và CS

Mastomegaly normally follow with ptosis of the breast create bad affect to emotional life, activities and cosmetic features of woman body. Breast reduction actually need to help women raising the living standards and body contour.

There are many procedures to do breast reduction which can general classify into 3 groups: circumareolar, Circumareolar plus descending from the areola vertically to the level of the IMF, Circumareolar plus descending vertically to the IMF plus a horizontal part (inverted-T). Each of those has different advantages and disadvantages. Choice which of those depends on many factors: local tissue, degree of ptosis, patient's desire...

Author presents case series of breast reduction by inverted-T procedure, at Ho Chi Minh City University Medical Center from Jun 2012 to Mar 2013 with follow up time is 4 weeks in minimum, whereby draws some comments about the procedure.

THẨM MỸ CẪM BẰNG PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH

Lê Tấn Hùng

Tạo hình thẩm mỹ cằm là loại hình phẫu thuật thẩm mỹ rất phổ biến (đứng thứ hai sau phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ mũi). Tuy nhiên việc độn cằm bằng chất làm đầy hoặc vật liệu nhân tạo chỉ giải quyết được tình trạng cằm lẹm, không điều trị được các biến dạng hay lệch lạc khác của cằm.

Thẩm mỹ cằm bằng phẫu thuật chỉnh hình ra đời vào thập niên 70 của thế kỷ trước và ngày nay đang được sử dụng rất nhiều trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ tại các quốc gia Đông Á như Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc, Đài Loan. Kỹ thuật này bao gồm việc cắt rời cằm bằng cưa dao động tịnh tiến sau đó di chuyển chúng đến vị trí mong muốn và cố định bằng nẹp vít hoặc chỉ thép (Có thể “gọt” bớt cằm nếu cần thiết). Loại hình điều trị này giải quyết được hầu hết tất cả các biến dạng của cằm. Tuy nhiên do nhiều nguyên nhân vẫn chưa được phổ biến ở Việt Nam.

Trong hơn 5 năm qua, Bệnh Viện Răng Hàm Mặt TPHCM đã thực hiện trên 300 trường hợp thẩm mỹ cằm bằng phẫu thuật chỉnh hình với kết quả rất đáng khích lệ. Chúng tôi nhận thấy rằng đây là kỹ thuật khá đơn giản, dễ thực hiện nhưng đem lại hiệu quả thẩm mỹ rất cao.

GENIOPLASTY WITH ORTHOPEDIC SURGERY

Lê Tấn Hùng

Genioplasty is a type of famous aesthetic surgery (is second after rhinoplasty). However, chin implant by filler or artificial materials only solve retreating chin cases, not treating the deformed or other deviations of the chin.

Genioplasty with orthopedic surgery was born in the 70s of the last century and it has being used a lot in aesthetic plastic surgery in East Asian countries such as Japan, South Korea, China, Taiwan. This technique involves chin cutting by reciprocating saw, then move them to the desired position and fixed with screws or wire (it is possible to trim off the chin if necessary). This type of treatment can solve almost all the deformation of the chin. However, it has not been popular in Viet Nam because of many reasons.

Over the past five years, Odonto Maxillo Facial Hospital of Ho Chi Minh City has performed over 300 genioplasty cases by orthopedic surgery with very encouraging results. We found that this technique is quite simple, easy to implement but bring in highly aesthetic effect.

LÃO HÓA DA VÀ ĐIỀU TRỊ

Văn Thế Trung

Tương tự như các cơ quan khác trong cơ thể, da cũng không thể tránh khỏi lão hóa do yếu tố tự nhiên (yếu tố bên trong). Ngoài ra, da còn chịu trực tiếp bởi ánh sáng mặt trời (yếu tố bên ngoài). Tác động của tia cực tím làm thay đổi quá trình lão hóa bình thường. Mặc dù có sự khác biệt về hình thái học và sinh bệnh học, nhưng lão hóa bên trong và bên ngoài có chung một số đặc điểm về sinh học phân tử. Sự hình thành các gốc oxy hóa và các men phân hủy protein đóng vai trò trung tâm của lão hóa da. Giảm thiểu collagen là một đặc tính quan trọng trong mô bệnh học của da lão hóa. Bề mặt da khô, xuất hiện nhiều nếp nhăn da cũng như thay đổi sắc tố có liên quan trực tiếp đến lão hóa da do ánh sáng, và chúng cũng là đặc điểm chủ yếu của lão hóa da. Ngoài ra, tiếp xúc tia cực tím mặt trời lâu ngày có thể gây ra ung thư da. Telomeres, một cấu trúc đặc biệt trên nhiễm sắc thể, được tin là căn nguyên của lão hóa mức tế bào cũng như thúc đẩy phát triển ung thư. Chiến lược điều trị lão hóa da là tránh tiếp xúc ánh nắng mặt trời, giữ ẩm da, kích thích chu trình phân chia tế bào, trung hòa các gốc tự do, ức chế tổng hợp proteinase, và thúc đẩy quá trình tổng hợp collagen.

SƠ SINH

PHÁT HIỆN SỚM TÀN TẬT Ở TRẺ NON THÁNG, DỄ BỊ TỔN THƯƠNG KINH NGHIỆM THỰC TIỄN TẠI LORIENT TRONG 5 NĂM: 2008-2012

Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan

Nền tảng lý thuyết

1.1. Tính non tháng và tính dễ bị tổn thương

- . Dịch tễ học của sanh non
- . Các tàn tật ở trẻ em
- . Điều kiện sanh và « tính dễ bị tổn thương »
- . Non tháng và nguy cơ bị tàn tật

2.2. Tính mềm dẻo của não và can thiệp sớm ở trẻ dễ bị tổn thương

- . Sự trưởng thành não bộ : một tiến trình kéo dài từ ngay sau sanh
- . Sự trưởng thành não bộ : một tiến trình phụ thuộc vào môi trường

Dr Gildas Tréguier, pédiatre, CHBS-Lorient
Dominique Lamiot, psychomotricienne, ville de Lorient
Pr Ngo Minh Xuan, association de médecine périnatale (HCM-ville)

Tóm tắt

- . Các trẻ sanh non tháng chiếm khoảng 6,5% các ca sanh
- . Các trẻ bị tàn tật chiếm từ 1 đến 3% các trẻ.
- . Các trẻ « Nguy cơ tàn tật » chiếm khoảng 2 đến 5% tổng số các trẻ
- . Các trẻ bị tàn tật nghiêm trọng chiếm 0,7 à 2 / 1000 trẻ em

Dịch tễ học các trẻ sanh rất non được biết đến ở Pháp qua nghiên cứu Epipage : theo dõi tổng hợp trong 5 năm các trẻ sanh rất non từ năm 1997. Năm 2011, một nghiên cứu quốc gia « Epipage 2 » đã bắt đầu.

Năm 2004, l'INSERM (France) đã phối hợp giám định tổng hợp « Suy giảm chức năng và tàn tật có nguồn gốc chu sinh » từ một nguồn tài liệu gồm 700 bài báo và tài liệu : tất cả các trẻ được sanh ra trong các điều kiện khó khăn, đặc biệt là các trẻ sanh rất non trước 32 tuần thai, có nguy cơ tàn tật và cần phải có sự theo dõi y khoa sớm, kéo dài, phù hợp và đa chuyên ngành.

Cũng như tỉ lệ tử vong trẻ em (chết trước 1 năm tuổi), lượng giá tàn tật được xem như là một chỉ số đánh giá về mức độ sức khỏe trẻ em trong xã hội. Nó phản ánh một phần chất lượng tổ chức các chăm sóc chu sinh.

Tổ chức theo dõi các trẻ được gọi là « dễ bị tổn thương », có nghĩa là có nguy cơ bị tàn tật, đáp ứng các đòi hỏi về sức khỏe cộng đồng chính thức tại Pháp thông qua bộ luật định hướng ngày 30 tháng 6 năm 1975 sau đó là bộ luật kí ngày 11 tháng 2 năm 2005 về vấn đề chăm sóc người tàn tật.

Sự cải thiện ngoạn mục về các kỹ thuật trong y khoa chu sinh và các chiến lược chăm sóc phát triển (NIDCAP) làm giảm tỉ lệ sinh non từ 20 năm nay. Nhưng, trong khi mà các di chứng vận động xuất hiện ít hơn và ít nghiêm trọng hơn thì tần suất các bất thường về phát triển phát hiện trẻ dường như không giảm đi (rối loạn nhận thức, rối loạn hành vi...).

Những tiến bộ về khoa học thần kinh liên quan đến tính mềm dẻo của não và dịch tể di truyền mang lại các luận chứng chứng minh tính đúng đắn của chiến lược can thiệp sớm trong việc theo dõi và chăm sóc các trẻ sơ sinh « dễ bị tổn thương », đặc biệt là các trẻ sanh rất non.

1. Non tháng và Dễ bị tổn thương

1.1. Dịch tể học của sanh non tháng

Sanh non tháng được định nghĩa là sanh trước 37 tuần thai.

Giai đoạn chu sinh là khoảng thời gian ở giữa 22 tuần thai (trước sanh) và 28 ngày sau sanh.

Tỉ lệ sanh non tháng ở Pháp ổn định ở mức 6,3 %

Sanh rất non (sanh trước 32 tuần thai + 6 ngày):

- . Chiếm 1,5 % tổng số các ca sanh
- . Chiếm 20 % tổng số các ca sanh non.

Sanh cực non được định nghĩa là sanh trước 28 tuần thai.

Tỉ lệ sống còn của các ca sanh non tháng được cải thiện qua từng năm :

- . Tỉ lệ tử vong chu sinh: 6 / 1000 ca sanh
- . Tỉ lệ tử vong sơ sinh : 3 / 1000 ca sanh

Vào năm 2013, Tỉ lệ sống còn của các trẻ sanh non tháng như sau :

- . Trên 50% đối với các ca sanh vào 25-26 tuần thai
- . Trên 60% đối với các ca sanh vào 27-28 tuần thai
- . Trên 90 % đối với các ca sanh từ 29 tuần thai.

Nguy cơ tử vong càng cao khi sanh càng non.

Đa thai và nguy cơ sanh non

. Tình trạng đa thai ngày càng nhiều hơn do kỹ thuật hỗ trợ sinh sản bằng thuốc (PMA). Các trường hợp đa thai thường bị sanh rất non nên đa thai là một yếu tố nguy cơ đối với tổn thương não.

- . Nguy cơ sanh non tháng cao hơn 10 lần :
- . Trong trường hợp sanh đơn thai thì sanh non tháng chiếm tỉ lệ 5,3 % các ca sanh
- . Trong trường hợp sanh đa thai thì sanh non tháng chiếm tỉ lệ 48 % các ca sanh

10 % các cặp sanh đôi sanh trước 32 tuần thai (tỉ lệ là 1 % nếu chỉ sanh đơn thai)

1.2. Các tàn tật ở trẻ

Định nghĩa của tàn tật

Bộ luật ngày 11 tháng 2 năm 2005 về người tàn tật (Pháp) :

« Một tàn tật được định nghĩa bởi tất cả các giới hạn về hoạt động hay bị hạn chế về sự tham gia vào đời sống xã hội trong môi trường sống của họ do bị suy giảm tạm thời, kéo dài hay vĩnh viễn của một hay nhiều chức năng thể chất, giác quan, tâm thần, nhận thức hay thần kinh ; hay của một đa tàn tật hay của một rối loạn tàn phế sức khoẻ ».

Các tổ chức, cá nhân, xã hội: Phân loại Quốc tế các Tàn tật (Tổ chức y tế thế giới, 1980)

Tổn thương một **cơ quan**:

Suy giảm (tổn thương về mặt giải phẫu học, về cơ quan của cơ thể, về sinh lý hay về tâm lý) của một cơ quan được định nghĩa là **suy yếu**. Sự suy giảm này có thể là tạm thời hay cũng có thể vĩnh viễn.

Suy giảm **chức năng**:

Cá thể có mang một cơ quan bị suy yếu có biểu hiện bởi sự giới hạn về khả năng của chúng (hành vi, các hoạt động, sự giao tiếp...) : đó là **mất khả năng**.

Tác động trên một **tình huống**:

Một cá thể bị giới hạn khả năng của mình trong cuộc sống hằng ngày (cuộc sống cá nhân và gia đình, trường học, công việc) : đó là sự tàn tật.

Phân loại tàn tật

Có 4 nhóm chính được biết đến (không đoán trước bệnh nguyên) :

- . Suy giảm về vận động
- . Suy giảm về giác quan (thị giác, thính giác)
- . Suy giảm về tâm thần
- . Suy giảm về trí tuệ

Nhưng vài loại tàn tật lại khó xếp loại : chứng mất thực dụng, các rối loạn về ngôn ngữ nghiêm trọng...

1.3. Các điều kiện sanh và « tính dễ bị tổn thương »:

Xác định sớm trẻ có nguy cơ từ ngay bệnh sử chu sinh

« **Suy giảm chức năng và tàn tật có nguồn gốc chu sinh** » : **giám định của INSERM(2004)**

Sự giám định của l'INSERM (2004, France) « Suy giảm chức năng và tàn tật có nguồn gốc chu sinh » xác định hai nhóm trẻ « dễ bị tổn thương » từ bệnh sử chu sinh của chúng, tùy theo mức độ nguy cơ có bất thường phát triển thần kinh tâm thần vận động về sau.

. Trẻ sơ sinh có nguy cơ cao bị tàn tật:

- . Sanh rất non (< 33 tuần thai)
- . Tổn thương não bộ quan sát thấy bằng chẩn đoán hình ảnh trong giai đoạn chu sinh.
- . Bệnh lý sơ sinh đe dọa đến tính mạng trẻ
- . Bệnh lý não và tai biến thần kinh từ tuần lễ đầu của cuộc sống.
- . Ngạt sơ sinh nghiêm trọng kèm các yếu tố tiên lượng xấu
- . Vàng da nghiêm trọng
- . Dị tật bẩm sinh sọ - mặt
- . Bệnh lý tim bẩm sinh nghiêm trọng

. Trẻ sơ sinh có nguy cơ vừa dễ bị tổn thương:

- . Sanh non « muộn » (33-36 tuần thai) kèm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bình thường.
- . Suy dinh dưỡng (thai chậm tăng trưởng trong tử cung)
- . Em bé khổng lồ (lớn kí vào lúc sanh)
- . Đa thai (sanh đôi, sanh ba)
- . Trẻ sơ sinh có mẹ bị nghiện
- . Nhiễm trùng mẹ - thai nhi nghiêm trọng.
- . Thiếu oxy vừa phải ở trẻ đủ tháng
- . Môi trường xã hội và/hoặc gia đình suy yếu...

Quan sát sớm trẻ sơ sinh tại bệnh viện phụ sản và/hoặc tại khoa sơ sinh

Chỉ bằng cách quan sát trẻ sơ sinh, vài dấu hiệu lâm sàng, « dấu hiệu nhấp nháy », có thể cho phép phát hiện sớm nguy cơ dễ bị tổn thương ở trẻ, và giải thích lý do trẻ cần được theo dõi cẩn thận và được can thiệp sớm bởi các chuyên gia từ ngay khi xuất viện.

- . Khóc bất thường và/hoặc có tiếng hét đáng ngờ
- . Các cử động tự ý ở mức trung bình
- . Tư thế và phản ứng tư thế bất thường
- . Nhược cơ trực kéo dài
- . Nhược cơ ngoại biên
- . Bất tương hợp vận nhãn
- . Rối loạn mút – nuốt
- . Tăng kích thích hay thụ động một cách bất thường
- . Ngưng thở/con chậm nhịp tim kéo dài
- . Rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng
- . Chu vi vòng đầu không tăng
- . Giao tiếp với môi trường không tốt...

1.4. Non tháng và nguy cơ bị tàn tật

Khi mà 90% các trẻ sanh ra không có vấn đề gì, thì 10% các ca lúc sanh gặp khó khăn và gần một nửa trong số đó bị tàn tật trước 6 tuổi.

50 % các tàn tật có nguồn gốc chu sinh dường như có mối liên hệ với tình trạng sanh non tháng.

Tất cả các nghiên cứu theo dõi kéo dài liên quan đến tương lai của các trẻ non tháng khi so sánh với nhóm trẻ đủ tháng đều chỉ ra rằng:

- . Các trẻ non tháng hay phải nhập viện hơn
- . Các trẻ non tháng hay gặp các vấn đề về tăng trưởng
- . Các trẻ non tháng hay gặp các vấn đề về vận động
- . Các trẻ non tháng hay gặp các vấn đề về giác quan (thị giác, thính giác)
- . Các trẻ non tháng hay gặp các vấn đề về học hành
- . Các trẻ non tháng hay gặp các vấn đề về thái độ (sự tập trung, tăng động...)
- . Các trẻ non tháng thường là nạn nhân của việc đối xử tệ bạc.

Nguy cơ **tổn thương não** tỉ lệ thuận với mức độ sanh non tháng:

- . 1/ 1000 nếu sanh đủ tháng
- . 3 đến 6 / 1000 nếu sanh vào giữa 32 và 36 tuần thai
- . 50 đến 60 / 1000 nếu sanh vào giữa 28 et 32 tuần thai
- . 85 đến 95 / 1 000 nếu sanh trước 28 tuần thai

So với trẻ đủ tháng, nguy cơ bệnh lý não ở trẻ sanh trước 32 tuần thai và cân nặng dưới 1500 g là gấp 10 lần..

Các ca sanh có tuổi thai dưới 26 tuần thai đặt ra vấn đề về y đức : có nên hồi sức trẻ ở độ tuổi thai này hay không, phải tính đến cả các nguy cơ cao bị di chứng não, đôi khi không hồi phục ?

2. Tính mềm dẻo của não và can thiệp sớm ở trẻ dễ bị tổn thương

Các chiến lược can thiệp sớm dựa vào các hiểu biết gần đây về tính mềm dẻo của não và dịch tễ di truyền.

Sự trưởng thành của não: một tiến trình tiếp tục cả ngay sau khi sanh ra

« Nhạc trưởng » về giải phẫu và chức năng tối cần thiết cho sự phát triển thần kinh tâm thần vận động, não bộ bao gồm rất nhiều các cấu trúc kết nối với nhau, chịu trách nhiệm các chức năng riêng biệt : vận động, trương lực, thính giác, thị giác, nhận thức, bộ nhớ, cảm xúc...

Não bộ của trẻ sơ sinh có khoảng 100 000 000 000 tế bào thần kinh (một trăm tỉ!), nhưng chỉ 10 % các tế bào thần kinh này được kết nối với nhau (thông qua khớp nối thần kinh synapse) vào lúc sanh!

Sự phát triển và tổ chức của não bộ là kết quả của tiến trình phức tạp và năng động của nhiều giai đoạn độc lập, bắt đầu từ khi thụ thai và tiếp diễn cho đến những năm đầu đời.

Sự hình thành *kết nối thần kinh* (synapse) bắt đầu sớm, từ tuần thứ 6 thai kỳ. Sự hình thành kết nối này tăng tốc trong khoảng giữa 12 và 18 tuần thai, sau đó là phát triển một cách bùng nổ từ tuần thứ 20 thai kỳ cho đến 6 tuổi.

Vào 20 tuần thai, sự di cư của tế bào thần kinh hoàn thành, phần lớn các tế bào não được sinh ra.

Các cấu trúc não sẽ tiếp tục được biệt hoá với :

- . Phân nhánh của các tế bào thần kinh.
- . Phát triển của các thể răng
- . Các liên kết giữa các kết nối thần kinh mới
- . Tăng sinh các tế bào thần kinh đệm
- . Hình thành các hạt myéline.

Vào tuần thứ 20 thai kỳ, vỏ não, « chất xám », phát triển theo số lượng lớn với hai hiện tượng :

- . Sự xoay
- . Tăng sinh các rãnh não và hồi não.

Mỗi hồi não có một nhiệm vụ chuyên biệt : vận động, ngôn ngữ, nhận thức giác quan, chức năng tâm thần cao cấp... Với chất xám này, xuất hiện hoạt động « trí tuệ ».

Mỗi giây, một triệu kết nối thần kinh mới được hình thành ! Sau đó, sự hình thành kết nối thần kinh này tiếp tục với nhịp điệu chậm hơn cho đến tuổi dậy thì, và sau đó thì thoái triển. Điều này giải thích làm thế nào mà một trẻ trước 6 tuổi có khả năng kỳ diệu về trí nhớ và khả năng học hỏi. Ngược lại, người lớn nhớ các thông tin mới kém hơn cũng như số kết nối thần kinh được tạo ra ít hơn khi già đi.

Vào 2 tuổi, cân nặng của não bộ bằng 90% trọng lượng não bộ của người lớn.

Sự trưởng thành não bộ : một tiến trình phụ thuộc vào môi trường

Các tiến trình phức tạp của sự trưởng thành và sự biệt hoá

Mỗi cá thể thừa hưởng di truyền của bố mẹ, tạo điều kiện cho tiến trình trưởng thành và biệt hoá của tế bào não, dưới sự phụ thuộc vào các gen chủ động.

Các tiến trình này cũng được quyết định bởi hoạt động của các tế bào thần kinh, đòi hỏi :

- . Mô não chất lượng
- . Dẫn truyền hiệu quả các thông tin bởi *lượng thần kinh*.

Sự dẫn truyền các thông tin này, bản chất là điện hoá học (các chất dẫn truyền thần kinh), phụ thuộc hai cơ chế :

- . Truyền sợi trục
- . Dẫn truyền khớp nối thần kinh

Các thông tin di chuyển liên tục theo hai hướng :

- . Hướng lên :

Thông tin từ các cơ quan ngoại biên hướng về vỏ não, nơi mà chúng được phân tích trong các vùng chuyên biệt : thính giác, khứu giác, thị giác, cảm nhận...

- . Hướng xuống dưới:

Thông tin từ vỏ não hướng xuống các cơ quan ngoại biên : đáp ứng vận động và thái độ.

Các tương tác hằng định với môi trường

Từ sau sanh, trẻ sơ sinh phải điều chỉnh các đáp ứng vận động và cách ứng xử để thích nghi với môi trường và nhằm thoả mãn các nhu cầu nguyên phát vào mỗi lúc : ăn, uống, ngủ, tự làm âm lên.

Từ những tháng đầu tiên của cuộc sống, vai trò của não bộ là nền tảng nhằm tổ chức và phát triển tất cả các chức năng vận động, thực thi, nhận thức, cách ứng xử, và mối giao tiếp. Chất lượng của các thông tin nhận được từ môi trường tạo điều kiện cho sự sắp xếp của não bộ.

Từ sớm, kinh nghiệm cá nhân và sự lặp lại của các tình huống sẽ cho phép tự động hoá nhiều đáp ứng cảm giác vận động, tạo thuận lợi cho cuộc sống hằng ngày như cử động, giao tiếp...

Mặt khác, sự phát triển của não bộ biết đến là một « mô hình tế bào » hằng định, phụ thuộc vào môi trường, với cân bằng thường xuyên giữa :

- . Một mặt, những cái « đi vào » (thông tin « đi lên ») và những cái « đi ra » (đáp ứng vận động).
- . Mặt khác, các ảnh hưởng « tạo thuận lợi » và các ảnh hưởng « ức chế ».

Dường như các tế bào thần kinh không được kích thích biến mất đi, nhất là trước 2 tuổi, cho phép điều chỉnh các kết nối thần kinh nhằm thích nghi với các giai đoạn của phát triển não bộ, bao gồm một chương trình thực thụ về *ổn định kết nối thần kinh* : « sử dụng hay là bị mất đi » - « *Use it or lose it!* ».

Dịch tễ di truyền

Chuyên ngành mới này nghiên cứu ảnh hưởng của môi trường và tiêu sử cá nhân trên biểu hiện về gen, nhưng cũng bình luận về các biến đổi của biểu hiện về gen này có thể truyền cho thế hệ tiếp theo, không làm hư hại ADN. Như thế, nhiều yếu tố môi trường có thể tác động lên biểu hiện của di truyền cá nhân được truyền lại: ô nhiễm, thuốc men, thuốc gây nghiện, thực phẩm... Ảnh hưởng này của môi trường có thể là nguyên nhân của vài rối loạn về trưởng thành thần kinh tâm thần vận động của trẻ nhỏ, đặc biệt nhạy cảm trong những năm đầu đời.

Kết luận

Những kiến thức có được gần đây về khoa học thần kinh cho thấy sự quan trọng của chất lượng các kích thích của môi trường, cảm giác và các mối quan hệ, để có sự phát triển não hài hoà ở trẻ nhỏ :

Không quá nhiều các kích thích, cũng không quá ít các kích thích !

Các tiến trình sinh lý này của sự thích nghi tế bào và môi trường cho phép hiểu được :

- . Khả năng thích nghi của não bị tổn thương nhờ vào **tính mềm dẻo của não**.
- . Tầm quan trọng của **can thiệp sớm**, nhằm **điều trị** và **phòng ngừa**, đặc biệt ở trẻ sanh non tháng, não bộ của các trẻ này đặc biệt dễ bị tổn thương.

PRÉMATURITÉ, VULNÉRABILITÉ ET DÉTECTION PRÉCOCE DES HANDICAPS EXPÉRIENCE BRETONNE SUR 5 ANS: 2008-2012

Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan

- . La prématurité concerne environ 6,5 % des naissances
 - . Les handicaps concernent 1 à 3 % des enfants.
 - . Le «risque de handicap » concerne 2 à 5 % des enfants
 - . Les handicaps sévères concernent 0,7 à 2 / 1000 enfants

L'épidémiologie des grands prématurés est connue en France avec l'enquête Epipage : suivi global sur cinq ans des grands prématurés nés en 1997. En 2011, une nouvelle enquête nationale « Epipage 2 » a débuté.

En 2004, l'INSERM (France) a coordonné une expertise collective « Déficiences et handicaps d'origine périnatale » à partir d'une base documentaire de 700 articles et documents : tous les enfants nés dans des conditions difficiles, en particulier les grands prématurés nés avant 32 SA, sont à risque de handicap et nécessitent un suivi médical précoce, prolongé, adapté et multidisciplinaire.

Autant que la mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an), l'évaluation des handicaps apparaît comme un bon indicateur du niveau de santé des enfants au sein d'une société. Elle reflète partiellement la qualité de l'organisation des soins périnataux.

L'organisation d'un suivi des enfants dits « vulnérables », c'est-à-dire à risque de handicap, répond à des impératifs de santé publique officialisés en France par la loi d'orientation du 30 juin 1975 puis la loi du 11 février 2005 sur la prise en charge des personnes handicapées.

L'amélioration spectaculaire des techniques en médecine périnatale et les stratégies de Soins de développement (NIDCAP) ont permis depuis 20 ans une diminution de la prématurité. Mais, alors que les séquelles motrices apparaissent moins fréquentes et moins sévères, la prévalence des anomalies du développement à révélation tardive ne semble pas avoir diminué (troubles cognitifs, troubles du comportement...).

Les acquis en neurosciences concernant la plasticité cérébrale et l'épigénétique apportent des arguments qui justifient les stratégies d'intervention précoce dans le suivi et la prise en charge des nouveau-nés « vulnérables », en particulier les grands prématurés

**PHÁT HIỆN SỚM TÀN TẬT
Ở TRẺ NON THÁNG, DỄ BỊ TỔN THƯƠNG
KINH NGHIỆM THỰC TIỄN TẠI LORIENT
TRONG 5 NĂM: 2008-2012
(PHẦN 2)**

Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan

1. Tổ chức theo dõi trẻ non yếu

- . Mạng lưới các chuyên gia giỏi
- . Theo dõi sớm và lâu dài
- . Hỗ trợ điều trị và phòng ngừa

2. Kinh nghiệm của Lorient

- . Các thành viên của mạng lưới theo dõi trẻ có nguy cơ cao
- . Các trẻ được theo dõi tại « CAMPS – trẻ có nguy cơ cao »
- . Theo dõi trong 5 năm các trẻ có nguy cơ cao
- . Các trẻ nào cần được hướng dẫn sớm (<12 tháng) tại CAMPS ?
- . Bàn luận

Kết luận

Dr Gildas Tréguier, bác sĩ nhi khoa, Bệnh viện Lorient
Dominique Lamiot, nhà tâm thần vận động học, Tp Lorient
Gildas Le Borgne, phó giám đốc bệnh viện Lorient

TÓM TẮT

Vào năm 2013, nhóm trẻ sơ sinh có nguy cơ cao, có nghĩa là có nguy cơ bị tàn tật, đã được xác định rõ : theo tiêu chuẩn INSERM 2004.

Sự cải thiện các kỹ thuật trong y khoa chu sinh và các chiến lược chăm sóc phát triển (NIDCAP) giúp hạ thấp tỉ lệ sinh non từ 20 năm nay. Nhưng, khi các di chứng về vận động xuất hiện ít đi và ít nghiêm trọng, thì tần suất các bất thường về phát triển phát hiện trễ dường như không giảm đi (rối loạn nhận thức, rối loạn hành vi...), đặc biệt là ở nhóm trẻ sinh rất non (<33 tuần thai).

Các thành tựu gần đây về khoa học thần kinh (tính dẻo dai của não, dịch tể di truyền) khẳng định lợi ích của các chiến lược can thiệp sớm đối với nhóm trẻ nhỏ có nguy cơ bệnh lý thần kinh cao.

Lượng giá tại Lorient trong 5 năm liên quan đến vấn đề tầm soát sớm các bất thường về phát triển ở nhóm trẻ có nguy cơ cao (253/15326 ca sinh) đã khẳng định sinh non là yếu tố nguy cơ tàn tật chủ yếu. Chắc là ảnh hưởng của sinh rất non là chính (32,7% các trẻ « được hướng dẫn sớm » (HR/HRH), nhưng sinh non tháng « trung bình » (33-36 tuần thai) cũng phải được tính vào, tìm thêm các yếu tố nguy cơ phối hợp làm cho trẻ dễ bị tổn thương (19,2% các trẻ « được hướng dẫn sớm » (HR/HRH).

Ở các trẻ sơ sinh đủ tháng, nghiên cứu này khẳng định rằng trong gần nửa nhóm trẻ « dễ bị tổn thương » được theo dõi trong nghiên cứu Cohorte phát triển bệnh lý tàn tật nghiêm trọng khẳng định tính đúng đắn của việc hướng dẫn sớm (47,1 % các trẻ HR/HRH).

Hướng dẫn sớm này nhằm điều trị (tổn thương não), nhưng cũng nhằm phòng ngừa (kích thích thần kinh giác quan). Hướng dẫn này cần được giới thiệu cho tất cả các trẻ mà có thể có nghi vấn có rối loạn phát triển về sau, không cần chờ đợi có kết quả chẩn đoán khẳng định có bệnh lý về thần kinh 0 vận động.

Nghiên cứu này không cho chúng ta thông tin về môi trường xã hội – gia đình, là yếu tố cùng tác động lên sự dễ bị tổn thương ở trẻ sinh rất non. Nên giới thiệu về hướng dẫn sớm cho tất cả các tình huống được xem như là khởi đầu « không nghiêm trọng », nhưng nó lại có nguy cơ tiềm tàng : môi trường kinh tế - xã hội không thuận lợi, mẹ nghiện ngập... Việc theo cùng sớm tại nhà « tiền CAPMS' cho phép lượng giá các nguy cơ và tránh sự gián đoạn việc theo dõi sau khi ra viện.

Theo dõi trẻ có nguy cơ cao càng có hiệu quả hơn khi :

- . Phối hợp đa ngành
- . Sớm ngay từ những ngày còn ở khoa sơ sinh và theo sát trẻ từ ngay khi về nhà.
- . Phù hợp với bệnh lý của trẻ, gia đình của trẻ và môi trường sống của trẻ.
- . Chăm sóc trẻ trong môi trường « tự nhiên » của chúng.
- . Tiếp tục sau 6 tuổi.

Sự theo dõi này cho phép tránh các kết luận vội vã về tương lai của các trẻ sinh rất non :

- . Theo nghĩa bệnh lý : vài bất thường trong phát triển của trẻ là thoáng qua.
- . Theo hướng trẻ khoẻ giả tạo làm yên lòng gia đình : các di chứng phát hiện trễ về sau.

Từ đó, các lượng giá kéo dài phải trả lời được các câu hỏi như :

- . Tác động của hướng dẫn sớm trên tương lai của các trẻ sơ sinh dễ bị tổn thương là như thế nào ?
- . Làm thế nào để cải thiện việc tầm soát sớm theo nghĩa số lượng lớn trẻ (tránh đề « mất dấu »), huấn luyện các chuyên gia để theo dõi trẻ có nguy cơ cao, phát triển các cơ sở y tế phù hợp với loại bệnh lý về phát triển của trẻ nhỏ ?

1. Tổ chức theo dõi sớm các trẻ dễ bị tổn thương (có nguy cơ cao)

1.1. Mạng lưới các chuyên gia giỏi

Mạng lưới theo dõi sớm dành cho các trẻ « dễ bị tổn thương », được định nghĩa là có nguy cơ bị tàn tật, là phải có một cái nhìn tổng thể về trẻ nhằm đảm bảo việc chăm sóc được đầy đủ.

Một cái nhìn tổng thể về trẻ bao gồm :

- . Thể trạng: tăng trưởng, hô hấp, phát âm
- . Cảm giác: thị giác, thính giác
- . Thần kinh – vận động : vận động, trương lực cơ, hành động của trẻ
- . Tâm thần – cảm xúc : hành vi, mối quan hệ giao tiếp, môi tương tác xã hội – gia đình
- . Nhận thức : sự học tập, năng lực trí tuệ, giáo dục

Toàn thể các nhiệm vụ :

- . Phát hiện sớm trẻ có khó khăn
- . Xác định loại tàn tật, tìm nguyên nhân và điều trị tàn tật này.

- . Giúp trẻ này phát triển hài hoà với tàn tật của chúng.
- . Phòng ngừa nguy cơ « tàn tật phối hợp »
- . Theo cùng gia đình
- . Giúp trẻ hoà nhập vào xã hội với tàn tật của chúng
- . Đảm bảo mối liên kết giữa các tổ chức, cơ quan theo cùng trẻ
- . Hướng, giới thiệu trẻ đến các cơ quan phù hợp với loại tổn thương và tuổi của trẻ.
- . Thông tin cho các chuyên gia có liên quan đến cuộc sanh (các bác sĩ sản và nhi sơ sinh) biết được tương lai của trẻ mà họ đã đỡ sanh hay đã từng chăm sóc.

Các cơ quan và các chuyên gia lãnh nghề :

- . Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em : Trung tâm bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em.
- . Trung tâm hành động sớm Y khoa – Xã hội : CAMSP
- . Các bác sĩ trong bệnh viện : bác sĩ nhi sơ sinh, bác sĩ nhi khoa, bác sĩ thần kinh nhi, bác sĩ tai mũi họng, bác sĩ mắt...
- . Các bác sĩ hành nghề tự do: bác sĩ nhi, bác sĩ tổng quát.

1.2. Theo dõi sớm và kéo dài

Trong vòng nhiều năm, các tàn tật được thống kê ở các trẻ sanh non tháng cho thấy có liên quan chủ yếu đến các di chứng về vận động và giác quan, rất dễ chẩn đoán nhưng thường phát hiện quá trễ.

- . Việc nhận biết sớm các khó khăn (bất thường) trong quá trình phát triển cho phép giảm thiểu các di chứng nhờ vào việc chăm sóc phù hợp.
- . Theo dõi lâu dài trẻ giúp chẩn đoán các di chứng có biểu hiện muộn. Chính các di chứng muộn này làm trẻ không học hành được và khó khăn hoà nhập vào cộng đồng : rối loạn thị giác – hành động, rối loạn hành vi (tự kỷ ?), chậm nói, học tập khó khăn.

1.3. Đồng hành điều trị và phòng ngừa

- . Tiến trình điều trị bắt đầu từ ngay khi tầm soát được bất thường, càng sớm càng tốt, đôi khi ngay từ khi đang ở trong khoa sơ sinh : tổn thương não, dị tật bẩm sinh...
- . Tiến trình phòng ngừa dành cho tất cả các trẻ có biểu hiện có nguy cơ rối loạn phát triển não bộ (sanh non tháng), cho dù trẻ thuộc nhóm nào đi nữa : nguy cơ cao hay nguy cơ trung bình (đính kèm biên bản giám định của INSERM). Nó cho phép tránh và/hoặc giảm thiểu các « tàn tật chồng tàn tật ».

2. Kinh nghiệm thực tiễn tại Lorient

Mỗi năm :

- . 825 000 trẻ được sanh ra tại Pháp
- . 40 000 trẻ được sanh ra ở vùng Bretagne
- . 3 020 trẻ được sanh ra ở khu vực y tế số 3 (thành phố Lorient, với dân số là 240 000 người).

2.1. Các đối tác của mạng lưới theo dõi trẻ dễ bị tổn thương

Trung tâm y khoa – xã hội hành động sớm (CAMSP) của Lorient đảm nhiệm việc theo dõi các trẻ dễ bị tổn thương từ sau sanh cho đến 6 tuổi :

- . Chẩn đoán sớm và đồng hành với tàn tật
- . Phòng ngừa nguy cơ « tàn tật chồng tàn tật »
- . Giới thiệu trẻ đến các trung tâm chăm sóc phù hợp với loại tàn tật của trẻ.

Tập hợp gồm nhiều chuyên gia từ các chuyên ngành khác nhau : bác sĩ nhi, bác sĩ phục hồi chức năng, nhà tâm lý trẻ em, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, nhà tâm thần vận động, nhà liệu pháp lao động, nhà tập chỉnh phát âm, nhà tâm lý học, chuyên gia tập luyện, cô nuôi trẻ, người hỗ trợ về xã hội...

Họ làm việc theo mạng lưới với:

. Tuyển trên :

Bệnh viện (Bệnh viện Lorient) : khoa sơ sinh, khoa sản

. Tuyển dưới :

. Theo dõi về y khoa :

Các chuyên gia của bệnh viện Lorient : nhà di truyền học, bác sĩ thần kinh nhi, bác sĩ tai mũi họng, bác sĩ mắt...

Các bác sĩ hành nghề tự do: bác sĩ nhi, bác sĩ tổng quát

Các chuyên gia của bệnh viện Bretagne : Rennes, Brest, Nantes

. Các loại tàn tật đặc hiệu :

Tàn tật về vận động: trung tâm phục hồi chức năng Kerpape

Tàn tật về tâm thần : nhà tâm lý học nhi khoa

Tàn tật về giác quan : các trung tâm dành cho các trẻ khiếm thính và khiếm thị

Để bị tổn thương do các vấn đề về xã hội : trung tâm bảo vệ sức khoẻ bà mẹ và trẻ em

. Hoà nhập vào xã hội :

. Nhà trẻ, chỗ giữ trẻ, trường học.

2.2. Các trẻ được hưởng sự theo dõi « CAMPS trẻ dễ bị tổn thương »

Các trẻ được biết đến là « có nguy cơ » từ ngay giai đoạn sơ sinh

. Sinh ra trước 32 tuần thai + 6 ngày

. Cân nặng dưới 1500g

. Trẻ sơ sinh được xác định « có nguy cơ » trước khi xuất viện khỏi khoa sơ sinh :

. Hô hấp sơ sinh : đặt nội khí quản

. Được ghi nhận thiếu oxy trong giai đoạn sơ sinh

. Dị tật bẩm sinh có khả năng ảnh hưởng đến phát triển thần kinh vận động

. Được ghi nhận có tổn thương não (trên chẩn đoán hình ảnh)

. Bất thường về thần kinh trên lâm sàng được xác định từ lúc sanh (Đính kèm các dấu hiệu « nhấp nháy »)

. Có nguy cơ bệnh lý gia đình – xã hội : mẹ nghiện ngập, bị tâm thần...

Quần thể dân số có liên quan

Tất cả các trẻ dưới 6 tuổi và có biểu hiện nghi ngờ trong phát triển thần kinh- tâm thần – vận động có thể được khám « tầm soát » tại CAMPS :

. Tất cả các tàn tật không có nguồn gốc chu sinh

. Một số lớn tàn tật chỉ có biểu hiện sau nhiều tháng hay nhiều năm

Ngược lại, các dấu hiệu đáng lo ngại lúc sanh có thể biến mất và thăm khám trở lại bình thường sau nhiều tháng.

2.3. Lượng giá các trẻ sơ sinh « dễ bị tổn thương » trong 5 năm (2008-2012)

. Số trẻ sanh sống: 15 326 (+/- 25)

. Số trẻ nhập vào khoa sơ sinh: 1850 = chiếm 12,10 % tổng số sanh

. Trẻ « dễ bị tổn thương » được theo dõi tại CAMPS: 253 = chiếm 1,65 % tổng số sanh

- . Tuổi thai:
- . Sơ sinh dưới 36 tuần tuổi thai + 6 ngày: **202 trẻ**
 - = 1,32% tổng số ca sinh
 - = 22 % tổng số trẻ sanh non tháng (tổng số trẻ non tháng <36 tuần thai + 6 ngày tuổi : 920 trẻ)
 - = 79,8 % các trẻ « dễ bị tổn thương »
- . Sơ sinh dưới <32 tuần tuổi thai + 6 ngày: **143 trẻ** = 0,94 % tổng số sinh
 - Sơ sinh giữa 29 và 32 tuần tuổi thai + 6 ngày: **110 trẻ**
 - Sơ sinh < 28 tuần tuổi thai + 6 ngày : **33 trẻ**
- . Sơ sinh giữa 33 và 36 tuần tuổi thai + 6 ngày : **59 trẻ** = 0,38 % tổng số sinh
 - = 6,4 % các trẻ non tháng
 - = 7,6 % các trẻ non tháng « trung bình » (tổng cộng : 780)
- . Sơ sinh > 37 tuần tuổi thai : **51 trẻ** = 0,33 % tổng số sinh
 - = 20,2 % các trẻ « dễ bị tổn thương »
- . Cân nặng lúc sanh < 1500 g : 115
- . Suy hô hấp (đặt nội khí quản) : **114**
- . Bệnh lý chuyên biệt:
 - . Bệnh lý dị tật và/hoặc di truyền được xác định : **24**
 - . Bệnh lý chuyển hoá được xác định : **2**

. Tổn thương não được khảo sát: siêu âm/công hưởng từ (không định lượng)

2.4 Các trẻ được hưởng hướng dẫn sớm (< 12 tháng) tại CAMSP

Tổng số sanh tại bv Lorient 2008-2012 : 15 326				
Tổng số trẻ sơ sinh dễ bị tổn thương = Theo dõi tại « CAMSP » 253	Tuổi thai		Hướng dẫn sớm: 52 Tàn tật được chẩn đoán và/hoặc có nguy cơ cao bị tàn tật	27
	Trẻ sơ sinh <36 tuần + 6 ngày 202/920	Trẻ sơ sinh <33 tuần 143/143 Trẻ sơ sinh <28 tuần + 6 ngày : 33 Trẻ sơ sinh giữa 29 tuần và 33 tuần : 110	17/143	
		Trẻ sơ sinh giữa 33 và 37 tuần tuổi thai 59/790	10/790	
Trẻ sơ sinh > 37 tuần tuổi thai 51 / 14 406		. Tổn thương não: 4 . Dị tật/bệnh lý di truyền: 19 . Bệnh lý chuyển hoá: 2	25	

Sanh non tháng, Dễ bị tổn thương và phát hiện sớm tàn tật ở trẻ dễ bị tổn thương
Bệnh viện Lorient, CAMSP, 2008-2012

2.5. Bình luận

Công việc này liên quan đến việc tầm soát sớm các trẻ « dễ bị tổn thương » xuất ra từ khoa sơ sinh, nhằm bắt đầu sớm hướng dẫn trị liệu (bị tàn tật được xác định, có nguy cơ cao bị tàn tật), nhưng cũng mang tính dự phòng.

Các dữ liệu không bao gồm :

- . Các trẻ có biểu hiện có rối loạn phát triển sớm, không nhập khoa sơ sinh.
- . Các suy giảm chức năng biểu hiện trễ, có liên quan ngày càng thường xuyên hơn ở các trẻ sanh rất non tháng : rối loạn học tập, rối loạn hành vi, rối loạn nhận thức...

. Các trẻ được nhận theo dõi tại CAMSP :

253 trẻ được hưởng chế độ theo dõi tại CAMSP, được nhận vào dựa trên các tiêu chuẩn của INSERM 2004 « Nguy cơ cao dễ bị tổn thương », có vấn đề trong giai đoạn chu sinh.

Chiếm **1,6 %** các ca sanh.

Trong dân số trẻ em, 2 đến 5% được chẩn đoán là « dễ bị tổn thương », có nghĩa là có nguy cơ bị tàn tật. Người ta công nhận rằng phân nửa các tàn tật ở trẻ em có nguồn gốc chu sinh.

. Các trẻ đã được hưởng hướng dẫn sớm :

52/253 trẻ được hưởng hướng dẫn sớm **trước 1 tuổi**.

Các trẻ được hưởng hướng dẫn sớm này (cô nuôi dạy trẻ, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, nhà tâm thần vận động...), thường nhất là ngay sau khi xuất ra khỏi khoa sơ sinh, tương ứng với dân số các trẻ :

- . hoặc là được xác định có mang tàn tật (HR)
- . Hoặc có nguy cơ cao bị tàn tật (HRH): thăm khám lâm sàng có nghi ngờ, tiến hành phòng ngừa.

Chiếm tỉ lệ = **0,34 %** đối với tất cả các ca sanh ra.
= **20,5 %** các trẻ « dễ bị tổn thương »

Để dễ nhớ, 0,75 đến 2% tổng số trẻ có mang tàn tật nghiêm trọng.

. Ảnh hưởng của sanh non tháng :

202 các trẻ « dễ bị tổn thương » sanh non tháng (<36 tuần thai + 6) :

Chiếm:

- . 1,32 % tất cả các ca sanh
- . 21,9 % trẻ non tháng (nés < 36+6)
- . 79,8 % trẻ sơ sinh dễ bị tổn thương

27/202 trẻ non tháng được hưởng chế độ theo dõi sớm trước 1 năm tuổi.

Chiếm:

- . 0,17 % tất cả các ca sanh
- . 2,82 % các ca sanh non tháng
- . 12 % các trẻ non tháng « dễ bị tổn thương »
- . **51 %** các trẻ « Hướng dẫn sớm » (HR/HRH) (Trẻ tàn tật/trẻ có nguy cơ cao tàn tật).

Trong công việc này, 51% các trẻ đòi hỏi cần được hướng dẫn sớm là các trẻ sanh non tháng, trong khi sanh non tháng chỉ chiếm 6,5% các ca sanh.

. Ảnh hưởng của sanh rất non (< 32SA + 6j)

143/253 các trẻ « dễ bị tổn thương » được sanh ra trước 32 tuần thai + 6 ngày

Tất cả các trẻ được sanh ra trước 32 tuần thai +6 ngày (143) được nhận vào lô nghiên cứu cohorte « Trẻ dễ bị tổn thương »

Chiếm :

- . 0,93 % tất cả các ca sanh
- . 15,5 % các trẻ non tháng
- . 56,5 % các trẻ sơ sinh dễ bị tổn thương.

17/143 các trẻ sanh rất non tháng được hưởng chế độ hướng dẫn sớm trước 1 năm tuổi.

Chiếm :

- . 0,11 % tất cả các ca sanh
- . 11,8 % các trẻ sanh rất non tháng (17/143)
- . **32,7 %** các trẻ « Hướng dẫn sớm » (HR/HRH) (17/52)

Sanh rất non tháng là yếu tố nguy cơ tàn tật chủ yếu.

. Ảnh hưởng của sanh non tháng « trung bình » : sanh giữa 33 và 36 tuần thai +6 ngày

59 trẻ dễ bị tổn thương được sanh ra giữa 33 và 36 tuần thai +6 ngày

Chiếm :

- . 0,40 % tất cả các ca sanh
- . 7,6 % tất cả các trẻ sanh non tháng « trung bình » (giữa 33 và 36 tuần thai +6 ngày)

10/59 các trẻ sanh non tháng « trung bình » được hưởng chế độ hướng dẫn sớm trước 1 năm tuổi.

Chiếm:

- . 0,07 % tất cả các ca sanh
- . 16,9 % các trẻ sanh non tháng « trung bình » được nhận vào nghiên cứu cohorte « nguy cơ cao »
- . **19,2 %** các trẻ « Hướng dẫn sớm » (HR/HRH) (10/53)

Nếu chỉ tính riêng yếu tố sanh non tháng « trung bình » không thì không phải là yếu tố nguy cơ chính gây nên tình trạng dễ bị tổn thương, nhưng nó có thể phối hợp với các yếu tố khác cộng dồn lại tạo nên nguy cơ tàn tật chủ yếu (10 / 790 các trẻ sơ sinh sanh non tháng) : cần phải được hỏi sức, có tổn thương não bộ...

. Trẻ sanh đủ tháng với nguy cơ cao dễ bị tổn thương :

51 trẻ sinh đủ tháng được nhận vào nghiên cứu cohorte « nguy cơ cao dễ bị tổn thương »

Chiếm :

- . 0,32 % tất cả các ca sanh
- . 20,2 % các trẻ « dễ bị tổn thương »

25/51 các trẻ sinh đủ tháng được hưởng chế độ theo dõi sớm trước 1 năm tuổi

Chiếm :

- . 0,16 % tất cả các ca sanh
- . **50,9 %** các trẻ sơ sinh sinh đủ tháng được nhận vào trong nghiên cứu cohorte «trẻ dễ bị tổn thương »
- . **47,1 %** các trẻ « Hướng dẫn sớm » (HR/HRH)

Trong số 25 trẻ này, tất cả có biểu hiện bệnh lý tàn tật được chẩn đoán trong giai đoạn chu sinh :

- . Tổn thương não: 4
- . Bệnh lý chuyển hoá : 2
- . Bệnh lý di truyền và/hoặc dị tật phức tạp : 19

Trong số các trẻ sinh đủ tháng nhận vào trong nghiên cứu cohorte « nguy cơ cao dễ bị tổn thương », phân nửa số đó cần được hướng dẫn sớm : ở nhà của trẻ, tàn tật được xác định.

Kết luận

Năm 2013, dân số trẻ sơ sinh « dễ bị tổn thương », nghĩa là có nguy cơ bị tàn tật, được xác định rõ ràng : đính kèm tiêu chuẩn của INSERM 2004.

Sự cải thiện các kỹ thuật trong y khoa chu sinh và chiến lược chăm sóc phát triển (NIDCAP) làm cho tỉ lệ sanh non tháng giảm đi từ 20 năm nay. Nhưng, khi mà các di chứng vận động xuất hiện ngày một ít đi và ít nghiêm trọng hơn, thì tần xuất xuất hiện của các bất thường về phát triển có biểu hiện trễ dường như không giảm đi (rối loạn nhận thức, rối loạn hành vi...), đặc biệt ở các trẻ sanh rất non tháng (<33 SA).

Các kiến thức về khoa học thần kinh gần đây (tính mềm dẻo của não, dịch tể di truyền) cho thấy lợi ích của chiến lược **can thiệp sớm** dành cho các trẻ nhỏ có nguy cơ cao về thần kinh.

Lượng giá ở Lorient trong 5 năm liên quan đến việc phát hiện sớm các bất thường về phát triển ở các trẻ dễ bị tổn thương (253 / 15 326 các ca sanh) khẳng định **sanh non tháng như là yếu tố nguy cơ chủ yếu của tàn tật**. Thật vậy, ảnh hưởng của sanh rất non tháng là chính (32,7 % các trẻ phải được « Hướng dẫn sớm » (HR/HRH), nhưng sanh non tháng « trung bình » (33-36 tuần thai) cũng phải được tính đến, phối hợp tìm kiếm các yếu tố nguy cơ phối hợp làm trẻ dễ bị tổn thương (19,2 % các trẻ phải được « Hướng dẫn sớm » (HR/HRH).

Ở các trẻ sinh đủ tháng, nghiên cứu này khẳng định rằng phân nửa số trẻ được nhận vào trong nghiên cứu cohorte theo dõi « trẻ dễ bị tổn thương » phát triển một bệnh lý tàn tật nghiêm trọng, giải thích tại sao trẻ phải được hướng dẫn sớm (47,1 % các trẻ tàn tật/có nguy cơ cao bị tàn tật).

Hướng dẫn sớm này nhằm để điều trị (các tổn thương não) nhưng cũng phòng ngừa (kích thích thần kinh giác quan). Phải được đề nghị cho tất cả các trẻ mà chúng ta nghi ngờ chúng có rối loạn phát triển về sau, không cần chờ đợi khẳng định có bệnh lý thần kinh – vận động.

Nghiên cứu này không mang lại thông tin về môi trường gia đình – xã hội, đồng yếu tố gây nên tính dễ bị tổn thương cao ở trẻ sinh rất non tháng. Cần phải đề nghị phác đồ theo dõi sớm cho tất cả các tình huống được xem như là « không nghiêm trọng » vào lúc đầu, nhưng nó mang một nguy cơ tiềm tàng : môi trường kinh tế xã hội không thuận lợi, mẹ bị nghiện... Đồng hành sớm tại nhà « **Pré-CAMPS** » cho phép đánh giá các tình huống và nhằm tránh sự mất đầu khi trẻ xuất viện.

Theo cùng trẻ dễ bị tổn thương được hiệu quả hơn nếu :

- . Nhiều chuyên ngành
- . Sớm từ ngay những ngày ở khoa sơ sinh và theo dõi từ ngay khi về nhà
- . Phù hợp với bệnh lý của trẻ, phù hợp với cả gia đình trẻ và môi trường sống.
- . Thực hành ngay tại nơi sống « tự nhiên » của trẻ
- . Kéo dài cho đến 6 năm tuổi.

Sự theo dõi này phải cho phép tránh được các kết luận sớm về tương lai của các trẻ sinh rất non :

- . Theo hướng bệnh lý : vài bất thường của phát triển là thoáng qua
- . Theo hướng đảm bảo trẻ khỏe nhằm trấn an gia đình : các di chứng biểu hiện trễ

Các lượng giá về lâu dài phải trả lời được các câu hỏi như :

- . Ảnh hưởng thực sự của hướng dẫn sớm lên tương lai của trẻ sơ sinh dễ bị tổn thương như thế nào?
- . Làm thế nào để cải thiện phát hiện sớm theo nghĩa có được số lượng lớn trẻ (tránh « mất đầu »), đào tạo các chuyên gia để theo dõi trẻ dễ bị tổn thương, phát triển các cơ quan phù hợp với bệnh lý phát triển của trẻ nhỏ ?

Trong tất cả các trường hợp, loại theo dõi này là bước khởi đầu của một quá trình dài dành cho trẻ « dễ bị tổn thương » và gia đình của trẻ.

PRÉMATURITÉ, VULNÉRABILITÉ ET DÉTECTION PRÉCOCE DES HANDICAPS (2)

Gildas Tréguier, Dominique Lamiot, Ngo Minh Xuan

En 2013, la population de nouveau-nés « vulnérables », c'est-à-dire à risque de handicap, est clairement identifiée : Cf. critères INSERM 2004.

L'amélioration des techniques en médecine périnatale et les stratégies de soins de développement (NIDCAP) ont permis depuis 20 ans une diminution de la prématurité. Mais, alors que les séquelles motrices apparaissent moins fréquentes et moins sévères, la prévalence des anomalies du développement à révélation tardive ne semble pas avoir diminué (troubles cognitifs, troubles du comportement...), en particulier chez le grand prématuré (<33 SA).

Les acquis récents en neurosciences (plasticité cérébrale, épigénétique) valident l'intérêt des stratégies **d'intervention précoce** pour les très jeunes enfants à haut risque neurologique.

L'évaluation lorientaise sur 5 ans concernant la détection précoce des anomalies de développement chez l'enfant vulnérable (253 / 15 326 naissances) confirme **le rôle de la prématurité comme facteur de risque essentiel de handicap**. Certes, l'influence de la grande prématurité est majeure (32,7 % des enfants « Guidance précoce » (HR/HRH), mais la prématurité « moyenne » (33-36 SA) doit aussi être prise en compte, avec la recherche de facteurs associés de vulnérabilité (19,2 % des enfants « Guidance précoce » (HR/HRH).

Chez les nouveau-nés à terme, cette étude confirme que près de la moitié des enfants admis dans la cohorte de suivi « enfant vulnérable » développe une pathologie handicapante sévère justifiant une guidance précoce (47,1 % des enfants HR/HRH).

Cette guidance précoce est à visée **curative** (lésions cérébrales), mais aussi **préventive** (stimulations neurosensorielles). Elle doit être proposée à tous les enfants chez lesquels on peut craindre un trouble du développement ultérieur, sans attendre la confirmation d'une pathologie neuro-motrice.

Cette étude n'apporte pas d'informations sur **l'environnement socio-familial**, cofacteur de haute vulnérabilité chez le grand prématuré. Une guidance précoce doit être proposée à toutes les situations considérées comme « non sévères » initialement, mais qui sont potentiellement à risque: milieu socio-économique défavorisé, mères addictives... Un accompagnement précoce à domicile « **Pré-CAMPS** » permet d'apprécier ces risques et d'éviter les situations de rupture lors de la sortie de l'hôpital.

Le suivi de l'enfant vulnérable est d'autant plus efficace qu'il est:

- . Pluridisciplinaire
- . Précoce dès le séjour en Néonatalogie et poursuivi dès le retour à domicile
- . Adapté à la pathologie de l'enfant, à sa famille et à son environnement
- . Exercé dans le milieu « naturel » de l'enfant
- . Prolongé au-delà de 6 ans.

Ce suivi doit permettre d'éviter les conclusions hâtives concernant le devenir des grands prématurés :

- . Dans le sens du pathologique : certaines anomalies du développement sont transitoires
- . Dans le sens du bien-être faussement rassurant : séquelles de révélation tardive

Au-delà, des évaluations au long cours devraient apporter des réponses aux questions telles que :

- . Quelle est l'influence réelle d'une guidance précoce sur le devenir des NN vulnérables ?
- . Comment améliorer la détection précoce en termes de nombres d'enfants (éviter les « perdus de vue »), de formation des professionnels au suivi de l'enfant vulnérable, de développement de structures adaptées aux pathologies du développement chez le jeune enfant ?

PHÒNG NGỪA VÀNG DA NHÂN

Cam Ngọc Phượng

Phòng ngừa vàng da nhân có thay đổi theo thời gian. Trong thập niên 1950, thay máu là điều trị chính của tăng bilirubin máu. Cho đến cuối thập niên 1960, chiếu đèn trở thành biện pháp điều trị vàng da rộng rãi tại Mỹ.

I. PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT: PHÒNG NGỪA VÀNG DA

Khuyến cáo 1.0: Các thầy thuốc nên khuyến khích và ủng hộ việc cho trẻ bú mẹ. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải khuyến bà mẹ chú ý cho trẻ bú đủ tám đến mười hai lần một ngày, và quan tâm việc cho trẻ bú đủ trong vài ngày đầu sau sanh [2] (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại). Cung cấp năng lượng không đủ và/ hoặc thiếu nước kèm theo bú mẹ không đủ có thể góp phần làm tăng Bilirubin máu.

Khuyến cáo 1.1: AAP không khuyến cáo cho trẻ bú mẹ uống thêm nước chín hoặc nước đường 5%, vì việc này không giúp giảm tình trạng vàng da hay tăng bilirubin máu.

II. PHÒNG NGỪA THỨ PHÁT

Khuyến cáo 2.0: Các thầy thuốc cần tiến hành đánh giá có hệ thống nguy cơ trẻ sơ sinh diễn tiến đến tăng bilirubin máu nặng.

II.1 Nhóm máu

Khuyến cáo 2.1: Tất cả phụ nữ mang thai nên được thử nhóm máu ABO và Rh (D) và tầm soát kháng thể đồng miễn dịch không thường gặp (Chứng cứ loại B: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 2.1.1: Nếu bà mẹ trước sanh chưa được thử nhóm máu hoặc bà mẹ có Rh âm, nên lấy máu trẻ (cuống rốn) thử test Coombs, nhóm máu ABO và Rh (Chứng cứ loại B: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 2.1.2: Nếu bà mẹ nhóm máu O, Rh dương, có thể lấy máu trẻ (cuống rốn) thử test Coombs, nhóm máu ABO và Rh. Cũng có thể không xét nghiệm máu trẻ ngay, với điều kiện phải theo dõi đánh giá yếu tố nguy cơ trước khi cho trẻ xuất viện, và hẹn tái khám (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

II.2 Đánh giá lâm sàng

Chìa khoá của phòng ngừa thứ phát vàng da nhân là sự cân trọng của nhân viên y tế.

Khuyến cáo 2.2: Tất cả trẻ mới sinh đang nằm viện nên được nhân viên y tế theo dõi tình trạng vàng da mỗi khi đánh giá dấu hiệu sinh tồn, tối thiểu mỗi 8 đến 12 giờ (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 2.2.1: Phác đồ đánh giá vàng da bao gồm nhân viên y tế thực hiện đo TcB hoặc TSB (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

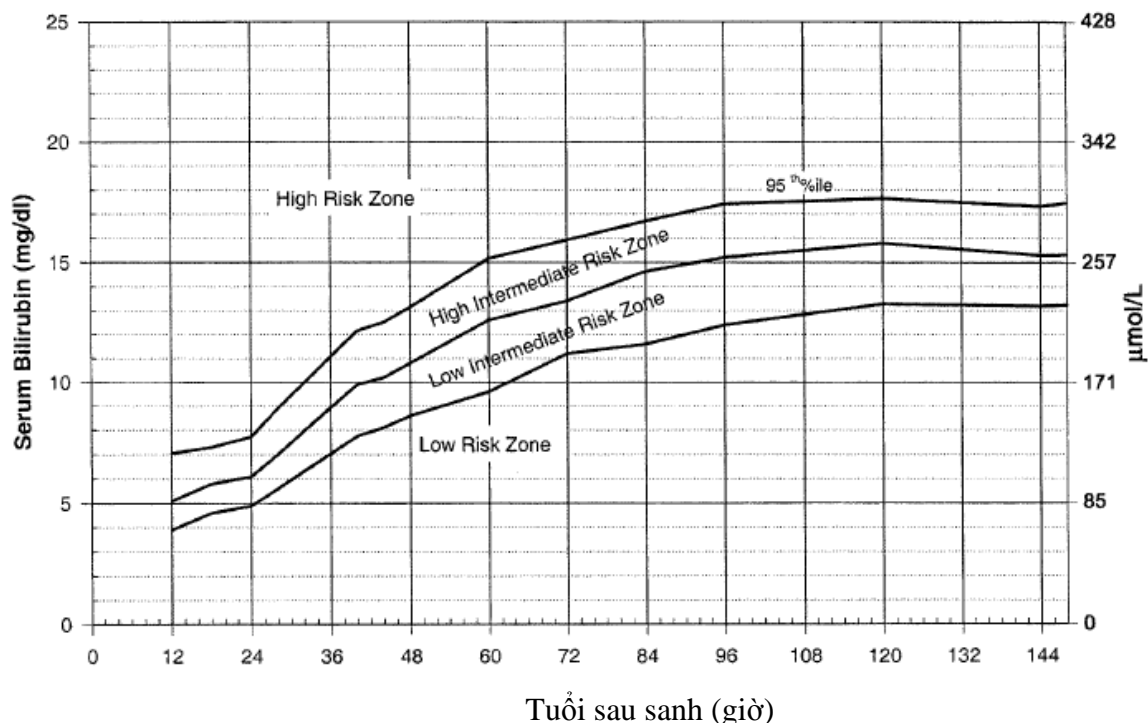
II.3 Đánh giá mức Bilirubin và các xét nghiệm khác

Khuyến cáo 3.0: Nên đo TcB và/hoặc TSB cho tất cả trẻ vàng da trong ngày đầu sau sanh (Bảng 1) (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại). Sự cần thiết và thời điểm đo TcB và/hoặc TSB lại phụ thuộc vào TSB ở trong vùng nào (Hình 1), giờ tuổi của trẻ, và tiến triển của tình trạng tăng bilirubin máu.

Khuyến cáo 3.1: Đo TcB và/ hoặc TSB nếu vàng da quá nhiều so với tuổi

(Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại). Đánh giá mức độ vàng da bằng mắt có thể không chính xác, đặc biệt ở trẻ da sẫm màu (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 3.2: Đánh giá mức Bilirubin nên dựa trên giờ tuổi của bệnh nhi (Hình 1) (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).



Hình 1: Toán đồ để xác định yếu tố nguy cơ ở trẻ sơ sinh lớn hơn hoặc bằng 36 tuần tuổi thai với cân nặng lớn hơn hoặc bằng 2000gr hoặc trẻ sơ sinh lớn hơn hoặc bằng 35 tuần tuổi thai với cân nặng lớn hơn hoặc bằng 2500gr [3].

nên được theo dõi TSB sau 6 đến 12 giờ. Trẻ B có thể cần đánh giá lại sau 48 giờ.

II.4 Nguyên nhân vàng da

Khuyến cáo 4.1: Nên làm xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân vàng da cho trẻ đang được chiếu đèn hoặc TSB tăng nhanh và không giải thích được nguyên nhân qua bệnh sử và khám lâm sàng (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 4.1.1: Nên làm xét nghiệm tổng phân tích và cấy nước tiểu cho trẻ tăng Bilirubin trực tiếp (hoặc kết hợp). Tầm soát nhiễm trùng huyết nếu có nghi ngờ khi hỏi bệnh sử và khám lâm sàng (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 4.1.2: Nên làm xét nghiệm Bilirubin toàn phần và trực tiếp, để phát hiện ứ mật cho trẻ vàng da trên 3 tuần. Nên tầm soát chức năng tuyến giáp và bệnh galactosemia ở nhóm trẻ này (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 4.1.3: Nếu Bilirubin trực tiếp (hoặc kết hợp) tăng, cần tìm nguyên nhân vàng da ứ mật (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 4.1.4: Đo glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) ở trẻ vàng da đang được chiếu đèn và có tiền căn gia đình gợi ý thiếu G6PD hoặc trẻ đáp ứng kém với chiếu đèn (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

II.5 Đánh giá nguy cơ khi xuất viện

Khuyến cáo 5.1: Trước khi xuất viện, mỗi trẻ sơ sinh cần được đánh giá nguy cơ diễn tiến đến tăng bilirubin nặng, và tất cả các khoa dưỡng nhi sơ sinh nên xây dựng phác đồ đánh giá

nguy cơ này. Việc đánh giá nguy cơ đặc biệt quan trọng đối với những trẻ được xuất viện trước 72 giờ tuổi (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 5.1.1: Hiệp hội hàn lâm Nhi khoa Hoa kỳ đề nghị hai chọn lựa lâm sàng sử dụng riêng lẻ hoặc kết hợp để đánh giá các nguy cơ có hệ thống: đo TSB hoặc TcB trước xuất viện và/hoặc đánh giá các yếu tố nguy cơ lâm sàng. Sử dụng chọn lựa riêng lẻ hoặc kết hợp, việc hẹn trẻ tái khám thích hợp là quan trọng (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

II.6 Phác đồ của bệnh viện và tái khám

Khuyến cáo 6.1: Bệnh viện nên cung cấp thông tin cho cha mẹ trẻ trước khi xuất viện, bằng cách giải thích và phát tờ bướm, trong đó cắt nghĩa về vàng da, sự cần thiết theo dõi vàng da, và lời khuyên nên theo dõi vàng da như thế nào (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 6.1.1: Tất cả nên được thầy thuốc tái khám vài ngày đầu sau xuất viện, để đánh giá trẻ có khoẻ không và có vàng da hay không. Thời gian tái khám tùy thuộc thời gian nằm viện, có yếu tố nguy cơ tăng bilirubin máu hay không (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 6.1.2: Hẹn tái khám như sau:

Thời điểm xuất viện	Giờ tuổi tái khám
Trước 24 giờ tuổi	72
Từ 24 đến 47,9 giờ tuổi	96
Từ 48 đến 72 giờ tuổi	120

(Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 6.1.3: Nếu trẻ có yếu tố nguy cơ diễn tiến đến tăng bilirubin máu nặng, nhưng thân nhân không thể mang trẻ tái khám theo hẹn được, có thể cần cho trẻ xuất viện muộn hơn, cho đến khi thân nhân mang trẻ tái khám theo hẹn được hoặc thời điểm nguy cơ cao nhất đã qua (từ 72 đến 96 giờ) (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 6.1.4: Khi tái khám nên đánh giá cân nặng hiện tại, so sánh với cân nặng lúc sanh, lượng sữa bú có đủ không, tình trạng tiêu tiểu của trẻ, có vàng da hay không (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại). Nếu nghi ngờ trẻ vàng da, nên đo TcB hoặc TSB.

II.7. Xử trí tăng Bilirubin máu

Khuyến cáo 7.1: Hướng dẫn điều trị trình bày ở Bảng 3 và Hình 2 – 3 (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại). Nếu mức TSB không giảm hoặc tiếp tục tăng, mặc dù chiếu đèn tích cực, chứng tỏ có tình trạng tán huyết.

Khuyến cáo 7.1.1: Khi sử dụng hướng dẫn điều trị chiếu đèn hoặc thay máu (Hình 2 – 3) nên dùng trị số Bilirubin toàn phần (không trừ trị số Bilirubin trực tiếp) (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 7.1.2: Nếu TSB vượt quá ngưỡng thay máu (Hình 3) hoặc mức TSB lớn hơn hoặc bằng 25 mg/dL (428 $\mu\text{mol/L}$), trẻ nên được nhập viện ngay và chiếu đèn tích cực. Đây là cấp cứu nội khoa, không nên cho trẻ nhập Khoa cấp cứu, vì làm chậm trễ thời gian chiếu đèn tích cực [14] (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 7.1.3: Thay máu nên được tiến hành bởi nhân viên y tế được huấn luyện, ở tại khoa Hồi sức sơ sinh, có đủ phương tiện theo dõi và hồi sức (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 7.1.4: Trong bệnh tán huyết đồng miễn dịch, người ta đề nghị truyền tĩnh mạch γ - globulin (0,5 – 1g/kg trong 2 giờ) nếu TSB tiếp tục tăng dù chiếu đèn tích cực hoặc TSB nằm ở dưới mức thay máu khoảng 2 – 3 mg/dL (34 – 51 $\mu\text{mol/L}$) (Hình 3). Nếu cần, có thể lập lại liều này sau 12 giờ (Chứng cứ loại B: lợi nhiều hơn hại).

Khuyến cáo 7.1.5: Đo Albumin huyết thanh và xem mức Albumin < 3 g/dL như là một yếu tố nguy cơ để giảm ngưỡng chiếu đèn (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 7.1.6: Nếu cần xem xét thay máu, nên đo Albumin huyết thanh và tính tỷ lệ Bilirubin/ Albumin (B/A) kết hợp với mức TSB để quyết định sự cần thiết thay máu (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Phân loại nguy cơ	Tỷ lệ B/A nên xem xét thay máu	
	TSB (mg/dL)/Alb(g/dL)	TSB (μ mol/L)/Alb(μ mol/L)
Trẻ \geq 38 0/7 tuần	8,0	0,94
Trẻ 35 0/7 -36 6/7 tuần khoẻ hoặc \geq 38 0/7 tuần kèm yếu tố nguy cơ, hay bệnh tán huyết, thiếu G6PD.	7,2	0,84
Trẻ 35 0/7 -37 6/7 tuần kèm yếu tố nguy cơ, hay bệnh tán huyết, thiếu G6PD	6,8	0,80

Bảng 5: Tỷ lệ Bilirubin/ Albumin (B/A)

Khuyến cáo 7.1.7: Đề nghị thay máu lập tức cho bất kỳ trẻ nào vàng da kèm dấu hiệu dấu hiệu bệnh lý não cấp do bilirubin giai đoạn trung gian – tiến triển (bao gồm tăng trương lực, gồng ưỡn người, sốt và khóc thét) ngay cả khi mức TSB đang giảm (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 7.2: Tất cả khoa điều trị trẻ sơ sinh nên trang bị hệ thống chiếu đèn tích cực (Chứng cứ loại D: lợi bất cập hại).

Khuyến cáo 7.3: Đối với trẻ bú mẹ cần chiếu đèn, Hiệp hội hàn lâm Nhi khoa Hoa kỳ (AAP) đề nghị nếu có thể nên tiếp tục cho trẻ bú mẹ (Chứng cứ loại C: có lợi nhiều hơn hại). Có một cách chọn lựa khác là tạm ngưng bú sữa mẹ và thay bằng sữa công thức. Điều này có thể giúp giảm mức Bilirubin và/hoặc tăng hiệu quả chiếu đèn [16] (Chứng cứ loại B: lợi nhiều hơn hại). Trẻ bú mẹ đang chiếu đèn, nếu trẻ sụt cân hoặc có dấu mất nước, nên vắt sữa mẹ cho trẻ bú thêm hoặc cho trẻ bú thêm sữa công thức.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH LÝ RỐI LOẠN CHUYỂN HOÁ GALACTOSE

Ngô Minh Xuân, Vũ Tê Đăng

Trong điều trị trẻ sơ sinh bệnh lý, việc phát hiện các bệnh lý rối loạn chuyển hoá còn gặp nhiều khó khăn, đa phần phát hiện trễ do chưa có chương trình tầm soát một cách tự động cho tất cả các trẻ được sinh ra. Hơn nữa, cho trẻ ăn ngay từ ngay sau sanh là điều bắt buộc để trẻ thích nghi với cuộc sống ngoài tử cung. Nhưng việc cho ăn này cũng tiềm ẩn một nguy cơ cao cho trẻ nếu trẻ có rối loạn trong chuyển hoá một trong các thành phần có trong thức ăn của trẻ. Bệnh lý rối loạn chuyển hoá galactose là một trong các bệnh rối loạn chuyển hoá có thể gặp ở trẻ sơ sinh. Việc phát hiện bệnh thường chậm trễ và trẻ thường được chẩn đoán khi tử vong là chết chưa rõ nguyên nhân. Báo cáo ca bệnh này nhằm mục đích thông báo cho các đồng nghiệp diễn tiến một trường hợp đã được chẩn đoán nhằm tìm ra cách chẩn đoán, phát hiện sớm cũng như hướng xử trí khi bé mắc phải.

Phát hiện bệnh lý rối loạn chuyển hoá galactose thật sự không quá khó, nhưng đòi hỏi sự cẩn thận và tầm soát tốt cũng như thận trọng trong điều trị. Hiện tại ở Việt Nam, gia đình có trẻ bị mắc phải bệnh lý này phải hy sinh một vài bé đầu do chúng ta chưa có chương trình triển khai tầm soát 48 loại bệnh lý rối loạn chuyển hoá bẩm sinh. Việc tầm soát không quá phức tạp nhưng khá tốn kém và phải gửi mẫu ra nước ngoài, kết quả trả về cũng khá chậm. Thông qua báo cáo trường hợp bệnh này nhằm gióng lên hồi chuông cảnh báo các bệnh lý rối loạn chuyển hoá có thể có ở trẻ mà thường khi tử vong được chẩn đoán là chết chưa rõ nguyên nhân. Rất mong chương trình tầm soát các bệnh lý rối loạn chuyển hoá có thể được triển khai tại Việt Nam và được thực hiện rộng rãi cho tất cả các trẻ được sinh ra tại Việt Nam.

A REPORT OF GALACTOSEMIA DIAGNOSED AND MANAGED AFTER BIRTH AT TU DU HOSPITAL, VIETNAM

Ngô Minh Xuân, Vũ Tê Đăng

In the treatment of infant diseases, the detection of pathological metabolic disorders is very difficult. Because there are no screening programs for all newborns after births. Infact, feeding an infant immediately after birth is necessary for children to survive outside the womb, but it may cause a severe problem if the baby have a metabolic disorders. Pathological galactose metabolic disorders is one of the metabolic disorders in infants. The disease is usually detected late and the baby may die before having a final cause. This report aims to inform other colleague a special case that has been diagnosed and help us to have more experience about galactosemia.

Detecting pathological galactose metabolic disorders is not too difficult, but it requires a good screening and a careful treatment. In Vietnam, families that have a children suffering from this disease have to sacrifice one or two first baby because we have not implemented a screening program of 48 types of these diseases congenital metabolic disorders. The screening is not too complicated but is quite expensive and we have to send samples to others countries, so the returned results is also quite slow. Through this report cases may help to find out a solution for diagnosis of pathological metabolic disorders in children that may be diagnosed as dead of unknown causes. We hope the program of medical screening for metabolic disorders can be deployed in Vietnam and is widely implemented for all children born in Vietnam.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ BẢO VỆ NÃO TRÁNH TỔN THƯƠNG TỪ BỆNH LÝ THIẾU OXY MÁU NÃO DO SANH NGẠT Ở BẤT CỨ NƠI NÀO TRÊN THẾ GIỚI.

Masaki Shimizu

Bệnh lý thiếu oxy máu não do sanh ngạt là một trong những nguyên nhân gây tàn tật vĩnh viễn trong giai đoạn sơ sinh. Hiện tại, liệu pháp hạ thân nhiệt cho trẻ sơ sinh bị HIE đã trở nên phổ biến ở những quốc gia tiên tiến. Hiệu quả của liệu pháp này đã được báo cáo trong nhiều y văn trên thế giới. những hướng dẫn về liệu pháp hạ thân nhiệt được công bố bởi ILCOR và nó được khuyến cáo cho bệnh lý do thiếu oxy máu não từ trung bình đến nặng. Bởi vì liệu pháp hạ thân nhiệt cần nhiều thiết bị hay dụng cụ y tế cho việc làm lạnh, theo dõi, thông khí, hỗ trợ tuần hoàn và nhiều thứ khác, cho nên không phải quốc gia nào trên thế giới cũng có thể trang bị để áp dụng liệu pháp này. Liệu pháp kiểm soát thân nhiệt ở nhiệt độ bình thường là một cách khác để bảo vệ não tránh tổn thương từ bệnh lý thiếu oxy máu não do sanh ngạt khi mà những thiết bị trang bị cho liệu pháp hạ thân nhiệt chưa sẵn sàng. Liệu pháp kiểm soát thân nhiệt ở nhiệt độ bình thường được xem như là một liệu pháp dễ dàng thực hiện để bảo vệ não tránh tổn thương do HIE ở bất cứ đâu..

Tôi hy vọng rằng tất cả những trẻ sơ sinh bị HIE trên khắp thế giới sẽ nhận được sự bảo vệ.

HOW TO PROTECT THE BRAIN WITH HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY IN THE ANY COUNTRY.

Masaki Shimizu

Hypoxic-ischemic encephalopathy is one of the reasons for the eternal disabilities in neonatal periods. In this decade, the brain hypothermia(34°C) for neonatal HIE had become popular in the medically advanced countries. The beneficial efficacy of brain hypothermia was reported with many literatures in the world. The guidelines for brain hypothermia were published from ILCOR and it's recommend for moderate and severs hypoxic-ischemic encephalopathy. Because of the brain hypothermia therapy need the many medical devices for the cooling, the monitoring, the ventilating, the support of circulate and other, all of the country in the world not yet to prepare for this treatment. The brain normothermia(36°C) therapy is the other way to protect the brain from HIE without particular device for the cooling. Before the preparation of many devices for the brain hypothermia, the normothermia therapy was consider the easy method for protection the brain with HIE in any country.

I hope that all of baby with HIE could receive the brain protection at any country.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU KẾT HỢP MÔ HÌNH SẢN NHI TRONG XỬ TRÍ CÁC DỊ TẬT TIM BẨM SINH

Lê Nhật Trung, Trương Bá Lưu, Nguyễn Minh Trí Việt

Đặt vấn đề: Dị tật tim chiếm tỷ lệ cao nhất trong các dị tật phát hiện trước và sau sinh. Chẩn đoán các dị tật này trong giai đoạn trước sinh có ý nghĩa quan trọng trong tham vấn và xử trí các dị tật này trước và sau sinh, giảm các biến cố mất bù tim mạch trong giai đoạn chuyển dạ cũng như giai đoạn sơ sinh. Nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc chu sinh cho trẻ.

Mục đích nghiên cứu: Tổng kết mô hình kết hợp sản nhi trong tham vấn và xử trí các dị tật tim

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các sản phụ được siêu âm định kỳ và các bác sỹ sản khoa từ hai bệnh viện Từ Dũ và bệnh viện Hùng Vương phát hiện bất thường trên siêu âm. Sản phụ đăng ký siêu âm tim thai và tham vấn tim mạch do bác sỹ tim mạch bệnh viện Nhi đồng 2 thực hiện. Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Kết quả nghiên cứu: Từ tháng 6/2011 đến tháng 11/2012 có 79 bệnh nhân được siêu âm tim thai và tham vấn tim mạch.

Tuổi trung bình là 28,38 tuổi, cao nhất là 40 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi.

Trong đó nhóm bệnh có khả năng cần can thiệp ngay sau sinh là 60% (tắc nghẽn tim phải 26,67%, tắc nghẽn tim trái 22,67%, rối loạn nhịp nặng là 5,33% (2 bệnh nhân trong nhóm này được điều trị thuốc trước sinh). Chúng tôi cũng thực hiện siêu âm tim để đánh giá tình trạng huyết động thai nhi trong 16%, các dị tật tim bẩm sinh nặng khác chiếm 8%, các tổn thương khác chiếm tỷ lệ thấp hơn là nốt sáng trong buồng tim, thông liên thất, tràn dịch màng tim.....

Kết luận: Những kết quả sơ bộ cho thấy có khoảng 60% thai nhi trong nhóm nghiên cứu có bất thường tim mạch cần theo dõi sát ngay giai đoạn sơ sinh vì khả năng mất bù giai đoạn sau sinh do ồng động mạch đóng. Có 2 trường hợp rối loạn nhịp có ảnh hưởng huyết động cần điều trị trước sinh và theo dõi. Tất cả các trường hợp khác được tham vấn và lên kế hoạch theo dõi, điều trị sau sinh.

Kết quả nghiên cứu sơ bộ gợi ý cần phát hiện sớm các dị tật tim và tham vấn điều trị ngay giai đoạn trước sinh để công tác chăm sóc và điều trị sau sinh đạt kết quả tốt hơn.

INITIAL RESULTS OF MODEL APPROACH OF OBSTETRIC AND PEDIATRIC SPECIALISTS IN MANAGEMENT OF CONGENITAL HEART DEFECTS

Lê Nhật Trung, Trương Bá Lưu , Nguyễn Minh Trí Việt

Background

Heart defects accounted for the highest percentage of defects detected before and after birth. Diagnosis of defects in the prenatal period have significance in the counseling and management of defects before and after birth, reduce cardiovascular decompensations of labor and the neonatal period, and enhance the effectiveness of perinatal care for newborn.

Research Objectives: summary of INITIAL RESULTS OF model approach of obstetric and pediatric specialists in management of congenital heart defects

Research results: From April 6/2011 to December 11/2012, From 6/2011 to 11/2012 79 patients have fetal echocardiography and cardiac counseling in cardiac department of children Hospital.

The average age is 28.38 years old, 40 years old is the highest and the lowest is 19 years old.

In this group of patients likely to need intervention immediately after birth is 60% (26.67% right heart obstruction, left heart obstruction 22.67% and severe arrhythmias is 5.33% (2 patients in group this drug treatment before birth)). We also perform echocardiograms to assess fetal hemodynamic status in 16%, and severe congenital heart defects 8% (Heterotaxy.). The other echo images such as bright spots in the chambers of the heart, in ventricular septum, pericardial effusion are less common.

Conclusion

The preliminary results showed that about 60% of fetuses in the study group with cardiovascular abnormalities should be monitored closely at neonatal period for the potential decompensating events by closing the ductus arteriosus. There are two cases of arrhythmia with hemodynamic decompensation requiring treatment and prenatal monitoring. All other cases are scheduled consultations, follow-up and treatment after birth.

Preliminary study results suggest need for early detection of heart defects and prenatal counseling for the better care of newborn.

CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA BỆNH PHỔI MẠN Ở TRẺ SINH NON

Nguyễn Thu Tịnh

Sự tiến bộ trong chăm sóc – hồi sức trẻ sơ sinh ngày càng giúp cứu sống nhiều trẻ sinh non. Gắn liền với tần suất trẻ sinh non được cứu sống gia tăng là các bệnh lý mạn tính và kết quả phát triển thần kinh - nhận thức ngày càng là vấn đề lớn. Trong số đó, bệnh phổi mạn ở trẻ sơ sinh (CLD) hay còn gọi là loạn sản phế quản phổi (BPD) như là một trong các chỉ tố cho thấy sự thành công trong chăm sóc trẻ sinh non có hiệu quả hay là cũng được xem là cái giá phải trả cho sự thành công! Bệnh phổi mạn là bệnh mạn tính ở trẻ sinh non được điều trị với oxy và thở máy. Tuy nhiên, sự tiến bộ trong nghiên cứu cơ chế bệnh sinh cho thấy có rất nhiều yếu tố liên quan sự tiến triển của bệnh. Bệnh phổi mạn có thể để lại các hậu quả trước mắt như lệ thuộc oxy hay máy thở kéo dài, nhiễm trùng tái phát, kéo dài thời gian nằm viện... hay những hậu quả lâu dài như tăng tỷ lệ nhập viện vì bệnh đường hô hấp, nhiễm trùng hô hấp tái phát, chậm tăng trưởng và phát triển thần kinh – nhận thức về sau. Bệnh phổi mạn là không thể tránh khỏi và điều trị bệnh phổi mạn rất khó khăn và tốn kém. Do đó, vấn đề phòng ngừa được đặt ra. Những bằng chứng gần đây cho thấy có nhiều chiến lược có thể áp dụng nhằm làm giảm tỷ lệ bệnh phổi mạn ở trẻ sinh non cũng như có những nghiên cứu cho thấy có thể tiên đoán sự tiến triển bệnh phổi mạn cho từng cá nhân cụ thể. Thật không may là không phải biện pháp nào cũng cho thấy có hiệu quả cũng như có thể áp dụng trong điều kiện của nước ta. Bài này nhằm thảo luận các biện pháp nhằm phòng ngừa bệnh phổi mạn dựa trên các bằng chứng hiện tại ở các nước phát triển nhằm áp dụng trong điều kiện hiện tại của chúng ta.

STRATEGIES TO PREVENT CHRONIC LUNG DISEASE IN PRETERM INFANTS

Nguyễn Thu Tịnh

Advances in neonatal resuscitation and care to help us save as many as the premature infants. The increasing rate of the survived premature infants associated with the increasing chronic diseases and neurodevelopmental impairment. Among these conditions, chronic lung disease in neonates (CLD), also known as bronchopulmonary dysplasia (BPD) is one of indicators shows the success in the care of premature infants and is also the price to pay for success! Chronic lung disease is defined as a chronic disease in premature infants who treated with oxygen and mechanical ventilation. Nowadays, the advances in the pathogenesis mechanism shows that there are many factors associated with the developing of the disease. Chronic lung disease may be associated with short-term outcomes such as oxygen dependency or prolonged mechanical ventilation, recurrent infection, prolonged length of stay or long-term consequences such as increased rates of hospitalization due to respiratory tract diseases, recurrent respiratory infections, and impaired growth and neurodevelopment. Chronic lung disease is inevitable and treatment of chronic lung disease is difficult and expensive. Therefore, the aspects of prevention is discussed. Recent evidences show that there are many strategies can be applied to reduce the incidence of chronic lung disease in premature infants. Many studies pointed that we can predict to developing chronic lung disease in the individuals. Unfortunately, not all measures are also shown to be effective and can be applied in limited resources nurseries. This talk aims to discuss the current evidence based measures to prevent effectively chronic lung disease in premature infants.

POSTER

HIỆU QUẢ CỦA MISOPROSTOL ĐẶT DƯỚI LƯỠI TRONG CHẤM DỨT THAI KỲ Ở THAI 23- 27 TUẦN ỐI VỮ NON

Trần Thị Nhật Thiên Trang, Lê Hồng Cẩm

Mở đầu: Ối vữ non ở tam cá nguyệt II là chiếm khoảng 0,4- 0,7% thai kỳ. Xử trí bảo tồn hay chấm dứt thai kỳ tùy thuộc vào tuổi thai, có hay không nhiễm trùng ối, lượng nước ối còn lại. Thai nhi ở tuổi thai 23 – 27 tuần không có khả năng sinh tồn. Gặp thai ở tuổi thai này là một thủ thuật xâm lấn khó. Vì thế misoprostol đặt dưới lưỡi được chỉ định trong hầu hết các ca chỉ định chấm dứt thai kỳ ở tuổi thai này

Mục tiêu: xác định tỷ lệ sanh ngã âm đạo thành công trong 24 giờ sau đặt misoprostol dưới lưỡi ở những trường hợp ối vữ non, thai 23- 27 tuần có chỉ định chấm dứt thai kỳ.

Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu là báo cáo hàng loạt ca tiền cứu, từ tháng 11/2011 đến tháng 5/2012. với 49 trường hợp ối vữ non, thai 23- 27 tuần có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại khoa Sản bệnh viện Từ Dũ. Chúng tôi cho các sản phụ đặt dưới lưỡi 100µg misoprostol, đánh giá điểm số Bishop, và cơn gò mỗi 4 giờ. Nếu cơn gò < 3 cơn/ 10 phút sẽ được đặt liều tiếp theo (tối đa 5 liều) cho đến khi sanh.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ sanh ngã âm đạo trong 24 giờ là 87,7%; trong 48 giờ là 95,9% và 100% trường hợp đều sanh được an toàn qua ngã âm đạo. Không ghi nhận bất kỳ một tác dụng không mong muốn nào trong nghiên cứu.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, misoprostol

EFFICACY OF SUBLINGUAL MISOPROSTOL FOR PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES BETWEEN 23 AND 27 WEEKS PREGNANCY TERMINATION

Trần Thị Nhật Thiên Trang, Lê Hồng Cẩm

Background: The rate of midtrimester pregnancies complicated with preterm premature rupture of membranes (PPROM) was 0.4 to 0.7%. The indication for expectant or active management depended on gestational age, the presence of chorioamnionitis and the amniotic fluid remained. The fetus from 23 to 27 weeks couldnot survived. Furthermore, extraction abortion for termination of this gestational age is very difficult. As the result, sublingual misoprostol is assigned for most of the appropriate cases.

Objectives: to evaluate the efficacy and side effects of sublingual misoprostol for pregnancy termination in preterm premature rupture of the membranes at 23 and 27 weeks.

Methods: we conduct a prospective case series study from November the first, 2011 to May the fifth, 2012. The study included 49 cases of preterm premature rupture of membranes at 23 to 27 weeks that had indication for pregnancy termination in delivery ward of Tu Du Hospital, which were given 100 µg sublingual misoprostol at four hourly intervals (maximum of 5 doses). We evaluated the Bishop score, uterine contraction every 4 hour until delivery.

Result: The rates of vaginal delivery in 24 and 48 hours were 87,7% and 95,9% respectively. Vaginal delivery was achieved safely in 100%. No side effect was reported in any case.

HIỆU QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ỐNG THÔNG FOLEY Ở THAI DỊ TẬT BẨM SINH ≥ 20 TUẦN TRÊN THAI PHỤ CÓ VẾT MỔ LẤY THAI MỘT LẦN

Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Hồng Cẩm

Mở đầu: khởi phát chuyển dạ là can thiệp nhằm tạo ra cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên gây xóa mờ cổ tử cung và sổ thai. Có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ như sử dụng thuốc hoặc bằng phương pháp cơ học. Tuy nhiên, khởi phát chuyển dạ trên thai phụ có vết mổ lấy thai cũ phải hết sức cân nhắc và thận trọng để hạn chế tai biến nứt hoặc vỡ tử cung. Sử dụng ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung gây chuyển dạ là chọn lựa ưu tiên trong các trường hợp này.

Mục tiêu: xác định tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai dị tật bẩm sinh có tuổi thai ≥ 20 tuần trên thai phụ có vết mổ lấy thai cũ một lần.

Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu là báo cáo hàng loạt ca tiền cứu, từ tháng 10/2011 đến tháng 4/2012 có 32 trường hợp thai dị tật bẩm sinh với tuổi thai ≥ 20 tuần ở thai phụ có vết mổ lấy thai một lần có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại khoa sản A bệnh viện Từ Dũ. Chúng tôi sử dụng ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung cho thai phụ gây khởi phát chuyển dạ, khi cổ tử cung mở 3cm, gò 2-3 cơn trong 10 phút xem như khởi phát thành công. Nếu chưa vào chuyển dạ sẽ đặt ống thông Foley lần 2. Sau 2 lần đặt ống thông mà không vào chuyển dạ xem như phương pháp khởi phát chuyển dạ thất bại.

Kết quả: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công sau đặt ống thông Foley lần thứ 1 là 21,9%, sau đặt ống thông Foley lần 2 là 71,9%. Tất cả các trường hợp đều sinh ngã âm đạo, không ghi nhận tai biến nứt vết mổ hoặc vỡ tử cung.

Kết luận: Trong những trường hợp thai phụ có tiền căn mổ lấy thai, nếu cần chấm dứt thai kỳ, ống thông Foley đặt kênh CTC để khởi phát chuyển dạ cho hiệu quả tốt, chưa có tai biến, tuy nhiên cỡ mẫu nhỏ cần được nghiên cứu thêm.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, ống thông Foley, thai ≥ 20 tuần, thai dị tật bẩm sinh, vết mổ cũ lấy thai

THE EFFICACY OF USING FOLEY CATHETER TO INDUCE LABOUR OF \geq 20-WEEK PREGNANCY HAVING CONGENITAL FETAL ANOMALIES IN WOMEN WITH PRIOR CESAREAN

Phạm Thị Mỹ Hạnh, Lê Hồng Cẩm

Background: Induction of labor is a method of artificially stimulating childbirth in a woman before having spontaneous delivery. Methods for induction of labor include mechanical or medication. Precautions should be taken when applying induction of labor in women with prior cesarean to avoid uterine rupture. Induction of labor using Foley catheter is a method of choice in this case.

Objectives: To identify the success rate of induction of labor using Foley catheter for \geq 20-week pregnancy having congenital fetal anomalies in women with prior cesarean.

Methods: This was a prospective case series report conducting at Department of High Risk Pregnancy of Tu Du Hospital from October 2011 to April 2012. Thirty-two women with prior cesarean having \geq 20-week pregnancies that were indicated for termination of pregnancy due to congenital fetal anomalies were recruited into the study. Induction of labor was carried out by placing a Foley catheter in the cervical canal and inflating its balloon. Success was defined as the achievement of 3 uterine contractions in 10 minutes and 3-cm cervical effacement. If labor did not occur, the procedure was repeated the second time. If labor did not occur after 2 times of induction of labor using Foley catheter, it was considered failure.

Result: The success rate of induction of labor after 1 time of using Foley catheter was 21.9% and after 2 times of using Foley catheter was 71.9%. All cases had vaginal deliveries. No uterine scar dehiscence or uterine rupture was recorded.

Conclusions: Induction of labor by using Foley catheter in women with prior cesarean is effective and uncomplicated. However, the sample size of this study is small and more studies are awaited.

Keywords: induction of labor, Foley catheter, 20-week pregnancy, congenital fetal anomalies, prior cesarean.

SO SÁNH HIỆU QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ CỦA PROSTAGLANDIN E2 VÀ ỐNG THÔNG FOLEY Ở THAI ≥ 37 TUẦN THIỂU ỒI

Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Phạm Việt Thanh

Mở đầu: Khởi phát chuyển dạ là một can thiệp lâm sàng thường gặp trong sản khoa, trong đó thiếu ối là một chỉ định thường gặp. Phương pháp cơ học và dược học thường được sử dụng để khởi phát chuyển dạ.

Mục tiêu: mục tiêu chính là so sánh hiệu quả KPCD của prostaglandin E2 gel với thông foley đặt kênh cổ tử cung ở thai ≥ 37 tuần thiếu ối. Mục tiêu phụ là so sánh kết cục chuyển dạ của giai đoạn I - II; so sánh tác dụng không mong muốn và biến chứng giữa 2 phương pháp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu : trong thời gian 15/10/2011 – 15/02/2012, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ở thai phụ ≥ 37 tuần thiếu ối, tại Bệnh viện Từ Dũ. Với mỗi nhóm 50 thai phụ, *nhóm thử nghiệm:* KPCD bằng PGE2 gel, *nhóm chứng:* KPCD bằng foley, thể tích bóng bơm 60ml.

Kết quả và kết luận: Hiệu quả KPCD thành công của phương pháp PGE2 và foley (80% và 76%) với $p > 0,05$. Một số điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết cục chuyển dạ giữa 2 phương pháp ($p < 0,05$): thay đổi điểm Bishop sau KPCD bằng PGE2 cao hơn foley; thời gian từ khi KPCD đến sanh của PGE2 ngắn hơn foley; tăng cơ bằng oxytocin sau KPCD nhóm PGE2 thấp hơn foley; cơn gò nhiều hơn ở nhóm PGE2 so với foley. Tác dụng không mong muốn sau KPCD bằng PGE2: sốt (2%), buồn nôn – nôn (10%), tiêu chảy (2%), vỡ ối (4%), nhiễm trùng (2%), cơn gò cường tính (6%). Foley không ghi nhận trường hợp nào. Sự khó chịu khi KPCD bằng foley 30%, PGE2 14%.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, prostaglandin E2 gel, thông foley

COMPARES THE EFFICIENCY OF INTRACERVICAL PROSTAGLANDIN E2 GEL AND FOLEY'S CATHETER FOR LABOR INDUCTION AT OLIGOHYDRAMNIOTIC PREGNANCY \geq 37 WEEKS

Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Phạm Việt Thanh

Background: Labor induction is one of the most common clinical interventions in obstetrics; in which oligohydramnios is a common obstetrical disease that needs indication of labor induction. Both mechanical and pharmacological methods are used for induction of labor.

Objectives: The primary outcome is comparing the efficiency of labor induction using intracervical PGE2 gel and intracervical foley catheter among oligohydramniotic pregnancies aged \geq 37 weeks. The secondary outcome is comparing results of stage I and II labor induction and side effects & complications between intracervical PGE2 gel and foley catheter.

Methods: From 15/10/2011 to 15/02/2012, we conducted a controlled randomized clinical trial for oligohydramniotic pregnant women aged \geq 37 weeks admitted to Tu Du Hospital, Ho Chi Minh City. Eligible participants were randomized to undergo labor induction with PGE2 gel or foley catheter (60ml). There were 50 pregnant women in each group.

Results & conclusion: There was no significant difference in efficiency between PGE2 gel (80%) & foley method (76%), $p > 0.05$. Some significant differences in results of stage I & II labor induction were found between PGE2 gel and foley methods, including: Bishop score changes; time from induction to labor; rate of oxytocin use, respectively. Uterine contraction in PGE2 gel group was significantly higher than Foley group. Fever (2%), nausea – vomiting (10%), diarrhoea (2%), rupture of amniotic membranes (4%), infection (2%), hypertonic contractibility (6%) were side effects reported in PGE2 group, but none was seen in foley group. Complaints of uncomforness was reported in 30% of mothers in foley group and 14% in PGE2 group.

Keywords: PGE₂, Foley's catheter, labor induction

XÂY DỰNG QUY TRÌNH KỸ THUẬT NUÔI CẤY GAI NHAU LÀM NHIỄM SẮC THỂ ĐỒ

*Lê Thị Khánh Linh, Đặng Lê Dung Nghi, Nguyễn Vạn Thông,
Nguyễn Thị Thanh Trúc, Phạm Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Trương*

Mục tiêu: sàng lọc hội chứng Down ở tam cá nguyệt thứ nhất bằng sinh hoá (PAPP-A và β hCG tự do) và đo khoảng mờ vùng gáy (NT) đã được tiên hành tại nhiều trung tâm ở Việt Nam. Quy trình kỹ thuật nuôi cấy gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ chưa được thực hiện thường quy tại Việt Nam. Nhiễm sắc thể đồ tế bào gai nhau vẫn được xem là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán bất thường nhiễm sắc thể cũng như chẩn đoán bất thường thể khảm của gai nhau. Triển khai quy trình nuôi cấy giúp hoàn thiện quy trình tầm soát và chẩn đoán hội chứng Down cũng như các bất thường nhiễm sắc thể trong tam cá nguyệt thứ nhất của thai kỳ. Bên cạnh đó việc chẩn đoán những bất thường nhiễm sắc thể trên mô gai nhau thai lưu cũng giúp tìm ra các nguyên nhân do bất thường nhiễm sắc thể.

Phương pháp: chúng tôi thực hiện nuôi cấy tế bào trên 2 loại mô gai nhau. Nhóm I: mô gai nhau thai lưu được nạo hút và giữ trong điều kiện vô trùng, nhóm II: mô gai nhau sau khi thực hiện thủ thuật sinh thiết gai nhau. Mô gai nhau sau khi thu nhận được kiểm tra, rửa sạch và nuôi cấy theo kỹ thuật in-situ trên flacon sau đó được đánh bong bằng trypsin để nuôi trên lamên. Các lamên được xử lý ngưng phân bào, sốc nhuộm tương, cố định tế bào, nhuộm băng G và phân tích bằng phần mềm Ikaros.

Kết quả: chúng tôi đã thực hiện cấy gai nhau cho 130 trường hợp trong đó có 33 ca trong nhóm I và 97 ca nhóm II. Tỷ lệ nuôi cấy thành công và ra kết quả nhiễm sắc thể đồ lần lượt ở 2 nhóm là 64% và 93%. Tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể cho 2 nhóm là 38% và 29%. Trong 111 ca có kết quả karyotype chúng tôi phát hiện có 34 (31%) trường hợp bất thường nhiễm sắc thể với 9 ca monosomy X (26%), 8 ca trisomy 21 (24%), 7 ca trisomy 13 (21%), 5 ca trisomy 18 (15%), 2 ca trisomy 16 (6%), 2 ca triploidy XXX (6%), 1 ca 70,XXXX (3%). Thời gian trả kết quả trung bình là 4 tuần.

Kết luận: chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật nuôi cấy gai nhau làm nhiễm sắc thể đồ thành công. Đây là tiền đề cho việc chuẩn bị triển khai chương trình tầm soát hội chứng Down trong 3 tháng đầu.

ESTABLISH KARYOTYPE PROCEDURE ON VILLIS SAMPLES

*Lê Thị Khánh Linh, Đặng Lê Dung Nghi, Nguyễn Vạn Thông,
Nguyễn Thị Thanh Trúc, Phạm Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Trương*

Objective: Fetal nuchal translucency (NT) combined with free- β -human chorionic gonadotrophin and pregnancy-associated plasma protein-A in maternal serum have been used in several centers in Vietnam to screen Down syndrome in the first trimester. Culture of chorionic villis to establish karyotype hasn't been done routinely in Vietnam yet. Karyotype of chorionic villis has been considered as the "gold standard" in detecting chromosomal abnormalities as well as mosaicism abnormalities. Development of this culture technique has improved the Down syndrome and chromosomal abnormality screening and diagnosis in the first trimester of pregnancy. The diagnosis of chromosomal abnormalities on chorionic villis of abortus also helps to find out chromosomal abnormality causes.

Method: we performed culture in two types of tissue. Group I: villis tissue from abortus fetus after suction curettage kept in sterile condition, group II: villis tissue from chorionic villis sampling procedure. The villis cells were washed, cultured on falcon by in-situ technique, and then removed by trypsin to feed on the coverslip. The coverslips were hypotonically shocked, fixed, G banded and analyzed by Ikaros software.

Result: 130 cases (33 cases of group I and 97 cases of group II) were cultured and performed karyotype. Success rate were 64% in Group I and 93% in Group II. Chromosomal abnormality rate in Group I and II were 38% and 29%, respectively. In 111 cases with karyotype we found 34 (31%) cases with chromosomal abnormalities, including 9 (26%) monosomy X cases, 8 (24%) trisomy 21 cases, 7 (21%) trisomy 13 cases, 5 (15%) trisomy 18 cases, 2 (6%) trisomy 16 cases, 2 (6%) triploidy XXX cases, 1 (3%) 70, XXXX case. Results were obtained after 4 weeks.

Conclusion: We have successfully performed CVS culture with karyotype. This is the initial step for the preparation of Down syndrome screening in the first trimester implementation.

Key word: karyotype, villis, Down syndrome screening

BƯỚC ĐẦU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PCR-ELISA TRONG CHẨN ĐOÁN 10 ĐỘT BIẾN THƯỜNG GẶP GÂY BỆNH BETA – THALASSEMIA

Lê Nguyễn Vân Khanh, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Vạn Thông

Mục tiêu: Thực hiện và đánh giá khả năng ứng dụng kỹ thuật PCR-ELISA trong chẩn đoán 10 loại đột biến thường gặp bệnh β -Thalassemia.

Phương pháp: Thực hiện kỹ thuật PCR-ELISA trên mẫu máu, mẫu ối thu được từ các cặp vợ chồng thai phụ đến khám và được tầm soát thalassemia tại Bệnh Viện Hùng Vương. Kết quả được so sánh với tiêu chuẩn vàng là kỹ thuật giải trình tự gen β -Thalassemia.

Kết quả: Kỹ thuật PCR-ELISA và giải trình tự gen β -Thalassemia được thực hiện đồng thời trên 44 mẫu ối và máu. Trong đó có 41 ca (93.2%) cho kết quả trùng khớp với kết quả giải trình tự, 2 ca dương giả (4.5%) và 1 ca âm giả (2.3%).

Kết luận: Với tỉ lệ khác biệt 6.8% giữa kết quả của PCR-ELISA và giải trình tự gen β -Thalassemia cho thấy tiềm năng áp dụng phương pháp này trong chẩn đoán đột biến ở bệnh β -Thalassemia do đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện. Tuy nhiên, cần phải nghiên cứu, cải tiến, làm tăng độ chính xác của kỹ thuật trước khi đưa vào áp dụng.

Từ khoá: β -Thalassemia, PCR-ELISA, giải trình tự

DETECTION OF 10 COMMON MUTATIONS IN BETA – THALASSEMIA USING PCR-ELISA – THE INITIAL ASSEMENT

Lê Nguyễn Vân Khanh, Phạm Hùng Vân, Nguyễn Vạn Thông

Objection: To perform and evaluate the applicability of PCR-ELISA in detecting 10 common mutations in β -Thalassemia.

Method: Performed PCR-ELISA technique on blood and amniotic fluid samples collected from couples visiting and being screened Thalassemia in Hung Vuong Hospital. The obtained results are compared with Sequencing's results.

Results: PCR-ELISA and Sequencing were performed on 44 blood and amniotic samples, in which 41 cases (93.2%) had the same results as Sequencing's results, 2 cases (4.5%) were false positive and 1 case (2.3%) was false negative.

Conclusion: PCR-ELISA is a potential, simple and easily-performed technique in detecting β -Thalassemia mutations. However, PCR-ELISA needs more study and improvement before introducing into application.

Key words: β -Thalassemia, PCR-ELISA, Sequencing.

PCOS- MỘT SỐ TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN HIỆN NAY

Võ Thanh Liên Anh

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) là tình trạng rối loạn nội tiết thường thấy, gặp ở 5-10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (1). Biểu hiện lâm sàng thường gặp như rối loạn hay không phóng noãn, cường androgen (biểu hiện trên lâm sàng hay xét nghiệm sinh hóa), và sự hiện diện của buồng trứng đa nang. Do sinh bệnh học của hội chứng vẫn chưa được khẳng định cho đến hiện nay, đồng thời của biểu hiện lâm sàng hội chứng cũng rất đa dạng, kh ông đồng nhất như rối loạn kinh nguyệt, vô sinh, rậm lông, mụn trứng cá..., hội chứng này gây rất nhiều tranh cãi về chẩn đoán cũng như phương thức điều trị. Hội nghị đầu tiên được tổ chức ở Rotterdam, Netherlands vào năm 2003 để thống nhất chẩn đoán PCOS. Hội nghị thứ 2 tổ chức ở Thessaloniki, Greece năm 2007 thống nhất việc điều trị hiếm muộn ở bệnh nhân PCOS. Hội nghị lần thứ 3 diễn ra tại Amsterdam năm 2010 tập trung vào việc chăm sóc sức khỏe chung cũng như sức khỏe sinh sản của phụ nữ PCOS

Một số quan điểm điều trị hiện tại ở bệnh nhân hiếm muộn PCOS

1. Tình trạng rối loạn hay không phóng noãn của phụ nữ PCOS mong con

a. Thay đổi lối sống:

- Giảm cân là khuyến cáo đầu tiên cho bệnh nhân PCOS có béo phì trước khi can thiệp điều trị thuốc.
- Cách thức giảm cân có thể bằng: chế độ ăn, tập thể dục, sử dụng thuốc giảm béo...
- Việc giảm cân 5-10% trọng lượng hiện tại giúp bệnh nhân PCOS có thừa cân hay béo phì khôi phục lại chu kỳ kinh nguyệt đều đặn, phóng noãn tự nhiên

b. Clomiphene citrate

- Vẫn là thuốc lựa chọn đầu tay gây phóng noãn ở bệnh nhân PCOS không phóng noãn
- Việc lựa chọn bệnh nhân điều trị với CC nên phối hợp với các yếu tố khác như BMI, tuổi, và các nguyên nhân vô sinh phối hợp
- Liều dùng: khởi đầu 50mg/ ngày từ ngày 2-5 của chu kỳ. Liều tối đa được khuyến cáo 150mg/ ngày (không quá 750mg/ chu kỳ)
- 75-80% bệnh nhân PCOS sẽ phóng noãn khi kích thích phóng noãn bằng CC (2,3)
- Thời gian điều trị nên giới hạn ở 6 chu kỳ
- Việc phối hợp đầu tay CC với Metformin hay Dexamethasone không có hiệu quả phóng noãn tốt hơn cũng như tỉ lệ sanh sống (4,5)

c. Thuốc tăng nhạy cảm với insulin

- Sử dụng Metformin một mình để kích thích phóng noãn có hiệu quả kém hơn CC, chỉ ngang ngửa với việc giảm cân và thay đổi lối sống (6)
- Phối hợp CC và Metformin cũng không làm tăng hiệu quả gây phóng noãn, tỉ lệ có thai cũng như tỉ lệ sanh sống so với sử dụng CC một mình (5,7)
- Hiện tại, việc sử dụng Metformin chỉ nên giới hạn ở bệnh nhân PCOS có rối loạn bất dung nạp đường hay kháng với CC (8)

d. Thuốc ức chế men thơm hóa aromatase inhibitor:

- Thuốc ức chế men thơm hóa- Letrozole vốn được sử dụng ngăn ngừa và điều trị ung thư vú đầu tiên được báo cáo sử dụng gây phóng noãn bởi Mitwally và Casper năm 2001
- Letrozole có hiệu quả tương đương CC trong vai trò kích thích buồng trứng ở bệnh nhân PCOS cũng như về tỉ lệ có thai, tỉ lệ sanh sống, đa thai mặc dù số lượng trứng trưởng

thành và nồng độ estrogen của mỗi chu kỳ thấp hơn rõ ở các bệnh nhân sử dụng letrozole (9,10)

- e. Gonadotropins
 - Là lựa chọn thứ 2 nếu bệnh nhân PCOS thất bại với CC
 - Sử dụng các phác đồ kích thích liều thấp (37.5-50 IU/ ngày) để tránh nguy cơ đáp ứng quá mức
 - Thời gian điều trị nên giới hạn ở 6 chu kỳ
 - Cần phải theo dõi đáp ứng buồng trứng chặt chẽ nhằm tránh các biến chứng đa thai và quá kích buồng trứng

- f. Phẫu thuật đốt điểm buồng trứng
 - Có thể là 1 chỉ định thay thế cho liệu pháp điều trị Gonadotropins ở những bệnh nhân PCOS kháng CC, hoặc có thể chỉ định ở những bệnh nhân có nồng độ LH tăng cao kéo dài
 - Số điểm đốt: 4 điểm / buồng trứng là có thể có đủ hiệu quả và ít gây biến chứng
 - Dụng cụ: Đốt điện đơn cực hay laser không có khác biệt về kết quả

- g. Thụ tinh trong ống nghiệm
 - Thụ tinh ống nghiệm là lựa chọn kế tiếp sau thất bại điều trị với CC, gonadotropin và đốt điểm buồng trứng.
 - So với phác đồ dài, việc sử dụng phác đồ antagonist ở bệnh nhân PCOS giảm 40% nguy cơ quá kích buồng trứng nặng và trung bình. Tuy nhiên cũng không hoàn toàn loại trừ được OHSS
 - Sử dụng phác đồ antagonist ở bệnh nhân PCOS: thời gian kích thích buồng trứng ngắn hơn, tổng lượng FSH sử dụng ít hơn và không có sự khác biệt về tỉ lệ có thai lâm sàng, sảy thai so với phác đồ dài (11)

2. Ngăn ngừa quá kích buồng trứng khi thực hiện IVF/ICSI ở bệnh nhân PCOS

Việc sử dụng Metformin trước và trong thời gian thực hiện IVF/ICSI làm giảm nguy cơ quá kích buồng trứng (pooled OR 0.27, KTC 95% 0,16-0,47)(12). Thời điểm bắt đầu dùng Metformin có thể thay đổi từ 2-3 tháng trước khi thực hiện IVF/ICSI và kéo dài đến ngày chích hCG. Liều dùng thay đổi 500-850mg uống 2-3 lần mỗi ngày.

Khởi động trưởng thành noãn bằng GnRH đồng vận làm giảm nguy cơ quá kích buồng trứng trung bình và nặng (13)

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪ 08/2008 – 02/2009

Lưu Minh Văn

Mở đầu: Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung cũng là một trong hai loại ung thư phụ khoa thường gặp, nhất là tại Miền Nam.

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của kiến thức-thái độ-hành vi và kinh tế xã hội đến giai đoạn lâm sàng của ung thư cổ tử cung lúc chẩn đoán.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 402 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung tại Bệnh Viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8/2008 đến tháng 2/2009.

Kết quả: trong 402 bệnh nhân ung thư cổ tử cung được chẩn đoán với các giai đoạn từ IB1, IB2, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA, và IVB. Phân tích đơn biến được dùng để khảo sát mối tương quan giữa kiến thức, thái độ, quan niệm sai lầm, niềm tin, hành vi và các yếu tố kinh tế xã hội với giai đoạn lâm sàng lúc chẩn đoán. Yếu tố kinh tế-xã hội tương quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn: Bệnh nhân ung thư cổ tử cung có hoàn cảnh kinh tế khó khăn thường được chẩn đoán ở những giai đoạn trễ ($p = 0,695835$). Yếu tố kiến thức tương quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn: Bệnh nhân ung thư cổ tử cung có ít hiểu biết về bệnh ung thư cổ tử cung thường được chẩn đoán ở những giai đoạn trễ ($p = 0,689833$). Yếu tố thái độ tương quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn: Bệnh nhân ung thư cổ tử cung có thái độ không đúng đối với bệnh ung thư cổ tử cung thường được chẩn đoán ở những giai đoạn trễ ($p = 0,751824$). Yếu tố hành vi tương quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn: Bệnh nhân ung thư cổ tử cung có hành vi không phù hợp về bệnh ung thư cổ tử cung thường được chẩn đoán ở những giai đoạn trễ ($p = 0,876225$). Hồi qui đa biến được sử dụng để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu nhằm xác định có mối tương quan giữa yếu tố kinh tế xã hội-kiến thức-thái độ-hành vi với giai đoạn lâm sàng lúc chẩn đoán.

Kết luận: Yếu tố kinh tế-xã hội, kiến thức, thái độ, hành vi là những biến số độc lập ảnh hưởng đến giai đoạn lâm sàng lúc chẩn đoán của bệnh ung thư cổ tử cung.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, hành vi, ung thư cổ tử cung.

EVALUATING THE INFLUENCES OF KNOWLEDGE – ATTITUDE – BEHAVIOR AND SOCIOECONOMIC FACTORS IN DIAGNOSIS STAGES OF CERVICAL CANCER

Luu Minh Văn

Background: In Vietnam, cervical cancer is also one of the two most common cancer in Vietnamese women, especially in South of Vietnam.

Objective: to evaluate the influences of knowledge – attitude – behavior and socioeconomic factors in diagnosis stages of cervical cancer.

Design: a cross-section study analysis of 402 patients as having cervical cancer at HO Chi Minh Cancer Hospital from 8/2008 – 2/2009.

Results: Of the 402 patients presented with FIGO stage IB1, IB2, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA, and IVB. Univariable analysis has been used to identify the statistic relationship between knowledge, attitudes, misconceptions, beliefs, behaviors, and socioeconomic factors and diagnosis stages of cervical cancer. The following socioeconomic factor was significantly related to the stage: cervical cancer patients who have low economic status usually get advanced stages ($p = 0.695835$). The following knowledge was significantly related to the stage: cervical cancer patients who have low level of knowledge about cervical cancer get advanced stages. ($p = 0.689833$). The following attitude was significantly related to the advanced stage: cervical cancer patients who have negative attitudes to cervical cancer get advanced stages. ($p = 0.751824$). The following behavior was significantly related to the advanced stage: cervical cancer patients who have wrong behaviors to cervical cancer get advanced stages ($p = 0.876225$). Multivariable logistic regression was used to control confounders and to reveal whether there is a real correlation between socioeconomic factor - knowledge - attitude – behavior and diagnosis stages.

Conclusions: Socioeconomic factor, Knowledge, Attitude, Behavior are the independent variables influencing on clinical stage at diagnosis.

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior, cervical cancer

ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG BẨM Ở VẾT MỔ CŨ TUỔI THAI DƯỚI 12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Trương Diễm Phượng, Trần Thị Lợi

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp điều trị thai ngoài tử cung bám ở vết mổ cũ (TNTCVMC) bằng Methotrexate (MTX) kết hợp với hút nạo đôi với những thai kỳ dưới 12 tuần.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: trong thời gian từ 10/2011 đến 04/2012, chúng tôi đã thu được 34 bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu. Tuổi thai trung bình lúc chẩn đoán 6.9 ± 1.2 tuần. Nồng độ hCG lúc chẩn đoán khá cao, nhưng sau liều MTX đầu tiên đều giảm $> 50\%$. Tỷ lệ bảo tồn được tử cung sau điều trị là 97.1%. Thời gian nằm viện trung bình 16.4 ± 7.1 ngày. Chưa ghi nhận tương quan giữa các triệu chứng lúc nhập viện với việc sử dụng bóng chèn cầm máu và việc truyền máu sau hút nạo.

Bàn luận: phác đồ điều trị của chúng tôi tương tự như các phác đồ của một số tác giả trên thế giới, nhưng chúng tôi không áp dụng các tiêu chuẩn để bắt đầu hút nạo như các tác giả, nên thời gian nằm viện của chúng tôi ngắn hơn. Tỷ lệ dùng bóng chèn cầm máu cao (35.3%), nhưng đều kiểm soát được chảy máu và tỷ lệ BN cần truyền máu thấp (11.8%).

Kết luận: phương pháp điều trị kết hợp Methotrexate sau đó hút nạo thai tại phòng mổ tỏ ra có hiệu quả trong điều trị TNTCVMC, tỷ lệ thành công (bảo tồn được tử cung) là 97.1%, tỷ lệ biến chứng thấp.

TREATMENT OF CESAREAN SCAR ECTOPIC PREGNANCIES UNDER 12 WEEKS AT TU DU HOSPITAL

Trương Diễm Phượng, Trần Thị Lợi

Objective: evaluate effectiveness and safety of the treatment of cesarean scar ectopic pregnancies with Methotrexate combined with suction curettage for pregnancies under 12 weeks.

Method: case series report

Results: Since 10/2011 to 04/2012, we collected 34 patients for the study. The average gestational age at diagnosis was 6.9 ± 1.2 weeks. The concentration of β hCG when diagnosed was relatively high, but after the first MTX dose it reduced $> 50\%$. Uterine conservation rate after treatment was 97.1%. The average days of hospitalisation were 16.4 ± 7.1 days. We did not recognize the correlation between symptoms at admission with the use of balloon insertion to control bleeding and blood transfusion after suction curettage.

Discussion: Our regimen similar to those of authors in the world, but we did not apply their criteria for suction curettage, so our days of hospitalisation were shorter. Rate of balloon insertion to control bleeding were high (35.3%), this method seems to be effective and the proportion of patients who needed blood transfusions were low (11.8%).

Conclusion: this regimen seems to be effective in treatment of cesarean scar ectopic pregnancies. The success rate (preserving the uterus) were 97.1%, and other complication rates were low.

SO SÁNH hMG VÀ rFSH TRONG XỬ TRÍ ĐÁP ỨNG KÉM VỚI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đào Lan Hương, Nguyễn Việt Tiên

Mục tiêu: so sánh hMG và rFSH trên bệnh nhân (BN) đáp ứng kém với kích thích buồng trứng (KTBT) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTW).

Đối tượng và phương pháp: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh 2 phác đồ điều trị. BN có tiền sử hoặc có nguy cơ đáp ứng kém trong thụ tinh ống nghiệm (TTON) được phân bổ ngẫu nhiên vào hai nhóm (hMG và rFSH), tại BVPSTW năm 2012.

Kết quả: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm hMG và nhóm rFSH về tổng liều FSH ($2963,75 \pm 387,04$ so với $3586,36 \pm 462,02$) và nồng độ E2 ngày hCG ($2969,76 \pm 159,91$ so với $2565,53 \pm 138,16$). Số noãn thu được, tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ thai lâm sàng của nhóm hMG tương ứng là $5,44 \pm 2,59$; 81,04% và 16,36% có xu hướng cao hơn so với nhóm rFSH là $4,77 \pm 2,35$; 76,45% và 13,6%. Nồng độ FSH ngày 3, E2 ngày 5 và ngày hCG có giá trị tiên lượng nguy cơ đáp ứng kém với KTBT.

Kết luận: sử dụng hMG trong KTBT làm giảm tổng liều FSH, tăng số noãn thu được, tăng tỷ lệ thụ tinh và tỷ lệ thai lâm sàng của nhóm BN đáp ứng kém trong TTON

Từ khoá: Thụ tinh trong ống nghiệm, đáp ứng kém

COMPARISON OF hMG AND rFSH EFFECTS IN POOR RESPONDER IVF PATIENTS AT NATIONAL HOSPITAL OBSTRETRIC & GYNACOLOGY

Đào Lan Hương, Nguyễn Việt Tiên

Objective: The efficacy of hMG in poor responder patients in IVF cycles was assessed.

Materials and Methods: This study was a prospective, randomized controlled trial that poor responders IVF patients were randomly allocated into two group (hMG and rFSH).

Results: A significantly were recorded in hMG group compared rFSH group lower hMG ampoules ($2963,75 \pm 387,04$ vs $3586,36 \pm 462,02$), higher peak E2 levels on the day hCG ($2969,76 \pm 159,91$ vs $2565,53 \pm 138,16$). The number of oocytes, fertilization rate, pregnancy in hMG group ($5,44 \pm 2,59$; 81,04%; 16,36% were resulted higher rate than rFSH group ($4,77 \pm 2,35$; 76,45%; 13,6%). FSH levels on the day 3, peak E2 levels on day 5 and on the day hCG can forecast poor responders in IVF cycles.

Conclusion: use hMG in poor responder IVF patients resulted in a lower hMG ampoules, higher number oocytes, fertilization rate and pregnancy rate.

Key word: IVF, poor responders

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP XOẮN TỬ CUNG KHI CÓ THAI 35 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Duy Ánh, Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Thu Phương

Tử cung khi có thai thường xoay nhẹ quanh trục dọc nhưng khi xoay quá 45 độ thì trở nên bệnh lý và được gọi là xoắn tử cung. Xoắn tử cung rất hiếm gặp trong thực hành lâm sàng. Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp xoắn tử cung được cấp cứu và xử trí tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Bệnh nhân 34 tuổi, mô đẻ cũ 14 tháng. Quá trình mang thai lần này không có gì bất thường. Khi thai 35 tuần, trong khoảng thời gian hơn hai tiếng bệnh nhân đau bụng và có biểu hiện choáng, chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Bệnh nhân được tích cực hồi sức và mổ cấp cứu với chẩn đoán theo dõi rau bong non- thai 35 tuần- thai chết tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Khi mổ lấy thai xong mới phát hiện tử cung bị xoắn 180 độ và vị trí vết mổ lấy thai được thực hiện tại mặt sau đoạn dưới tử cung. Hậu phẫu 5 ngày diễn biến bình thường, bệnh nhân xuất viện. Xoắn tử cung tuy rất ít gặp trong thực tế nhưng có thể dẫn tới những biến chứng nguy hiểm cho mẹ và thai, cần nghĩ tới xoắn tử cung trong những trường hợp đau bụng và choáng không rõ nguyên nhân ở những bệnh nhân quý III của thai kỳ.

Từ khóa: Xoắn tử cung, thai nghén, người.

CASE REPORT: UTERINE TORSION AT 35 WEEKS'GESTATION WITH A SINGLETON PREGNANCY

Nguyễn Duy Ánh, Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Thu Phương

Rotation of the gravid uterus is a normal finding in the third trimester of pregnancy. However, a pathologic rotation of the uterus beyond 45 degrees—torsion of the entire uterus—is rarely seen in obstetrical practice. We report here a case of uterine torsion which is treated at Hanoi Obstetrics and Gynaecology hospital.

Case: The patient, a 34-year-old gravida 1 para 1 (previous caesarian section is 14 months ago) at 35 weeks' gestation with a singleton pregnancy, was presented by ambulance with a 2-h history of worsening abdominal pain and severe shock without any sign of labour. The current pregnancy had been uncomplicated until the date of presentation. The presumptive diagnosis was a concealed placental abruption and stillbirth. The patient was not in labour, so an emergency Caesarean section (CS) was carried out. At the time of CS, the diagnosis of uterine torsion was made however an posterior low transverse incision was given. The patient recovered and was discharged home on the fifth postoperative day but her baby was dead.

Conclusion: Uterine torsion is an infrequently reported and potentially dangerous complication of pregnancy that occurs mainly in the third trimester with adverse maternal and neonatal consequences. It is necessary to think of uterine torsion in cases of abdominal pain and shock of unknown cause in patients who are in the third trimester of pregnancy.

Key words: Uterine torsion, pregnancy, human.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ MONITORING TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ THAI GIÀ THÁNG TRÊN NHỮNG THAI PHỤ CÓ THAI QUÁ NGÀY SINH

Phạm Trọng Hòa và cộng sự

Mục tiêu: Xác định giá trị chẩn đoán của Lâm sàng, Siêu âm và Monitoring sản khoa trong chẩn đoán và xử trí thai già tháng trên những thai phụ có thai quá ngày sinh trước và sau sinh.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả và cắt ngang tại khoa Phụ sản Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam -Cuba Đông Hới từ đầu tháng 3 năm 2010 đến hết tháng 6 năm 2011 gồm 183 thai phụ có thai quá ngày sinh thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Kết quả: Khảo sát trên 183 đối tượng được chẩn đoán là thai quá ngày sinh đã phát hiện 171 thai già tháng:

- Độ chính xác đơn thuần của Lâm sàng là 46,51%, của Monitoring SK là 56,83% và của Siêu âm là 77,2%.

- Độ chính xác khi phối kết hợp 2 phương pháp với nhau là:

+ Lâm sàng với Monitoring SK là 74,13%,

+ Lâm sàng và Siêu âm là 85,23%

+ Siêu âm với Monitoring SK là 86,30%.

- Độ chính xác khi phối kết hợp cả 3 phương pháp Lâm sàng + Siêu âm + Monitoring SK là 91,10%.

Kết luận:

- Siêu âm là phương pháp phát hiện sớm nhất thai già tháng

- Phối kết hợp càng nhiều phương pháp hiện đại thì độ chính xác càng cao.

DETERMINE THE VALUE OF CLINICAL DIAGNOSTIC, OBSTETRIC ULTRASOUND AND OBSTETRIC MONITORING IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR OLD FETAL IN PREGNANT WOMEN WHO HAVE A OVERDUE DELIVERY BEFORE AND AFTER BIRTH

Phạm Trọng Hòa và cộng sự

Objectives: Determine the value of clinical diagnostic, obstetric ultrasound and obstetric monitoring in the diagnosis and treatment for old fetal in pregnant women who have a overdue delivery before and after birth.

Object of study: Prospective study and cross-section described in the Department of Obstetrics Vietnam - Cuba Dong Hoi Friendship hospital from March 2010 to the end of June 2011 in 183 pregnant women who have satisfied all the criteria for samples.

Result: The survey of 183 subjects diagnosed as overdue delivery pregnant women include 171 pregnant women with old fetal:

- The degree simplicity fidelity of clinical diagnostic is 46.51%, obstetric monitoring is 56.83% and obstetric ultrasound is 77.2%.

- The degree fidelity in combination of two other methods are

* Clinical diagnostic + obstetric monitoring: 74.13%,

* Clinical diagnostic + obstetric ultrasound: 85.23%

* Obstetric ultrasound + obstetric monitoring: 86.30%.

- The degree fidelity in combination of all 3 methods of Clinical diagnostic, Obstetric ultrasound + obstetric monitoring is 91.10%.

Conclusion:

- Ultrasound is the soonest method to detect old fetal.

- The more methods are used, the higher the accuracy is