

Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế - FIGO: Đề xuất hướng dẫn sàng lọc và dự phòng TSG ở quý I thai kỳ

TSG vẫn còn là một trong những nguyên nhân hàng đầu liên quan tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, bằng chứng hiện tại cho thấy những hạn chế trong cách thức tiếp cận sàng lọc truyền thống. Trên cơ sở đó, FIGO đã đưa ra các phương hướng để áp dụng sàng lọc và dự phòng TSG dựa vào nguồn lực cơ bản của mỗi quốc gia, khu vực như sau:

1. SÀNG LỌC TSG Ở QUÝ I THAI KỲ

FIGO khuyến cáo quy trình sàng lọc TSG quý I cho trường hợp đơn thai như sau:

Sàng lọc TSG dựa vào đặc điểm và tiền sử của mẹ:

- Đặc điểm mẹ, yếu tố tiền sử, bệnh sử phải được tìm hiểu đầy đủ, chính xác. (*Mức độ bằng chứng: cao; Mức độ khuyến cáo: mạnh*).

FIGO ủng hộ sàng lọc TSG dựa vào phối hợp yếu tố nguy cơ mẹ với các yếu tố dự báo hơn chỉ dựa vào duy nhất yếu tố nguy cơ mẹ.

Đo huyết áp trong sàng lọc TSG:

Khuyến cáo chuẩn:

- Nên đo bằng máy đo HA tự động hoặc bán tự động đã được hiệu chỉnh (*Mức độ bằng chứng: cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh*).

- Đo HA tư thế ngồi, tay ngang mức tim, chọn băng quấn phù hợp dựa vào chu vi cánh tay (nhỏ < 22cm, vừa 22 - 32cm, lớn 33 - 42cm). Sau khi nghỉ 5 phút, đo 2 lần cách nhau 1 phút, mỗi lần đo 2 tay. Dựa vào HATT và HATTr của 4 lần đo để tính HATB, sử dụng HATB để tính nguy cơ TSG (*Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh*).

Khuyến cáo thực tế:

- Nên đo HA ở tư thế chuẩn. Có thể đo HA ở 1 tay và đo 2 lần cách nhau 1 phút. HATB sử dụng để tính nguy cơ của từng bệnh nhân (*Mức độ bằng chứng: Trung bình; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện*).

Định lượng các marker sinh hoá:

Khuyến cáo chuẩn:

- Xét nghiệm sinh hoá tốt nhất để sàng lọc TSG là PIGF, có thể sử dụng PAPP-A nếu không định lượng được PLGF và đo UtA-PI (*Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh*).

Đo chỉ số xung động mạch tử cung (UtA-PI):

Khuyến cáo chuẩn:

- Nên thực hiện nếu đủ điều kiện, người thực hiện có chứng chỉ đào tạo của FMF. Siêu âm đường bụng, tuổi thai 11-13⁺⁶ tuần (tương ứng CRL 42 - 84mm), Tuổi thai tính dựa vào CRL. Siêu âm đo NT, sàng lọc dị tật thai và đo UtA-PI như sau:

- Thực hiện mặt cắt dọc giữa, xác định ống và lỗ trong cổ tử cung. Giữ đầu dò ở giữa, nghiêng nhẹ 2 bên, định vị dòng chảy động mạch tử cung dọc 2 bên tử cung tại vị trí ngang lỗ trong cổ tử cung. Đo doppler động mạch, mở cửa sổ 2mm để lấy hết được cả mạch máu, góc tới chùm tia siêu âm < 30°. Khi có 3 sóng nhau liên tiếp, xác định UtA-PI trung bình 2 động mạch tử cung, phải và trái. (*Mức độ bằng chứng: Cao, Mức độ khuyến cáo: Mạnh*).

Đánh giá nguy cơ phối hợp:

Khuyến cáo chuẩn:

- Chuyển các giá trị HATB, PIGF và UtA-PI, PAPP-A thành bội số của trung vị MoMs. Nguy cơ TSG < 37 tuần tính theo phương pháp Bayes, tính online hoặc phần mềm FMF. Nhóm nguy cơ cao khi chỉ số nguy cơ $\geq 1:100$ (1%). (*Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh*).

- Mô hình phối hợp có hiệu quả tốt nhất trong dự báo TSG < 37 tuần, nhưng không hiệu quả với TSG ≥ 37 tuần. Mô hình gồm yếu tố nguy cơ mẹ, HATB, PIGF và UtA-PI. Nên sàng lọc TSG kết hợp vào sàng lọc thường quy ở quý I thai kỳ. (*Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh*).

Khuyến cáo thực tế:

- Nếu không thực hiện được các yếu tố sàng lọc, mô hình sàng lọc cơ bản cần kết hợp yếu tố nguy cơ mẹ với HATB, không nên sử dụng đơn độc yếu tố nguy cơ mẹ. Có thể phối hợp PAPP-A nếu không thể xét nghiệm PIGF và UtA-PI, tuy nhiên, quả sàng lọc thấp hơn. (*Mức độ bằng chứng: Trung bình; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện*).

Tiếp cận sàng lọc TSG 2 giai đoạn:

Khuyến cáo thực tế:

- Nếu không đủ điều kiện, quy trình sàng lọc 2 bước cho TSG < 37 tuần gồm: (1) sàng lọc thường quy TSG bằng phối hợp nguy cơ mẹ và HATB, (2) trường hợp nguy cơ cao sẽ phối hợp thêm PIGF và UtA-PI. (Mức độ bằng chứng: Trung bình; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện)

Sàng lọc TSG ở trường hợp đa thai:

Khuyến cáo chuẩn:

- Sàng lọc TSG bằng mô hình phối hợp cho đơn thai có thể áp dụng cho song thai, tỷ lệ phát hiện tương đối cao nhưng tỉ lệ dương tính cao hơn so với đơn thai. (Mức độ bằng chứng: Trung bình; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện).

2. DỰ PHÒNG TSG Ở QUÝ I THAI KỲ

Khuyến cáo chuẩn:

- Những trường hợp nguy cơ cao nên dự phòng bằng aspirin bắt đầu từ tuổi thai 11 – 14+6 tuần, liều 150mg/ tối đến 36 tuần, khi chuyển dạ hoặc xuất hiện TSG. (Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh).

Khuyến cáo thực tế:

- Nếu không đủ thuốc cho liệu trình khuyến cáo, liều tối thiểu nên sử dụng là 100mg/ngày. (Mức độ bằng chứng: Trung bình; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện)

Khuyến cáo chuẩn:

- Các trường hợp nguy cơ cao cần tư vấn tính chất quan trọng của can thiệp dự phòng và cần phải quản lý thai kỳ phù hợp. (Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh).

Khuyến cáo thực tế:

- Nếu ra máu âm đạo thấm giọt khi sử dụng aspirin, cần được khám cẩn thận, không cần thiết phải dừng liệu trình. (Mức độ bằng chứng: Cao; Mức độ khuyến cáo: Mạnh).

Khuyến cáo chuẩn:

- Ở thai phụ có chế độ ăn cung cấp ít canxi (< 800mg/ngày), sử dụng canxi thay thế (\leq 1g/ngày) hoặc canxi bổ sung (1.5-2g/ngày) có thể giảm nguy cơ TSG sớm và muộn. (Mức độ bằng chứng: Thấp; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện).

Khuyến cáo thực tế:

- Những trường hợp nguy cơ cao, chống chỉ định với aspirin, không có biện pháp can thiệp nào khác, cần theo dõi sát và điều trị sớm. Cụ thể, đo HA thường xuyên tại phòng khám và/hoặc tại nhà để phát hiện sớm TSG.

- Hiệu quả của can thiệp heparin, vitamin C và E, magie, folate, metformin, statin dự phòng TSG < 37 tuần chưa có bằng chứng tin cậy và chưa có khuyến cáo để dự phòng. (Mức độ bằng chứng: Rất thấp; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện).

Khuyến cáo thực tế:

- Trường hợp đa thai, aspirin liều thấp có thể cân nhắc sử dụng dự phòng TSG; tuy nhiên, cần có thêm bằng chứng. (Mức độ bằng chứng: Rất thấp; Mức độ khuyến cáo: Tùy điều kiện).

Tóm dịch từ:

The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention.

Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, McAuliffe F, da Silva Costa F, von Dadelszen P, McIntyre HD, Kihara AB, Di Renzo GC, Romero R, D'Alton M, Berghella V, Nicolaidis KH, Hod M.

Int J Gynaecol Obstet. 2019 May;145 Suppl 1:1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802.