Trao nhân ái, trí tuệ
Vì hạnh phúc, tương lai

CNGOF

KỶ YẾU

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA VIỆT PHÁP 2024

LA CONFÉRENCE FRANCO – VIETNAMIENNE DE GYNÉCOLOGIE ET D' OBSTÉTRIQUE 2024

14 -15/10/2024 – JW Marriott, Ha Noi, Viet Nam



PHIÊN TOÀN THỂ



TTND.GS.TS NGUYỄN DUY ÁNH

Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Trưởng Ban Tổ chức Hội nghị

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- Năm 1990: Bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
- Năm 1993: Bác sĩ nội trú, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.
- Năm 1997: FFI tại Cộng hoà Pháp.
- Năm 2010: Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.
- Năm 2016: Phó Giáo sư Sản Phụ khoa – Đại học Y Hà Nội.
- Năm 2022: Giáo Sư Sản Phụ khoa – Đại học Y Hà Nội.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1993 – 2013 : Giảng viên Bộ môn Phụ sản – ĐH Y Hà Nội
- 2013 – 2024 : Phó Chủ nhiệm Bộ môn Phụ sản - ĐH Y Hà Nội
- 2014 – nay : Chủ nhiệm bộ môn Sản Phụ khoa - ĐHY Dược - ĐH Quốc gia Hà Nội
- 2013 – 2023 : Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
- 2024 – nay : Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Công bố 38 bài báo khoa học trên các tạp chí quốc tế uy tín trong đó 14 bài là tác giả chính, 104 bài báo khoa học đăng tải trên các tạp chí y học quốc gia.
- Thực hiện 27 đề tài khoa học, trong đó 1 đề tài cấp Nhà Nước, 7 đề tài cấp Bộ/Thành phố.
- Xuất bản 9 sách với 4 giáo trình, 3 sách chuyên khảo và 2 sách tham khảo.
- Nhiều báo cáo (Oral, Poster) tại các hội nghị chuyên ngành quốc tế như: ESHRE, ISOUG, FMF, ESG, COGI, AOFOG.
- Chủ toạ và báo cáo viên tại nhiều hội nghị chuyên ngành Y học ở Việt Nam

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2013: Bằng khen của Thủ tướng chính phủ ngày 05/11/2013.
- 2016: Công dân Thủ Đô ưu tú.
- 2017: Được phong tặng Danh hiệu Thầy thuốc Nhân dân.
- 2018: Được phong tặng Huân chương Lao động Hạng 3.
- 2021: Giải thưởng Xuất sắc về Khoa học và Công nghệ của Bộ trưởng Bộ Khoa học và Công nghệ.
- 2023: Giải Nhất Hội Thi Sáng Tạo Kĩ Thuật Thành phố Hà Nội.

FVCOG2024

BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC: TIẾP CẬN TỐI ƯU TRONG SẢN KHOA HIỆN ĐẠI

TTND.GS.TS Nguyễn Duy Ánh

Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Bộ môn Phụ Sản – Đại học Y Hà Nội
Bộ môn Phụ sản – Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

NỘI DUNG

1. Xu hướng Rau cài răng lược
2. Phân loại rau cài răng lược
3. Quản lý rau cài răng lược
4. Các phương pháp bảo tồn tử cung trong rau cài răng lược

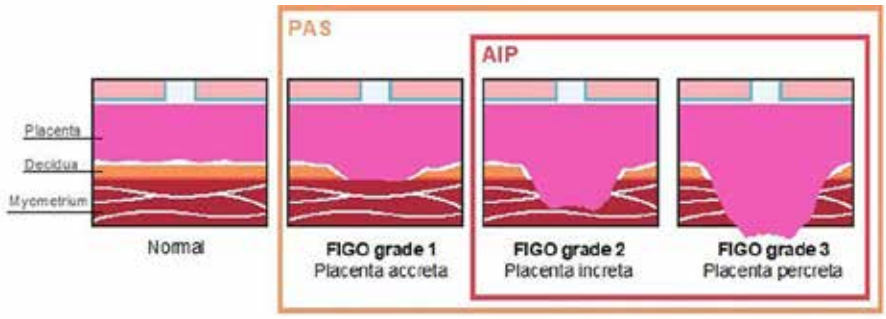
FVCOG2024

XU HƯỚNG RAU CÀI RĂNG LƯỢC

FVCOG2024

RAU CÀI RĂNG LƯỢC (PLACENTA ACCRETA SPECTRUM)

Rau bám chặt vào thành tử cung, các gai rau xuyên qua lớp niêm mạc tử cung (Accreta) đi vào trong lớp cơ (Increta), xuyên qua thành tử cung và xâm lấn vào các cơ quan xung quanh (Percreta)



Morlando M, Collins S. Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, Risks, and Management Strategies. Int J Womens Health. 2020 Nov 10;12:1033-1045. doi: 10.2147/IJWH.S224191. PMID: 33204176; PMCID: PMC7667500.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

RAU CÀI RĂNG LƯỢC (PLACENTA ACCRETA SPECTRUM)

- **Tỷ lệ** tăng từ 0,003% những năm 1950s lên đến 0,17% (2019)
- **Nguyên nhân**: chưa rõ, liên quan

  + Mổ lấy thai nhiều lần

  + Các PT ở TC làm tổn thương buồng TC
- **Chẩn đoán** và phân độ rau cài răng lược:

  + Giải phẫu bệnh

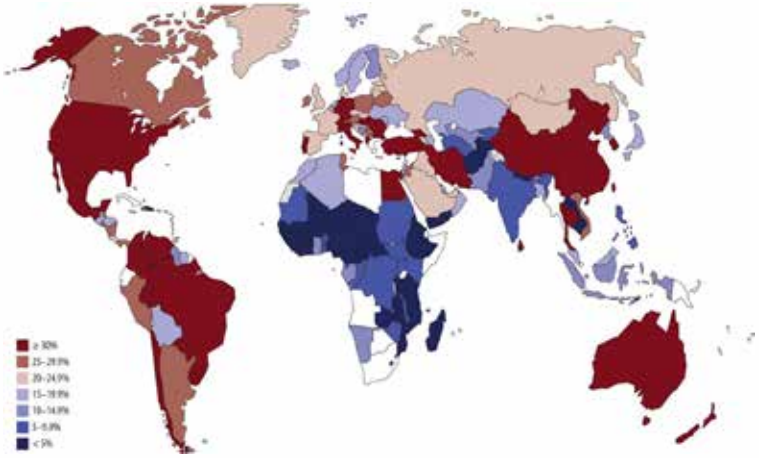
  + Lâm sàng: quan sát trong phẫu thuật

  + Trước sinh: Siêu âm
- **Biến chứng nặng nề** trong sản khoa, tỷ lệ tử vong mẹ: lên đến 7% nếu không có kinh nghiệm

1. Jauniaux E et al. Prevalence and main outcomes of placenta accrete spectrum: a systematic review and meta - analysis. Am J Gynaecol Obstet. 2019;221(3):208. Epub 2019 Feb 1.
2. Nieto-Calvache AJ, Palacios-Jaraquemada JM, Osanan G, et al. Lack of experience is a main cause of maternal death in placenta accreta spectrum patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(8):1445-1453. doi:10.1111/aogs.14163

FVCOG2024

TỶ LỆ MỔ LẤY THAI Ở CÁC QUỐC GIA TRÊN THẾ GIỚI (2016)

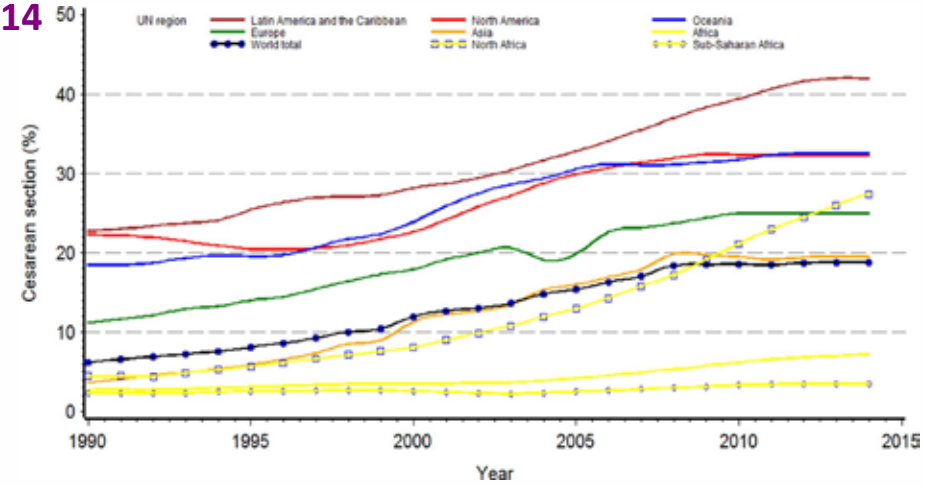


Ana Pilar Betrán, Jianfeng Ye, Anne-Beth Moller và các cộng sự. (2016), "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", PLOS ONE, 11(2), tr. e0148343.

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

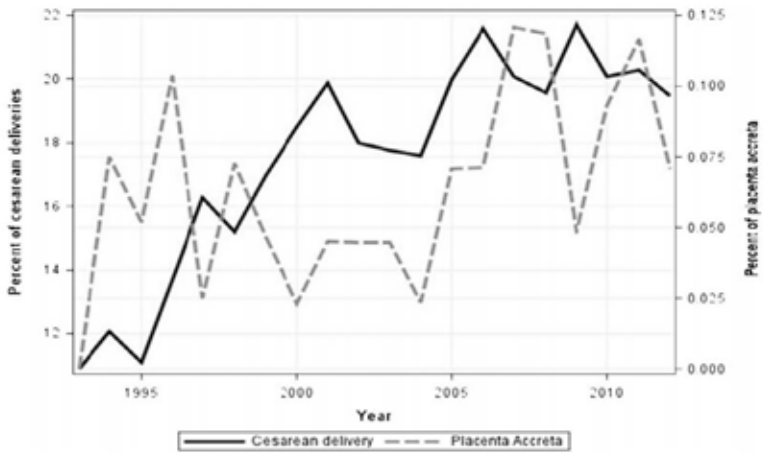
XU HƯỚNG MỔ LẤY THAI THEO TỪNG VÙNG LÃNH THỔ TỪ 1990-2014



Ana Pilar Betrán, Jianfeng Ye, Anne-Beth Moller và các cộng sự. (2016), "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", PLOS ONE, 11(2), tr. e0148343.

FVCOG2024

XU HƯỚNG TỶ LỆ MỔ LẤY THAI VÀ RAU CÀI RĂNG LƯỢC TỪ 1990 -2014



Sivan Zuarez-Easton, Eliezer Shalev và Raed Salim (2014), "Trend in major neonatal and maternal morbidities accompanying the rise in the cesarean delivery rate", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 210, tr. S255-S256

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

TABLE 4 Rates of placenta accreta spectrum (PAS) disorders, placenta previa, and hysterectomy by number of previous cesarean deliveries.[a]

No. of previous cesareans	No. of women	Incidence of PAS disorders	Rate of PAS disorders if placenta previa	No. of hysterectomies
0	6201	15 (0.24%)	3%	40 (0.65%)
1	15 808	49 (0.31%)	11%	67 (0.42%)
2	6324	36 (0.57%)	40%	57 (0.9%)
3	1452	31 (2.13%)	61%	35 (2.4%)
4	258	6 (2.33%)	67%	9 (3.49%)
5	89	6 (6.74%)	67%	9 (8.99%)

[a]Modified from Silver et al.[16]

E. Jauniaux, F. Chantraine, R. M. Silver và các cộng sự. (2018), "FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology", Int J Gynaecol Obstet, 140(3), tr. 265-273.

FVCOG2024

PHÂN LOẠI RAU CÀI RĂNG LƯỢC

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

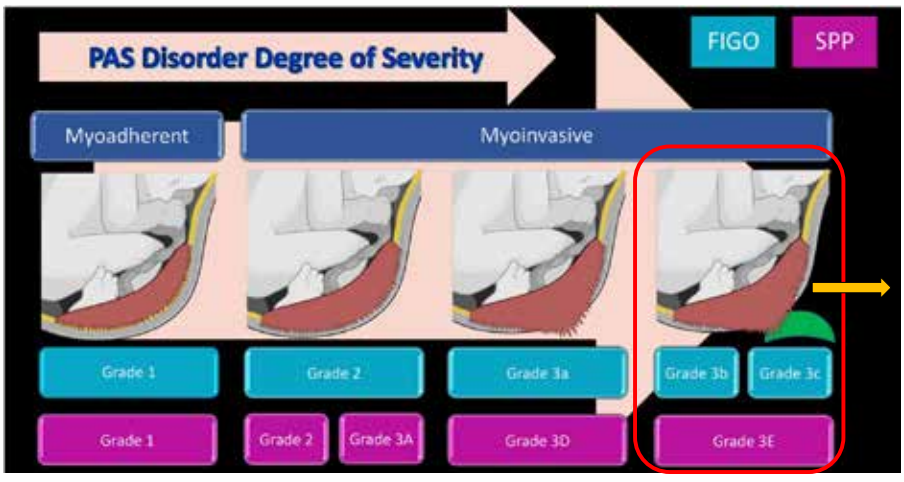
PHÂN LOẠI PAS TRÊN GIẢI PHẪU BỆNH

FIGO 2019	SPP 2020
PAS 1 Không xâm lấn: Không có màng rụng giữa các mô nhung mao và nội mạc tử cung với các nhung mao nhau thai gắn trực tiếp vào nội mạc tử cung nông.	***PAS 1:* Không xâm lấn:** Bề mặt giữa cơ tử cung và rau trơn tru, cơ tử cung dày đồng nhất mà không bị mỏng đi.
***PAS 2:* Xâm lấn:** Rau thai bên trong các sợi cơ và đôi khi trong lòng mạch máu sâu của tử cung.	***PAS 2*: Xâm lấn bề mặt:** Ranh giới giữa cơ tử cung và rau thai không đều nhưng không tác động tới lớp cơ tử cung bên ngoài (≥25% độ dày thành cơ) ***PAS 3A*: Xâm lấn sâu: R**anh giới giữa cơ tử cung và rau thai không đều và có tác động tới lớp cơ tử cung bên ngoài cùng (<25% độ dày thành cơ)
PAS 3A: Giới hạn ở thanh mạc tử cung Rau thai bên trong hoặc xuyên qua thanh mạc tử cung.	***PAS 3D*: Xâm lấn sâu kèm phá hủy lớp thanh mạc**. Rau thai xâm lấn sâu kèm phá hủy bề mặt thanh mạc tử cung.
PAS 3B: Xâm lấn tới bàng quang Rau thai xuyên qua thanh mạc tử cung và xâm lấn mô thành bàng quang hoặc đường tiết niệu. ***PAS 3C: Xâm lấn tới các mô/ cơ quan vùng chậu khác:*** Rau thai xuyên qua thanh mạc tử cung và xâm lấn các mô/cơ quan vùng chậu (có hoặc không xâm lấn vào bàng quang)	***PAS 3E*: Xâm lấn sâu tới cơ quan cạnh tử cung**. Xâm lấn sâu tới cơ quan lân cận (thường gặp nhất là bàng quang) hoặc tổ chức xơ hóa ngoài tử cung được khẳng định dưới kính hiển vi.

Jauniaux E et al. Diagnosis FPA, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146:20–4.
Hecht JL, Baergen R, Ernst LM, et al. Classification and reporting guidelines for the pathology diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders: recommendations from an expert panel. Mod Pathol. 2020;33(12):2382-2396. doi:10.1038/s41379-020-0569-1.

FVCOG2024

PHÂN LOẠI PAS TRÊN GIẢI PHẪU BỆNH



1. Jauniaux E et al. Diagnosis FPA, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146:20–4.
2. Hecht JL, Baergen R, Ernst LM, et al. Classification and reporting guidelines for the pathology diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders: recommendations from an expert panel. Mod Pathol. 2020;33(12):2382-2396. doi:10.1038/s41379-020-0569-1.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHÂN ĐỘ PAS TRÊN LÂM SÀNG THEO FIGO 2018

Grade	Định nghĩa
1	Đẻ thường/MLT: Rau bám bình thường và bong hoàn toàn trong giai đoạn III
2	Đẻ thường/MLT: Một phần bánh rau bám bất thường, cần bóc rau bằng tay Mổ lấy thai/mở bụng: không thấy tổ chức rau thai xâm lấn qua bề mặt cơ tử cung
3	Đẻ thường/MLT: Bánh rau bám chặt bất thường vào cơ TC, cần bóc rau bằng tay Mổ lấy thai/mở bụng:không thấy tổ chức rau thai xâm lấn qua bề mặt cơ TC
4	MLT: Bánh rau đã xâm lấn đến thanh mạc TC nhưng có thể tách BQ và TC mà không gây tổn thương
5	MLT: Bánh rau đã xâm lấn qua thanh mạc tử cung và không thể tách bàng quang và tử cung mà không gây tổn thương
6	MLT: Bánh rau đã xâm lấn qua thanh mạc tử cung và xâm nhập vào chu cung (parametre) hoặc bất kỳ cơ quan nào khác ngoài bàng quang

FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. Int J Gynaecol Obstet. 2018

PHÂN ĐỘ PAS TRÊN SIÊU ÂM

ULTRASOUND in Obstetrics & Gynecology

isuog

Prenatal ultrasound staging system for placenta accreta spectrum disorders

Chiếm 90% PAS

Giai đoạn	Dấu hiệu	Giải phẫu bệnh	Phân độ LS theo FIGO
PAS0	Rau tiền đạo không có dấu hiệu rau cài răng lược trên siêu âm hoặc Rau tiền đạo kèm các xoang mạch lacunae nhưng không không có bằng chứng bất thường bờ tử cung-bàng quang (mất khoảng sáng sau rau và/hoặc mất liên tục thành bàng quang)	Rau tiền đạo – không có rau cài răng lược	1-2
PAS1	Có ít nhất hai dấu hiệu sau: - Lacunae bánh rau bất thường (≥ 2 lacunae) - Mất khoảng sáng sau rau - Mất liên tục thành bàng quang	Rau cài răng lược loại Accreta hoặc Increta.	3
PAS2	PAS1 kèm với tăng sinh mạch khoang tử cung-bàng quang	Rau cài răng lược Percreta khu trú hoặc lan tỏa	4-5
PAS3	PAS1 hoặc PAS2 kèm dấu hiệu tăng sinh mạch mặt trước đoạn dưới tử cung xâm lấn vào các tạng xung quanh trong tiểu khung.	Rau cài răng lược xâm lấn vào 1/3 thành trước đoạn dưới tử cung và thành chậu bên (parametria)	6

PAS – Placenta accreta spectrum: rau cài răng lược; LS: Lâm sàng

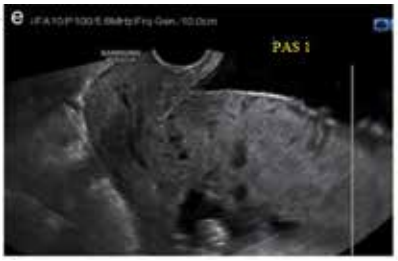
FVCOG2024



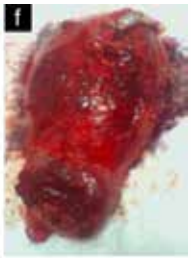
Chỉ có xoang mạch, còn khoảng sáng sau



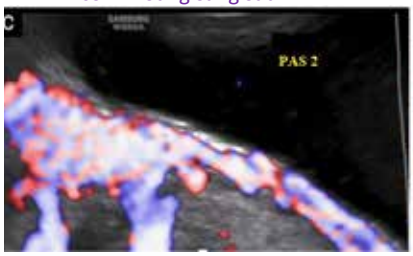
Đoạn dưới bình thường



Xoang mạch + mất liên tục thành BQ



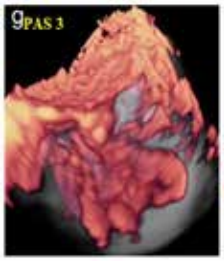
Rau xâm lấn nhưng không tới thanh mạc

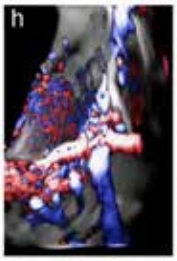


PAS 1+ tăng sinh mạch khoang TC-BQ



Xâm lấn đoạn dưới TC





Tăng sinh mạch tới dây chằng rộng



Xâm lấn d/c rộng

G. Cali, F. Forlani, C. Lees và các cộng sự. (2019), "Prenatal ultrasound staging system for placenta accreta spectrum disorders", **53(6)**, tr. 752-760.

FVCOG2024

QUẢN LÝ RAU CÀI RĂNG LƯỢC

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

THỜI ĐIỂM KẾT THÚC THAI KỲ

Hiệp hội	ACOG/SMFM 2018	RCOG 2018	SOGC 2019	FIGO 2018
Thời điểm mổ chủ động (tuần)	34.0 – 35.6	35.0 – 36.6	34-36	34-37

Khuyến cáo của **IS AIP 2021**

- TS đẻ non
- Nhiều đợt ra máu âm đạo kéo dài, lượng ít
- 1 đợt ra máu âm đạo lượng nhiều

Có → Kết thúc thai kỳ lúc 34 tuần

Không → Kết thúc thai kỳ sau 36 tuần 0 ngày

Jauniaux E, Kingdom JC, Silver RM. A comparison of recent guidelines in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology.* 2021;72:102-116.

Quản lý RCRL

Cắt tử cung

- Chấp nhận rộng rãi: **FIGO, SMFM**
- Cắt tử cung ở độ tuổi sinh sản

Hậu quả lâu dài

Để lại bánh rau

- Tỷ lệ thành công: **40-80%**
- Nhiều **biến chứng nặng**: chảy máu, nhiễm trùng

Phẫu thuật bảo tồn

- Xu hướng mới
- Nhiều phương pháp phẫu thuật, chưa có **PPPT tối ưu?**

Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. Int J Gynaecol Obstet. 2018;140(3):281-290. doi:10.1002/ijgo.12409

FVCOG2024

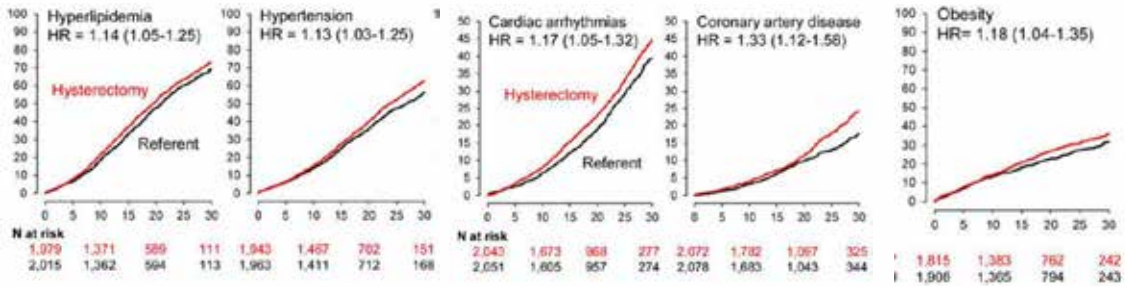
HẬU QUẢ LÂU DÀI CỦA PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG

Journal of Clinical Medicine
MDPI

Review

What We Know about the Long-Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication—A Systematic Review

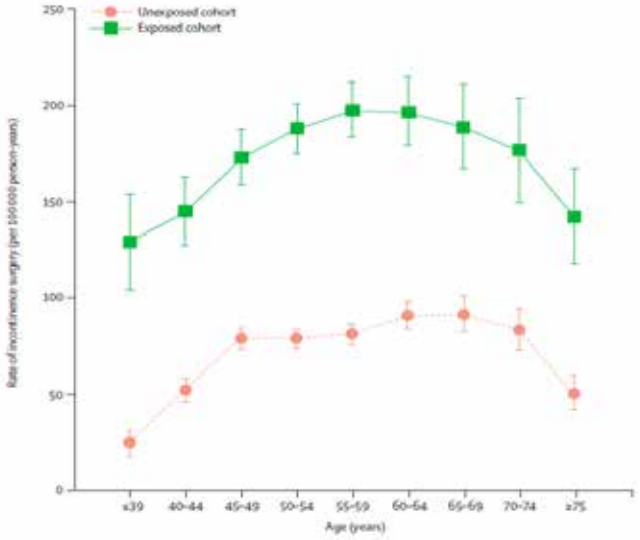
Obianuju Sandra Madueke-Laveaux [1], Amro Elsharoud [2] and Ayman Al-Hendy [3,*]



Tăng Lipid máu | Tăng huyết áp | Rối loạn nhịp tim | Bệnh lý mạch vành | Béo phì

FVCOG2024

HẬU QUẢ LÂU DÀI CỦA PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG



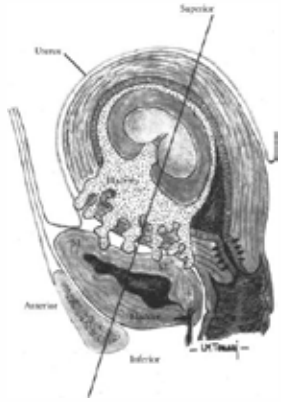
- Tăng tỷ lệ tiểu tiện không tự chủ
- Tăng tỷ lệ phẫu thuật sàn chậu

O. S. Madueke-Laveaux, A. Elsharoud và A. Al-Hendy (2021), "What We Know about the Long-Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication-A Systematic Review", J Clin Med, 10(22).

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHÂN LOẠI RAU CÀI RĂNG LƯỢC TRONG PHẪU THUẬT VÀ CHIẾN LƯỢC XỬ TRÍ

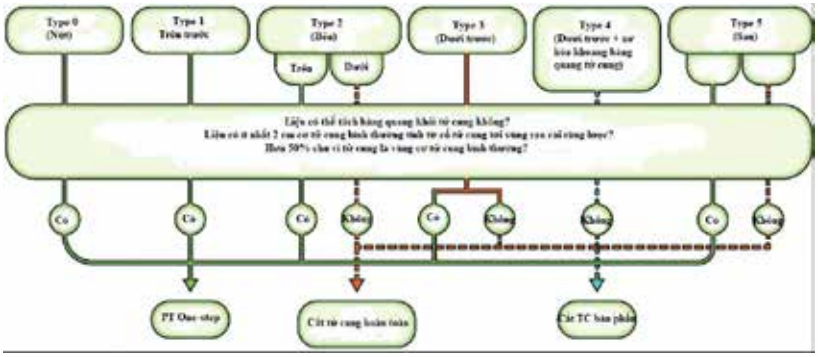
S1



S2

Placenta Accreta Spectrum Disorders: Current Recommendations from the Perspective of Antenatal Imaging

Conrado Milani Coutinho[1] Alexia Viegas Georg[1] Ligia Conceição Assef Marçal[1]
Albaro José Nieto-Calvache[2,3] Theophilus Adu-Bredu[4] Francesco D'Antonio[5]
José Miguel Palacios-Jaraquemada[6]



Phân vùng S1-S2

FVCOG2024

CÁC PHƯƠNG PHÁP BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

LỊCH SỬ CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG RCRL

2010
PT Triple-P
Bệnh viện ĐH St George, London

2011
PT One-Step
JOS´E MIGUEL PALACIOS - JARAQUEMADA
Argentina

2014
PT Stepwise
Ahmed Shabana
Đại học Mansoura, Ai Cập

2023
PT MOSCUS
Bệnh viện Từ Dũ

2023
PT SCAPAS
Nguyễn Duy Ánh

FVCOG2024

PHẪU THUẬT TRIPLE-P

Năm 2010, lần đầu tại Bệnh viện

ĐH ST. George, London


Review

WOMEN'S HEALTH

Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure

SAGE

Ana Piñas Carrillo[1] and Edwin Chandraharan[2]



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHẪU THUẬT TRIPLE-P


Review

WOMEN'S HEALTH

Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure

Ana Piñas Carrillo[1] and Edwin Chandraharan[2]

SAGE

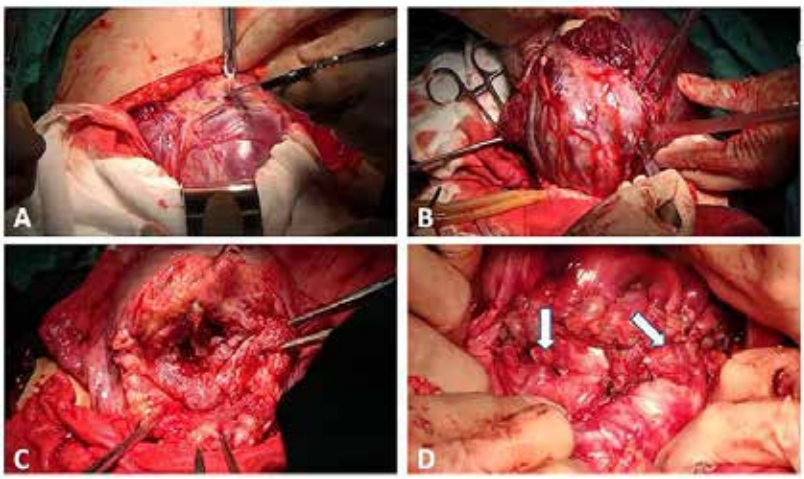
Bước 1: Trước phẫu thuật, bánh rau cần được đánh giá kỹ lưỡng để xác định chính xác vị trí rau bám. Rạch cơ tử cung đường ngang "cao" phía trên bờ trên bánh rau.

Bước 2: Giảm lưu lượng tuần hoàn đi vào vùng chậu: trước khi mổ lấy thai đặt một **catheter bóng chèn vào nhánh trước ĐM chậu trong hai bên (→*KT đòi hỏi Bs can thiệp mạch máu*)**

Bước 3: Lấy rau và cắt lọc phần cơ tử cung có tổ chức rau xâm lấn.

FVCOG2024

PHẪU THUẬT TRIPLE-P

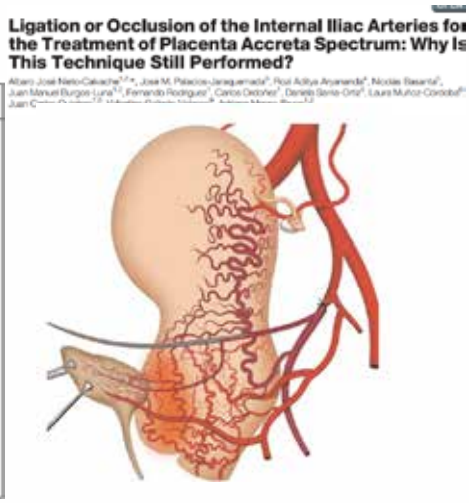


fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

PHẪU THUẬT STEP-WISE

Phẫu thuật Stepwise điều trị bảo tồn tử cung trong bệnh lý rau cài răng lược
1. Sử dụng thuốc tăng co tử cung phối hợp đường tĩnh mạch ngay trước khi rạch cơ tử cung
2. Rạch ngang đoạn cao tử cung, trên bờ bám của bánh rau (không cắt qua bánh rau).
3. Lấy thai.
4. Đưa tử cung ra ngoài đồng thời người phụ ép tử cung vào khớp vệ (ép động mạch tử cung hai bên tạm thời).
5. Thắt nhánh trước của động mạch chậu trong hai bên.
6. Lấy rau (trì hoãn cho đến khi đã hạn chế được lưu lượng tuần hoàn vùng chậu).
7. Xác định lỗ trong cổ tử cung bằng ngón giữa tay trái, sau đó xác định chính xác đoạn dưới tử cung bằng ngón trỏ và ngón nhẫn tay trái.
8. Khâu phục hồi cơ tử cung.



Thắt nhánh trước ĐMCT không hiệu quả trong PAS

FVCOG2024

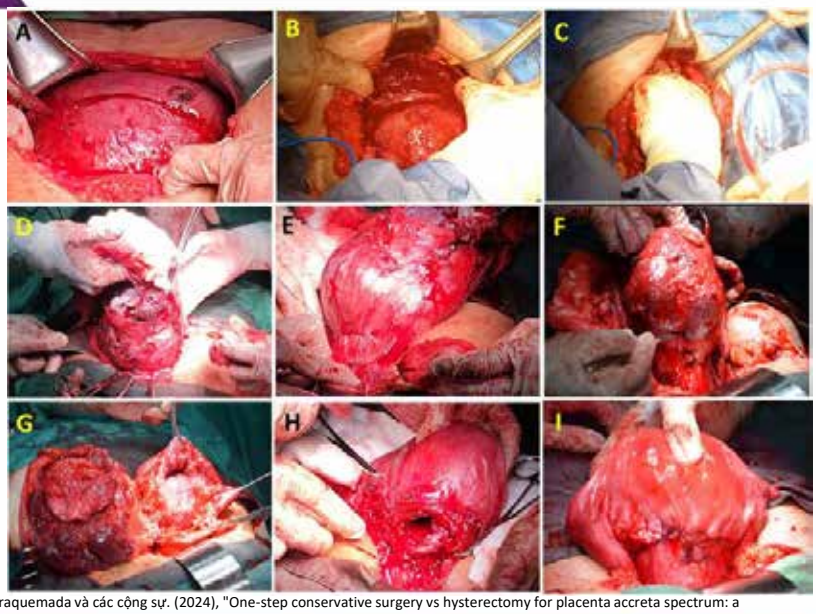
PHẪU THUẬT ONE-STEP

Phẫu thuật One-step trong bảo tồn tử cung ở bệnh nhân rau cài răng lược
1. Thắt các mạch máu tăng sinh và tách tử cung khỏi các tổ chức xâm lấn vào khoang tử cung – bàng quang
2. Rạch ngang đoạn cao tử cung lấy thai
3. Cắt lọc toàn bộ cơ tử cung bị xâm lấn và lấy toàn bộ bánh rau thành một khối cùng với vùng đã được kiểm soát mạch tăng sinh trước đó.
4. Cầm máu: có thể sử dụng một hoặc phối hợp các phương pháp cầm máu, bao gồm (a) thắt động mạch tử cung hai bên; (b) thắt cuống dưới phúc mạc vùng chậu; (c) khâu B-Lynch; (d) khâu Hayman; (e) khâu các mũi Cho (khâu chữ U); và khâu các mũi Pereira
5. Khâu phục hồi cơ tử cung hai lớp.
6. Khâu phục hồi bàng quang nếu cần.
Tác giả: ***JOSÉ MIGUEL PALACIOS-JARAQUEMADA (2011)***

- Tình huống và thời điểm áp dụng các **phương pháp cầm máu** không rõ ràng
- Phụ thuộc chủ yếu vào **kinh nghiệm** xử trí tình huống trong cuộc mổ của **PTV**

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHẪU THUẬT ONE-STEP



J. Nieto-Calvache Á, R. A. Aryananda, J. M. Palacios-Jaraquemada và các cộng sự. (2024), "One-step conservative surgery vs hysterectomy for placenta accreta spectrum: a feasibility randomized controlled trial", *Am J Obstet Gynecol MFM*, **6(6)**, tr. 101333.

PHẪU THUẬT MOSCUS – BV TỪ DŨ

Phẫu thuật MOSCUS bảo tồn tử cung trong bệnh lý rau cài răng lược [19]
Bước 1: Thắt các mạch tăng sinh và tách phần tổ chức tử cung bị xâm lấn ra khỏi vùng bàng quang bị xâm lấn.
Bước 2: Rạch ngang đoạn dưới tử cung phía trên bờ trên bánh nhau hoặc cắt qua bánh nhau trong trường hợp bất khả kháng, lấy thai.
Bước 3: Cắt bỏ toàn bộ phần nội mạc tử cung bị xâm lấn, lấy toàn bộ bánh nhau bằng tay hoặc để lại một phần bánh nhau tại chỗ, cầm máu các mạch máu tại chỗ.
Bước 4: Cầm máu bằng thủ thuật B-Lynch (khâu ép tử cung), sử dụng chỉ cromic catgut số 1.
Bước 5: Khâu phục hồi cơ tử cung 1 lớp, không dùng mũi khâu chữ U.
Bước 6: Khâu phục hồi bàng quang nếu cần thiết.

Đặt sonde JJ trước mổ: 84.6%

(→ Cần Bs Ngoại tiết niệu)

Phương pháp cầm máu: phụ thuộc kinh nghiệm PTV

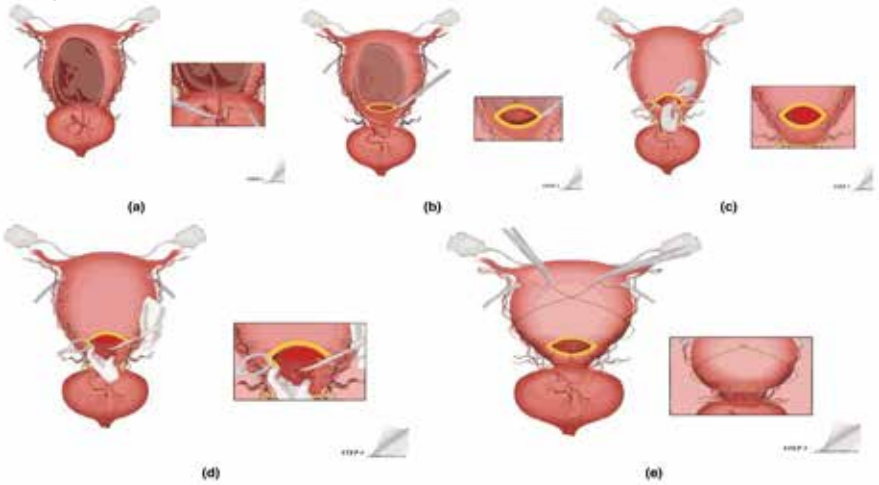
+ Thắt ĐMTC: 93.8%

+ Thắt ĐM BQ-TC: 93.8%

+ Thắt ĐM buồng trứng- TC: 21.5%

FVCOG2024

PHẪU THUẬT MOSCUS – BV TỪ DŨ



A. D. B. Vuong, T. H. Pham, X. T. T. Pham và các cộng sự. (2024), "Modified one-step conservative uterine surgery (MOSCUS) versus cesarean hysterectomy in the management of placenta accreta spectrum: A single-center retrospective analysis based on 619 Vietnamese pregnant women", *Int J Gynaecol Obstet*, **165(2)**, tr. 723-736.

FVCOG2024

CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG RCRL

Ưu điểm	Nhược điểm
- Tỷ lệ thành công cao: 80-90% - Áp dụng cho cả 3 thể rau cài răng lược	- Sử dụng các kỹ thuật cao, các phương tiện không sẵn có tại các cơ sở sản khoa, cần phối hợp đa chuyên khoa - Các bước phẫu thuật chưa rõ ràng, đặc biệt khâu cầm máu: thời điểm và kỹ thuật áp dụng - Phụ thuộc vào kinh nghiệm PTV

Khó áp dụng rộng rãi ở các trung tâm sản khoa, ĐB ở các nước đang phát triển

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG ĐƠN GIẢN TRONG BỆNH LÝ RAU CÀI RĂNG LƯỢC KHÔNG CÓ DẤU HIỆU XÂM LẤN PARAMETRE

(Simple Conservative surgery Approach in Placenta Accreta Spectrum without suspected signs of parametrial invasion - SCAPAS)

PHẪU THUẬT SCAPAS

Bước 1: Tách, đẩy BQ xuống thấp. Thắt các mạch máu tăng sinh.

Bước 2: Rạch ngang thân TC đoạn cao, ngay trên vị trí tang sinh mạch nhằm hạn chế chảy máu ồ ạt

Bước 3: Lấy thai. Sử dung thuốc cầm máu và các thuốc tăng co hồi TC tối đa

Bước 4: Cặp cầm máu tạm thời mép vết mổ bằng các kẹp hình tim

Bước 5: Lấy TC ra khỏi ổ bụng và thắt động mạch TC

Bước 6: Chủ động bóc rau. Cắt lọc cơ TC phần có rau xâm lấn. Khâu cầm máu diện rau bám

Bước 7: Xác định lỗ trong TC và đoạn dưới TC

Bước 8: Khâu phục hồi cơ TC: 1 lớp, mũi rời

Đối tượng áp dụng: PAS1, PAS2

Thời điểm kết thúc thai kỳ: 35 tuần 6/7

Đường rạch da: đường ngang trên vệ hoặc đường mổ cũ

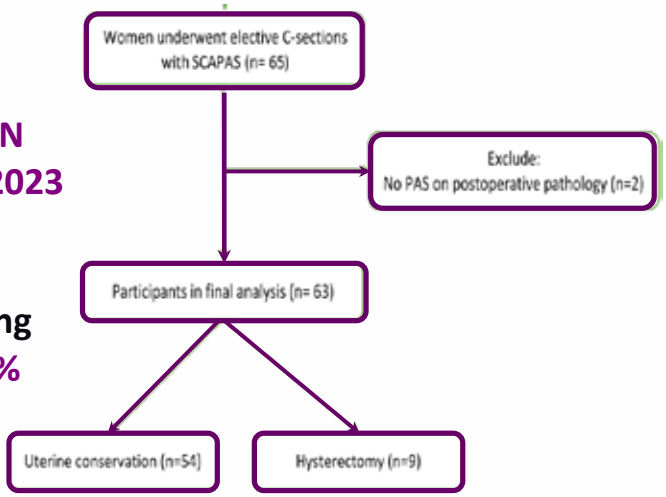
Phương pháp cầm máu: cầm máu tạm thời và thắt ĐMTC chủ động trước khi cắt lọc và cầm máu tại chỗ

FVCOG2024

PHẪU THUẬT SCAPAS

Nghiên cứu tiến cứu tại BVPSHN từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2023

Tỷ lệ bảo tồn tử cung thành công của phẫu thuật SCAPAS là 85.7% (PAS 1: 100%, PAS 2: 79.5%)



FVCOG2024

KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT SCAPAS

Kết quả	Bảo tồn tử cung (n=54)	Cắt tử cung (n=9)
Thời gian PT(mean±SD,min)	79 ± 23.5	98 ± 15.1
Lượng máu mất (mean±SD, ml)	1203 ± 692.3 (PAS1: 834ml)	1650 ± 424.3
Máu mất <1000ml (n, %)	22 (40.7%)	0
Tổn thương bàng quang (n,%)	3 (5.6%)	1 (11.1%)
Nhiễm trùng vết mổ (n)	3 (5.6%)	0
Mổ lại (n)	0	0
Apgar score < 7		
1 phút	7 (13%)	6 (66.7)
5 phút	0	0

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

SO SÁNH CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG RAU CÀI RĂNG LƯỢC

	Triple-P [1] (2010)	One-step [2] (2011)	Stepwise approach[3] (2014)	MOSCUS[5] (2023)	SCAPAS
PAS	Tất cả	Tất cả	Tất cả	Tất cả	PAS1 và PAS2
Các bước Phẫu thuật	Không rõ 3 thủ thuật	Không rõ Phương pháp cầm máu	Rõ ràng	Không rõ -Lấy rau -Thủ thuật khác	Rõ
Kỹ thuật cao	Có Đặt catherter bóng chèn vào nhánh trước ĐM chậu trong	Không rõ	Có Thắt ĐM chậu trong	Có Đặt sonde JJ: KT cầm máu phụ thuộc vào kinh nghiệm PTV	Không Thắt ĐMTC hai bên
Máu mất	2318 mL	Không rõ	1700mL	987 mL	1267 ml (PAS1: 834)
Biến chứng	-CMSĐ nặng (6%) -Huyết khối (6%)	Không rõ	Tổn thương đường tiết niệu (14.1%)	Nhiễm trùng (để lại 1 phần bánh rau) Phẫu thuật lại (6.2%)	Tổn thương BQ (5.6%)
Thành công	100% (50)	85.3% (75)	91.5% (71)	93.8% (65)	85.7% (63) (PAS1: 100%; PAS2: 79.5%)

(1) Pinas-Carrillo A, Bruce A, Moore J, et al. Outcomes of the first 50 patients with abnormally invasive placenta managed using the "Triple-P Procedure" conservative surgical approach. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148(1):69-71. doi:10.1002/ijgo.12990
(2) Nieto-Calvache AJ, Palacios-Jaraquemada JM, Aryananda R, et al. How to perform the one-step conservative surgery for placenta accreta spectrum move by move. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(2):100802. doi:10.1016/j.ajogmf.2022.100802
(3) Shabana A, Fawzy M, Refaie W. Conservative management of placenta percreta: a stepwise approach. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(5):993-998. doi:10.1007/s00404-014-3496-x
(4) Elkhouly NI, Solyman AE, Anter ME, Sanad ZF, El Ghazaly AN, Ellakwa HE. A new conservative surgical approach for placenta accreta spectrum in a low-resource setting. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022 Aug;35(16):3076-3082.
(5) Thi Pham XT et al.. A novel approach in the management of placenta accreta spectrum disorders: A single-center multidisciplinary surgical experience at Tu Du Hospital in Vietnam. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2023;62(1):22-30. doi:10.1016/j.tjog.2022.09.003

KHẢ NĂNG ÁP DỤNG PHẪU THUẬT SCAPAS

- Phẫu thuật bảo tồn tử cung **đơn giản**
- Các bước chuẩn bị **đơn giản**
- Các bước phẫu thuật **rõ ràng**, không cần thêm các thủ thuật bổ sung khác
- Sử dụng các kỹ thuật **cơ bản** trong PT sản khoa, mà không yêu cầu thêm các kỹ thuật khó, đòi hỏi chuyên khoa khác phối hợp thường quy.
- Áp dụng cho nhóm đối tượng PAS1 và PAS2: **chiếm 90%** các trường hợp rau cài răng lược □ **cá thể hóa** điều trị

□ Có thể **áp dụng rộng rãi** ở các cơ sở Sản khoa có khả năng phẫu thuật

FVCOG2024

VIDEO

(Simple Conservative surgery Approach in Placenta Accreta Spectrum without suspected signs of parametrial invasion - SCAPAS)

FVCOG2024

KẾT LUẬN

1. Các phương pháp phẫu thuật bảo tồn tử cung trong rau cài răng lược có tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp, trở thành xu hướng trong phẫu thuật rau cài răng lược hiện nay.
2. Đánh giá trước phẫu thuật về mức độ xâm lấn của bánh rau dựa vào các phân loại trên siêu âm đóng vai trò rất quan trọng nhằm tiên lượng khả năng bảo tồn tử cung và lựa chọn phương pháp bảo tồn.
3. Việc áp dụng phương pháp phẫu thuật bảo tồn nào phụ thuộc điều kiện của cơ sở y tế, trình độ và kinh nghiệm của PTV, tình trạng người bệnh **Cá thể hóa điều trị.**
4. Cho đến nay vẫn chưa có PP bảo tồn tử cung nào được chứng minh là tối ưu trong phẫu thuật rau cài răng lược **Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.**


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn



HỖ TRỢ PHA HOÀNG THỂ[1] ĐIỀU TRỊ DỌA SẨY THAI & SẨY THAI LIÊN TIẾP[2] DỰ PHÒNG SINH NON[3]

1,2,3 Tài liệu dựa trên "Thông tin kê toa sản phẩm UTROGESTAN®"

4. The ESHRE Guideline Group On Ovarian Stimulation. ESHRE guideline: ovarian stimulation for IVF/ICSI. Hum Reprod Open 2020;2020(2):hoaa009

5. Recurrent Pregnancy Loss Guideline Development Group, Recurrent Pregnancy Loss, Guideline of ESHRE, Update 2022.

6. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management, NICE 2021.

7. NICE. Clinical guideline [NG25] Preterm labour and birth, 2023.

Số đăng ký sản phẩm: 840110179823 được cấp bởi Cục Quản lý Dược theo Quyết định số 489/QĐ-QLD, ngày 14/07/2023

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life



Prof. YVES VILLE

Head of Department,
Department of Obstetrics and Fetal Medicine, Necker Hospital, University of Paris

DIPLOMAS

- 1986: Studied at Paris-Sud Medical School
- 1992: Certified in Obstetrics and Gynecology
- 1992: Clinical Research Fellow in Fetal Medicine, Harris Birthright Research Centre, King's College Hospital, London
- 1993: PhD in Clinical Medicine
- 1993: Senior Obstetrician, Antoine Béclère Hospital, Paris
- 1996: Habilitation to supervise research in fetal endoscopic surgery
- 1998: Professor of Obstetrics and Gynecology since then

EXPERIENCE

- 1996 - 1998: Director of Fetal Medicine Unit, St George's Hospital, UK , developed multidisciplinary fetal MRI clinics
- 1998 - 2009: Head of Department, University of Versailles and Poissy-St Germain Hospital
- Since 2009:
  - Head of Department, Necker Hospital; managing over 3,200 births annually, including 600 congenital defect cases
  - Director of National Referral Center for monochorionic twin pregnancies, training fetal medicine specialists and establishing 10 regional centers
  - Coordinator of multidisciplinary prenatal diagnosis board at Necker, overseeing over 1,500 suspected fetal abnormalities annually

PUBLICATIONS

- Founding member of Eurofoetus consortium, developing fetal endoscopy (1997)
- Director of a registered research unit (EA7328) at University Paris-Descartes, with a multidisciplinary focus on fetal medicine and pediatric surgery
- Supervising 4 PhD candidates and 5 Master's students
- Secured five national research grants ranging from €80,000 to €800,000
- Authored 642 peer-reviewed publications (source: PubMed)

AWARDS & DISTINCTIONS

- Young Member, French Academy of Medicine (since 2009)
- Expert for the Court of Appeal (since 1998)
- President, French Society for Ultrasound in Medicine and Biology (2006-2010)
- Secretary-General, European Association of Perinatal Medicine (2004-2008)
- President, International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (2012-2014)

FVCOG2024

THAI KỲ MUỘN: THEO DÕI HAY KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Yves Ville

Bệnh viện Necker - Enfants Malades - Paris, Pháp

Œstrogel®

ESTRADIOL-17ß

17β Estradiol dạng gel thoa thẩm thấu qua da



Tài liệu dựa trên "Thông tin kê toa sản phẩm OESTROGEL®"
Số đăng ký sản phẩm: VN-20130-16 được cấp bởi Cục Quản lý Dược theo Quyết định số 530/QĐ-QLD, ngày 03/11/2016

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life



Prof. PHILLIPE DESCAMPS

Former Vice President of FIGO
Head of International Cooperation Department of CNGOF

DIPLOMAS

- 1999: Head of the Obstetrics and Gynaecology Department at Angers University Hospital, France.
- 2011: Editor of the French medical journal La Lettre du Gynécologue.
- Professor Philippe Descamps is a Professor of Obstetrics and Gynaecology.
- Director of the Regional Endometriosis Care Centre, EndoRef-Pays de Loire.

EXPERIENCE

- 2011-2021: Vice-President of the French Society of Gynaecological and Pelvic Surgery (SCGP).
- 2012: President of the International Relations Committee of the French National College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF).
- 2015-2021: Elected French representative to the FIGO Council.
- 2018-2021: Member of FIGO's Minimal Access Surgery Committee.
- 2020-2021: Member of FIGO's Strategic Planning Committee.
- 2021-2023: Elected FIGO Vice-President.
- 2023: President of ISMIVS (International Society of Minimally Invasive and Non-Invasive Surgery).
- Clinical focus on endometriosis surgery.
- French representative of CNGOF at EBCOG.

PUBLICATIONS

- 2011-Present: Editor of the French medical journal La Lettre du Gynécologue.

AWARDS & DISTINCTIONS

- 2021-2023: Elected FIGO Vice-President.
- 2023: Elected President of ISMIVS.

FVCOG2024

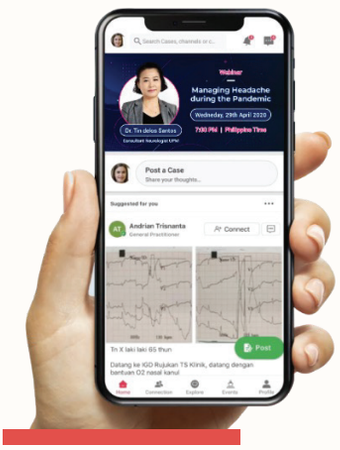
CẬP NHẬT CÁC HƯỚNG DẪN MỚI CỦA FIGO TRONG QUẢN LÝ CÁC BỆNH LÝ PHỤ KHOA

Phillipe Descamps

Nguyên Phó Chủ tịch Hiệp hội SPK Quốc tế (FIGO);
Trưởng ban Hợp tác quốc tế Hội sản phụ khoa Pháp (CNGOF)

docquity

Cộng đồng Y Khoa Lớn Nhất Việt Nam & Đông Nam Á



Là mạng lưới nơi các Bác sĩ và Nhân viên Y Tế (đã được xác minh) có thể yên tâm **KẾT NỐI**, chia sẻ với các đồng nghiệp, **HỌC TẬP** và cùng nhau **PHÁT TRIỂN.**

Thuận tiện kết nối đa chuyên khoa
Dễ dàng xem các nội dung y khoa dạng viết, tham dự các sự kiện trực tuyến hoặc xem lại video bài giảng.

Nội dung y khoa cập nhật từ các Đối tác y khoa với các Hình thức, Chương trình đa dạng



400,000+
BÁC SĨ

420,000+
TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG ĐƯỢC THẢO LUẬN

6,000,000+
TÍN CHỈ CME / CPD ĐÃ ĐƯỢC CẤP

CỘNG ĐỒNG BÁC SĨ ĐA CHUYÊN KHOA — **KẾT NỐI** — **HỌC TẬP** — **PHÁT TRIỂN**

Hội nghị, hội thảo trong nước và quốc tế	Webinar/Video Ca lâm sàng mô phỏng	Ca lâm sàng các BS trong/ ngoài nước chia sẻ

Khóa học	CME	Tạo nhóm theo Chuyên khoa/Chủ đề thảo luận/Sở thích	Trò chơi/Cuộc thi

Cập nhật Hướng dẫn	Tóm tắt y khoa	Thăm dò ý kiến



Không thành phần từ động vật

Không sữa

Không đậu nành

Không gluten

Không thêm đường

Không phụ gia

Tại sao nên dùng Optibac Baby Drops?

Optibac chỉ sử dụng những chủng lợi khuẩn được nghiên cứu nhiều nhất. *Bifidobacterium breve* M-16V® đã được **thử nghiệm lâm sàng với hàng nghìn trẻ sơ sinh** và được sử dụng tại hơn 140 khoa Hồi sức Sơ sinh tại các bệnh viện trên khắp thế giới.

Optibac luôn ưu tiên sử dụng **các thành phần tự nhiên**, không thành phần từ động vật, hoàn toàn không thêm đường, không gluten, không sữa và các phụ gia nhân tạo khác.

Optibac là thương hiệu men vi sinh **được tin tưởng và khuyên dùng nhiều nhất** tại Vương quốc Anh*.



Khuyên dùng Optibac Baby Drops hàng ngày để giúp trẻ nhận đủ lợi khuẩn xây dựng hệ chí vi khuẩn đường ruột và hệ miễn dịch khỏe mạnh ngay từ tháng năm đầu đời.

Nhà phân phối chính thức tại Việt Nam:

Công ty Cổ phần An Khánh, 45A Trần Quang Khải,
Quận Hồng Bàng, Tp. Hải Phòng, Việt Nam
Số Hotline: +84 772 306 668
Email: vietnam@optibacprobiotics.com
Trang web: www.optibacprobiotics.com/vn

Thông tin tham khảo được cung cấp khi có yêu cầu.

Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.

TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ.

Optibac
Trusted friendly bacteri

Liên Hệ Docquity Để Được Tư Vấn Chi Tiết
Với Nhiều Ưu Đãi: 0376539271 (Mỹ Hoa)



Không thành phần từ động vật

Không gluten

Không sữa

Không thêm đường

Không vị

Không phụ gia

Tại sao nên dùng Optibac Babies & Children?

Chứa 3 trong số các **chủng lợi khuẩn đường ruột cho trẻ nhỏ được nghiên cứu nhiều nhất** thế giới. Bổ sung Vitamin D3 hỗ trợ sức khoẻ miễn dịch và chất xơ hoà tan là prebiotic giúp tăng lượng lợi khuẩn đường ruột.

An toàn cho trẻ sơ sinh với **các thành phần tự nhiên**, không thành phần từ động vật, hoàn toàn không thêm đường, không gluten, không sữa và các phụ gia. Tiện dụng với dạng bột không vị và dễ dùng cho cả bé kén ăn.

Optibac là thương hiệu men vi sinh **được tin tưởng và khuyên dùng nhiều nhất** tại Vương quốc Anh*



Khuyên dùng Optibac Babies & Children hàng ngày để giúp trẻ hỗ trợ tiêu hoá và tăng cường miễn dịch.

Nhà phân phối chính thức tại Việt Nam:

Công ty Cổ phần An Khánh, 45A Trần Quang Khải,
Quận Hồng Bàng, Tp. Hải Phòng, Việt Nam
Số Hotline: +84 772 306 668
Email: vietnam@optibacprobiotics.com.
Trang web: www.optibacprobiotics.com/vn

Thông tin tham khảo được cung cấp khi có yêu cầu.

Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.

TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ

Optibac
Trusted friendly bacteria

Liên Hệ Docquity Để Được Tư Vấn Chi Tiết
Với Nhiều Ưu Đãi: 0376539271 (Mỹ Hoa)

docquity

Soki MIDI

THỰC PHẨM BẢO VỆ SỨC KHỎE

Soki Midi

Đề kháng khỏe,
chẳng sợ ốm vặt





Proferrin

DigeZyme

FDA GRAS GENERALLY RECOGNIZED AS SAFE

BỘ Y TẾ MINISTRY OF HEALTH

GMP CERTIFIED GOOD MANUFACTURING PRACTICE

Liên Hệ Docquity Để Được Tư Vấn Chi Tiết
Với Nhiều Ưu Đãi: 0376539271 (Mỹ Hoa)

PHIÊN 1A



TS.BS. LÊ QUANG THANH

Nguyên Giám đốc
Bệnh viện Từ Dũ

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1987: Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa - Đại học Y Dược TP.HCM
- 1993: Thạc sĩ chuyên ngành Phát triển thể chất - Đại Học Chulalongkorn - Bangkok - Thái Lan
- 2019: Tiến sĩ chuyên ngành: Dịch tễ học - Đại học Y Dược TP.HCM

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1988 - 1996: Bác sĩ điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ
- 1996 - 8/2009: Bác sĩ phó trưởng khoa lâm sàng - Bệnh viện Từ Dũ
- 08/2009 - 9/2010: Phó Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ
- 09/2010 - 05/2011: Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện Từ Dũ
- 05/2011 – 25/10/2012: Phó Giám đốc - Bệnh viện Từ Dũ
- 26/10/2012 – 25/10/2022: Giám đốc - Bệnh viện Từ Dũ
- 26/10/2022 - nay: Bác sĩ cao cấp – Cố vấn Ban Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 2008: Hiệu quả điều trị u buồng trứng trong thai kỳ bằng phẫu thuật nội soi - Y học Thành Phố Hồ Chí Minh. Hội nghị khoa học kỹ thuật - lần thứ 25 - Chuyên đề Sức khỏe Bà Mẹ Trẻ Em
- 2012: Tỉ lệ và các yếu tố tiên lượng của hội chứng HELLP tại bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí phụ sản
- 2013: Human Papillomavirus Type Distribution in Invasive Cervical Cancer and High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia Across 5 Countries in Asia - International Journal Gynecological Cancer.
- 2013: Song thai với một thai trứng toàn phần và một thai sống: Báo cáo hai trường hợp và tổng quan y văn. Tạp chí phụ sản 2013 - Tạp chí phụ sản
- 2016: Giá trị của tỉ số SFLT1/PLGF trong tiên lượng kết cục thai kỳ ở bệnh lý tiền sản giật với tuổi thai 28-32 tuần - Báo Thời sự Y học, chuyên đề sức khỏe sinh sản
- 2016: Tỉ lệ tân sinh nguyên bào nuôi sau thai trứng điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Phụ sản
- 2016: Yếu tố liên quan diễn tiến thành tân sinh nguyên bào nuôi sau thai trứng tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Y học Thực Hành
- 2018: Xác định sự hiện diện DNA thai tự do trong máu mẹ bằng kỹ thuật MSP kết hợp tạo dòng giải trình tự - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2018: So sánh hiệu quả thu nhận DNA tự do từ huyết tương thai phụ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2019: Ứng dụng tầm soát trước sinh không xâm lấn trong phát hiện sớm lệch bội nhiễm sắc thể qua DNA thai tự do trong máu mẹ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2021: Hiệu quả cắt cơn gò tử cung của Nifedipine trong điều trị dọa sanh non tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2021: Tỉ lệ mổ lấy thai và yếu tố liên quan trên các trường hợp sản phụ được chỉ định sử dụng oxytocin tại Bệnh viện Từ Dũ -- Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2022: Hiệu quả và an toàn của phác đồ phá thai nội khoa đùng Mifepristone và Misoprostol ở thai 9-12 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh

FVCOG2024

PROGESTERON DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT: LIỆU CÓ HIỆU QUẢ?

TS.BS. Lê Quang Thanh

Nguyên Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ

FVCOG2024

- Phân loại các bệnh lý sản khoa đơn thuần dựa trên biểu hiện lâm sàng của mẹ và/hoặc con, không dựa trên cơ chế bệnh gây nên biểu hiện lâm sàng

- Chẩn đoán và điều trị thường dựa trên biểu hiện lâm sàng mà không xem xét bệnh căn đặc hiệu

- **Những rối loạn về sản khoa dẫn đến bệnh suất và tử suất cao cho mẹ và chu sinh**

Những hội chứng sản khoa quan trọng

Đặc tính chủ yếu của các hội chứng trong sản khoa

1. **Đa bệnh căn**
2. **Giai đoạn tiền lâm sàng kéo dài**
3. **Thường tác động đến thai nhi/trẻ sơ sinh**
4. **Sự tương tác giữa gen và môi trường và/hoặc tương tác gen phức tạp liên quan giữa kiểu hình của mẹ và/hoặc kiểu hình thai nhi**
5. **Biểu hiện lâm sàng tương ứng**

Romero, 1996, Di Renzo 2009, JMFNM

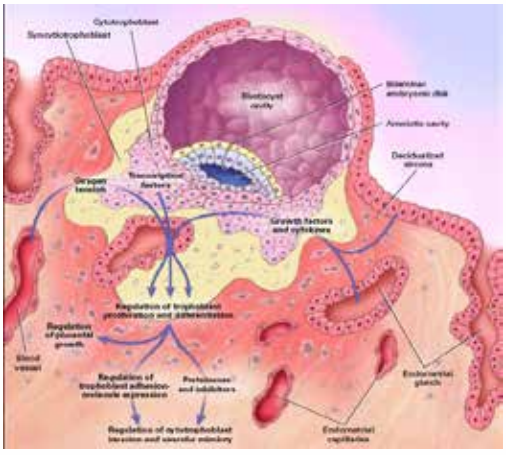
FVCOG2024

" Sinh non, ối vỡ non, tiền sản giật, SGA, LGA, thai lưu và nhiều tình trạng trên lâm sàng khác không phải là một tình trạng riêng rẽ, mà là một hội chứng do nhiều nguyên nhân."

Di Renzo 2009, J Matern Fetal Neonatal Med

FVCOG2024

Dung nạp miễn dịch



Successful mammalian pregnancy depends upon tolerance of a genetically incompatible fetus by the maternal immune system.

frcog2024.nhog@gmail.com www.frcog2024.vn

✓ Fetal genotype
✓ Maternal immune system
✓ Endometrial environment

Implantation

Placental bed formation

Rise in intraplacental oxygen tension

Maternal diet
Parental genotype

✓ Metabolic disorders
✓ Mitochondrial dysfunction
✓ Drugs, smoking, alchol, epigenetics

Oxydative stress

Antioxidant defences

Degeneration of syncytiotrophoblast
Massive IVBF obstruction

Early pregnancy failure

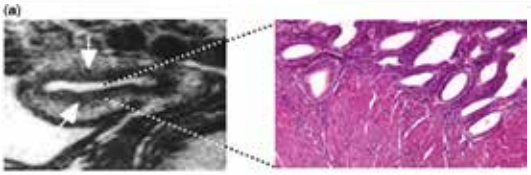
Ischemia-reperfusion

Chronic oxidative stress

Progressive IVBF

Resolution
Normal placental function

Spiral artery in junctional zone



Normal Pregnancy

Full remodelling of wall:
-Loss of musculo-elastica
-Fibrofibrinoid wall
-Trophoblast

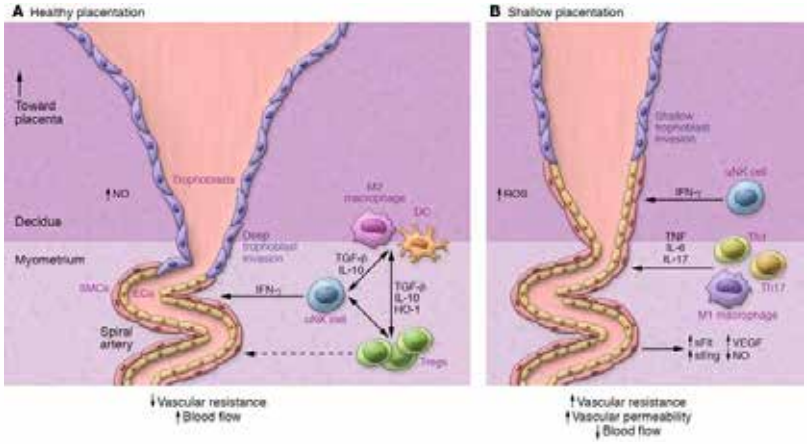


Obstetric Syndromes

Musculo-elastic wall
Arteriosclerosis

FVCOG2024

Nguyên bào nuôi xâm lấn nông vào màng rụng và/hoặc mạch máu của mẹ có thể dẫn đến tiền sản giật



Số lượng hoặc chức năng không đầy đủ của tế bào Treg liên quan đến

- *Vô sinh*
- *Sẩy thai liên tiếp*
- *Các biến chứng thai kỳ khởi phát muộn do suy nhau thai: tiền sản giật và thai giới hạn tăng trưởng.*

***Robertson SA et al**. J Clin Invest 2018; **58(10)**: 4224-4235. DOI: 10.1172/JCI122182*

FVCOG2024

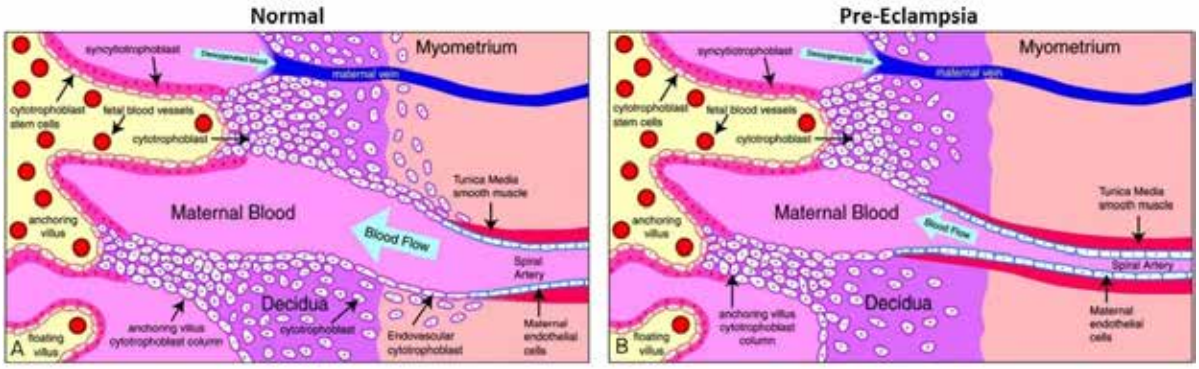
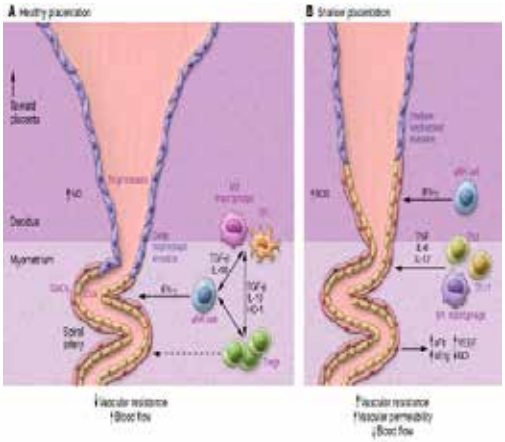


Fig 1 – The spiral arteries in pre-eclampsia are thought to produce a high-resistance, low flow circulation.

Cơ chế bệnh sinh chung

- thay đổi sự tái cấu trúc các động mạch xoắn ốc của tử cung trong giai đoạn sớm của thai kỳ, dẫn đến suy giảm tưới máu ở nhau thai và rối loạn chức năng nội mô của mẹ;
- tình trạng viêm toàn thân trong trường hợp sinh non với những thay đổi nội mô;
- có thể có tác động bất thường của hệ vi sinh âm đạo và màng rụng, dẫn đến nhiễm trùng cục bộ hoặc rối loạn sinh học.

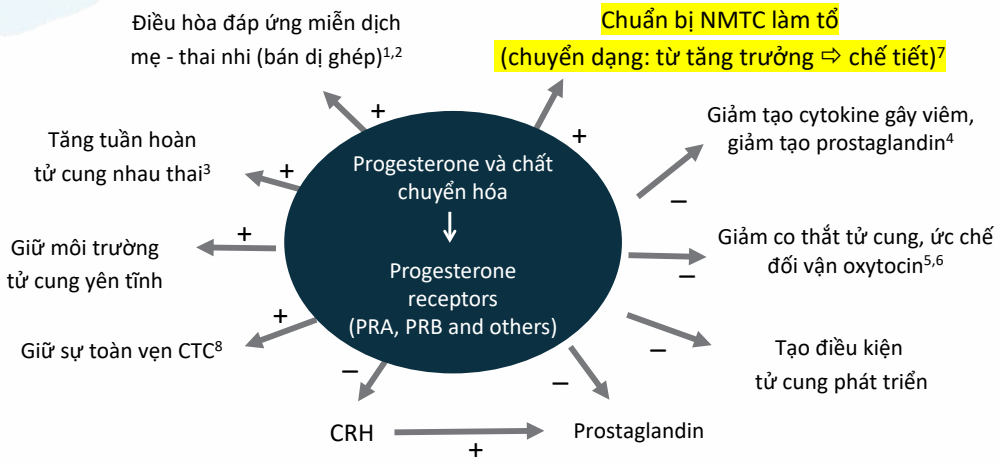


1. Connealy BD, Carreno CA, Kase BA, Hart LA, Blackwell SC, Sibai BM. A history of prior preeclampsia as a risk factor for preterm birth. Am J Perinatol. 2014;31(6):483–8.
2. Rasmussen S, Ebbing C, Irgens LM. Predicting preeclampsia from a history of preterm birth. PLoS One. 2017;12(7):e0181016.

PROGESTERONE: *Vai trò trong thai kỳ*

1	**Chuẩn bị nội mạc tử cung**
2	**Duy trì thai kỳ**

PROGESTERONE TRONG THAI KỲ





1. Norwitz ER, et al. N Engl J Med 2001;345:1400-1408.
2. Druckmann R, et al. J Steroid Biochem Mol Biol 2005;97:389-396.
3. Czajkowski K, et al. Fertil Steril 2007;87:613-618.
4. Schwartz N, et al. Am J Obstet Gynecol 2009;201:211.e1-9.
5. Fanchin R, et al. Hum Reprod 2000;15 Suppl 1:90-100.
6. Perusquia M, et al. J. Life Sci 2001; 68: 2933-2944.
7. Lovely LP, et al. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 2351-2356.
8. Iams JD, et al. Lancet 2008; 371: 164-175.

FVCOG2024

Liều cao progesterone kích thích sản sinh Treg

- Tế bào T điều hòa (Treg) rất cần thiết để thiết lập khả năng dung nạp của mẹ đối với phôi thai.
- Progesterone kích thích sự hình thành và tác động đến chức năng của Treg.

→Progesterone liều cao giúp
- duy trì thai kỳ
- giảm nguy cơ tiền sản giật



Journal of Reproductive Immunology Volume 158 , August 2023, 103585

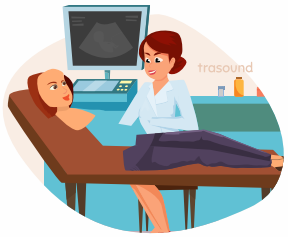
frcog2024.nhog@gmail.com www.frcog2024.vn

CHỈ ĐỊNH MỚI:

NHỮNG RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN BÁNH NHAU

Sàng lọc quý 1
11-14 weeks

US (Anatomical scan)



0,5-2,0 MoM

PAPP-A + b-HCG



FVCOG2024

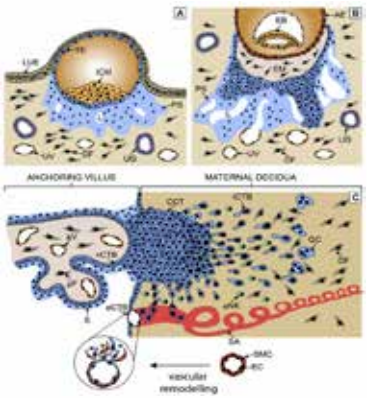
PAPP-A là gì?

- Là một yếu tố tăng trưởng
- Nồng độ thấp trong máu của đàn ông và phụ nữ không mang thai, nhưng tăng nhanh sau khi có thụ thai và đạt đỉnh ở TCN thứ 3
- Nồng độ **PAPP- A MoM** thấp liên quan đến TSG, SGA & FGR, sinh non và doạ sẩy thai

FVCOG2024

Placental bed formation

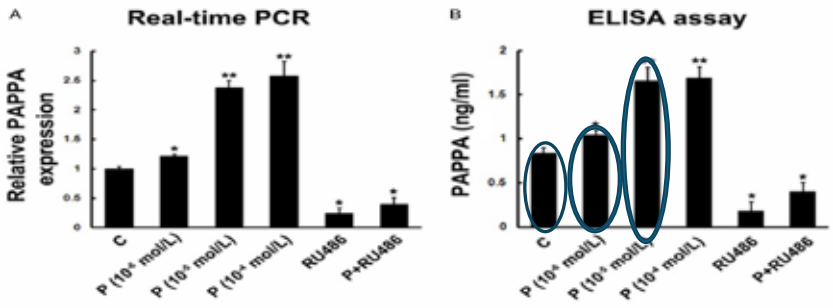
PAPP-A + IGF
Control glucose and amino acids in trophoblast
-cellular mitosis
-trophoblastic invasion in decidua



Full remodeling of wall:
-Loss of musculo-elastica
-Fibro fibrinoid wall
-Trophoblast

Obstetric Syndromes
Musculo-elastic wall
Arteriosclerosis

Progesterone stimulates PAPP-A expression in trophoblastic cells.



Wang, Jiao, et al. "Pregnancy-associated plasma protein A up-regulated by progesterone promotes adhesion and proliferation of trophoblastic cells." *International journal of clinical and experimental pathology* 7.4 (2014): 1427.

FVCOG2024

MỐI LIÊN QUAN TƯƠNG HỖ GIỮA TÁC NHÂN DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT & DỰ PHÒNG SẨY THAI - SINH NON

VOL. 129, NO. 2, FEBRUARY 2017 OBSTETRICS & GYNECOLOGY

OBJECTIVE: Spontaneous preterm birth is an important cause of neonatal mortality and morbidity. An increasing body of evidence suggests that uteroplacental ischemia plays an important role in the etiology of spontaneous preterm birth. We aimed to study whether antiplatelet agents reduce the risk of spontaneous preterm birth.

CONCLUSION: Antiplatelet agents reduce spontaneous preterm birth in pregnant women at risk for preeclampsia.

Lần mang thai trước thai phụ mắc HDP sẽ tăng nguy cơ sinh non tự phát và ngược lại –

Các bệnh này có cùng căn nguyên

CÂU HỎI ĐẶT RA:
Aspirin được sử dụng để phòng ngừa TSG, có thể mang lại hiệu quả dự phòng sinh non

Cơ chế bệnh sinh chung

CÂU HỎI ĐẶT RA:
Progesterone khi dùng để phòng ngừa sẩy thai hoặc sinh non, có thể cũng có hiệu quả dự phòng luôn cả tiền sản giật?

CẬP NHẬT NGHIÊN CỨU MỚI 2023

19TH WORLD CONGRESS ON HUMAN REPRODUCTION
15-18 MAR 2023 - VENICE AND ONLINE

Accepted: 20 October 2023
DOI: 10.1111/1471-0528.17705

BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

SYSTEMATIC REVIEW

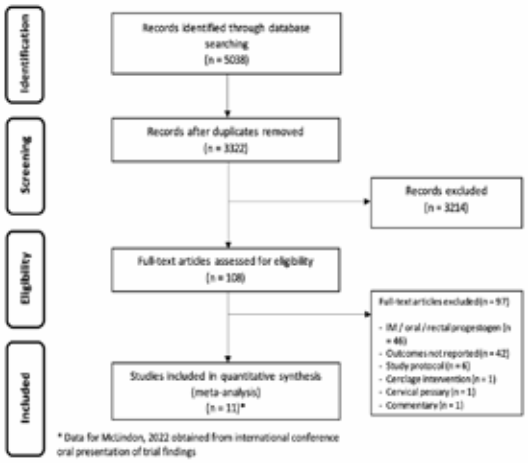
Vaginal micronised progesterone for the prevention of hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis

Pedro Melo[1,2] | Adam Devall[2] | Andrew H. Shennan[3] | Manu Vatish[1] | Christian M. Becker[1] | Ingrid Granne[1] | Aris T. Papageorghiou[1] | Ben W. Mol[4,5] | Arri Coomarasamy[2]

FVCOG2024

CẬP NHẬT NGHIÊN CỨU MỚI 2023

19TH WORLD CONGRESS ON HUMAN REPRODUCTION
15-18 MAR 2023 - VENICE AND ONLINE

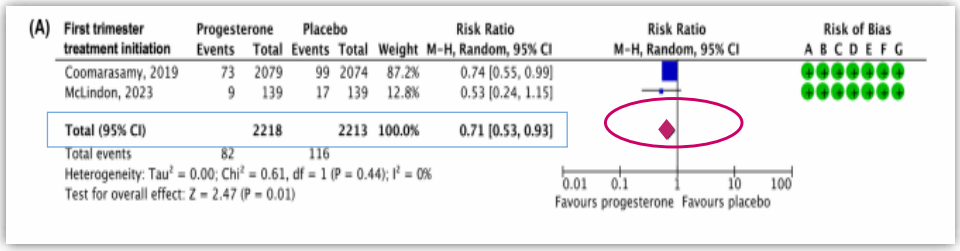


- Phân tích gộp: 11 NC, 11.640 thai phụ
- Progesterone đặt âm đạo (100-800 mg/ngày) sv giả dược
- N=6033 so sánh phòng ngừa rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ
  N=9541 so sánh phòng ngừa tiền sản giật
- **Coomarasamy 2015: PROMISE trial** (800mg progesterone vi hạt đặt âm đạo), kéo dài đến 12 tuần
- **Coomarasamy 2019: PRISM study** (800 mg progesterone vi hạt đặt âm đạo), kéo dài đến 16 tuần
- **McLindon 2023: STOP trial** (Progesterone pessary **400 mg nightly**), kéo dài đến 12 tuần

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

PROGESTERONE VI HẠT GIÚP GIẢM NGUY CƠ RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

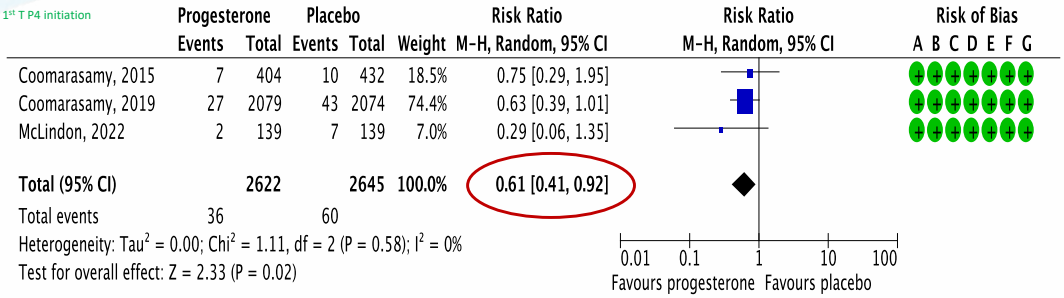


Sử dụng progesterone 3 tháng đầu thai kỳ:
giúp **GIẢM 29%** nguy cơ tăng huyết áp trong thai kỳ
(2 nghiên cứu, n=4431 thai phụ)

Melo et al, 2023

FVCOG2024

PROGESTERONE VI HẠT GIÚP GIẢM NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT



Progesterone vi hạt đặt âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ:
giúp **GIẢM** 39% nguy cơ tiền sản giật *(3 nghiên cứu, n=5267)*

Melo et al, 2023
Tommy's 2023

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG

Bắt đầu progesterone âm đạo từ tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba không làm thay đổi tỷ lệ tăng HA trong thai kỳ (HDP) & TSG so với giả dược

Melo et al, 2023

PROGESTERONE VI HẠT GIÚP GIẢM NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT

3.4.2 | Pre-eclampsia

BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

Vaginal progesterone commenced in the first trimester of pregnancy reduced the risk of pre-eclampsia compared with placebo (RR 0.61, 95% CI 0.41–0.92, 3 //RCTs,[6,7,14] $n = 5267$ women, $I^2 = 0\%$; moderate-certainty evidence) (Figure 2A). The subgroup analysis according to progesterone dose showed a benefit in using the 400 mg twice daily regimen (RR 0.65, 95% CI 0.42–0.99, 2 RCTs,[6,7] $n = 4989$ women), whereas the 400-mg once daily regimen was not confidently associated with a reduction in pre-eclampsia (RR 0.29, 95% CI 0.06–1.35, 1 RCT,[14] $n = 278$ women) (Figure S3A). There were no additional studies for sensitivity analysis.

Liều Progesterone để GIẢM NGUY CƠ TSG

- **400 mg x 2 lần/ngày** cho thấy có lợi (PROMISE & PRISM)
- **400 mg/ngày – không khác biệt đáng kể** so với giả dược

➔Sử dụng SỚM Progesterone vi hạt đặt âm đạo liều cao (800mg/ngày) trong điều trị dọa sẩy thai mang lại lợi ích làm giảm nguy cơ tiền sản giật

Melo et al, 2023 (BJOG)

FVCOG2024

KẾT LUẬN



- Dự phòng: Aspirin
- Chứng cứ mới: sử dụng sớm Progesterone vi hạt đặt âm đạo liều cao (800mg/ngày) trong điều trị dọa sẩy thai mang lại thêm lợi ích giảm nguy cơ tiền sản giật ngoài hiệu quả cải thiện tỷ lệ trẻ sinh sống.
- *Cần có thêm NC để đánh giá vai trò của Progesterone trong dự phòng tiền sản giật ở quần thể chung.*

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

Relactagel®

Gel đặt bổ sung acid lactic + glycogen

GIẢI PHÁP CÂN BẰNG pH
PHỤC HỒI MÔI TRƯỜNG ÂM ĐẠO



- HIỆU QUẢ NHANH CHÓNG
- AN TOÀN - SỬ DỤNG ĐƯỢC CHO PHỤ NỮ MANG THAI
- KẾT HỢP VỚI KHÁNG SINH ĐỂ GIA TĂNG HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Natural *is better*

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life



TTND.PGS.TS HUỲNH NGUYỄN KHÁNH TRANG

Trưởng khối Sản Bệnh viện Hùng Vương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- Từ 1993-1997: Nội trú Sản phụ khoa ĐHYD tp HCM
- Từ 2004: Tiến sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa
- Từ 2009: Phó giáo sư chuyên ngành Sản Phụ khoa
- Từ 2016: Giảng viên Cao cấp

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 2003: Phó trưởng khoa Cấp cứu Bệnh viện Hùng Vương
- Từ 2009: Trưởng khoa Sản bệnh Bệnh viện Hùng Vương; Trưởng khối Sản
- Từ 2019: Trưởng khoa Sản Bệnh viện Hùng Vương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tổng số bài báo: 108
  - Trong nước: 83
  - Quốc tế: 25 bài
- Tổng số đề tài: 68
- Tổng số sách: 20
- Sách chủ biên: 04
- Số báo cáo tại Hội nghị chuyên ngành quốc tế: 8

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2018: Được phong tặng Huân chương Lao động hạng Ba
- 2020: Được phong tặng Thầy thuốc Nhân Dân
- 2023: Giải Ba giải thưởng sáng tạo Hội nghị khoa học kỹ thuật thành phố Hồ Chí Minh

FVCOG2024

MỔ SANH - BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG NHAU CÀI RĂNG LƯỢC THỂ PERCRETA

PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

Bệnh viện Hùng Vương

FVCOG2024

DỊCH TỄ HỌC

FVCOG2024

International Journal of Women's Health

Dovepress

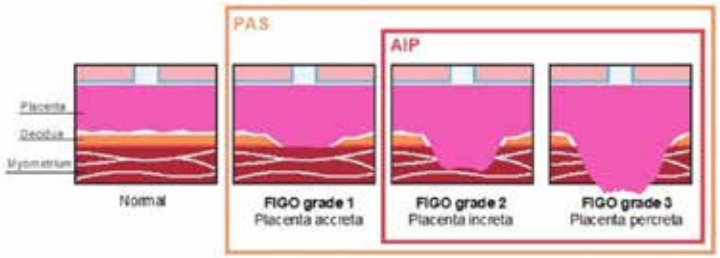
REVIEW

Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, Risks, and Management Strategies

This article was published in the following Dove Press journal:
International Journal of Women's Health



- Placenta accreta: chiếm 75 - 78%
- Placenta increta: gai nhau bám vào đến lớp cơ tử cung, chiếm khoảng 17%.
- Placenta percreta: gai nhau ăn xuyên hết lớp cơ tử cung, đến thanh mạc và có thể xâm lấn cơ quan lân cận (bàng quang, trực tràng…), chiếm 5 – 7 %





Nhau cài răng lược

(*theo ACOG*)

Tỷ lệ tăng gấp 10 lần sau 5 thập kỷ

Tương quan thuận với tỷ lệ mổ sanh

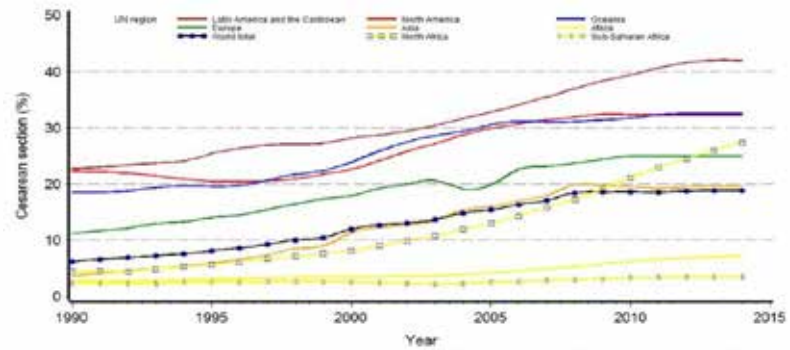
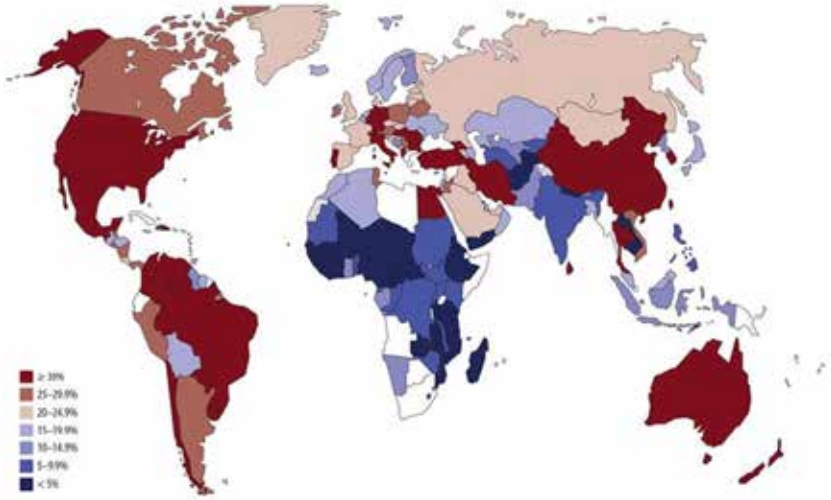


Fig 2. Global and regional trends in caesarean section, 1990–2014. Sub-Saharan Africa includes Eastern, Middle, Southern and Western Africa subregions. For the purpose of this graph, a linear interpolation between available data from 1990 and 2014 was calculated. When data for 2014 were not available, the CS rate for the latest year available was used also for all subsequent years up to 2014.

doi:10.1371/journal.pone.0148343.g002

Fig 1. Latest available data on caesarean section rates by country (not earlier than 2005).



Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, et al. (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE 11(2): e0148343. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343

PLOS ONE

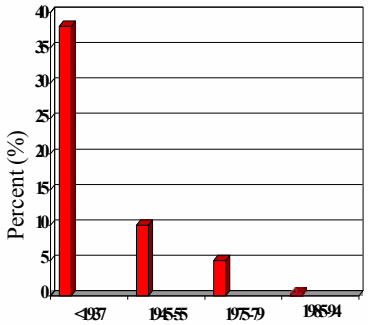
Table 2. Link between number of previous caesarean sections and risk of placenta accreta, placenta praevia and hysterectomy[127]

Number of previous caesarean section(s)	Number of women	Number of women with placenta accreta	Chance of placenta accreta if placenta praevia	Number of hysterectomies
0	6201	15 (0.24%)	3%	40 (0.65%)
1	15 808	49 (0.31%)	11%	67 (0.42%)
2	6324	36 (0.57%)	40%	57 (0.9%)
3	1452	31 (2.13%)	61%	35 (2.4%)
4	258	6 (2.33%)	67%	9 (3.49%)
5	89	6 (6.74%)	67%	8 (8.99%)

127. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226–32.

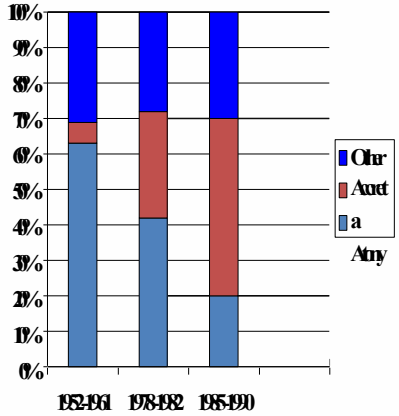
FVCOG2024

Tử vong mẹ do nhau cài răng lược trong thế kỷ 20

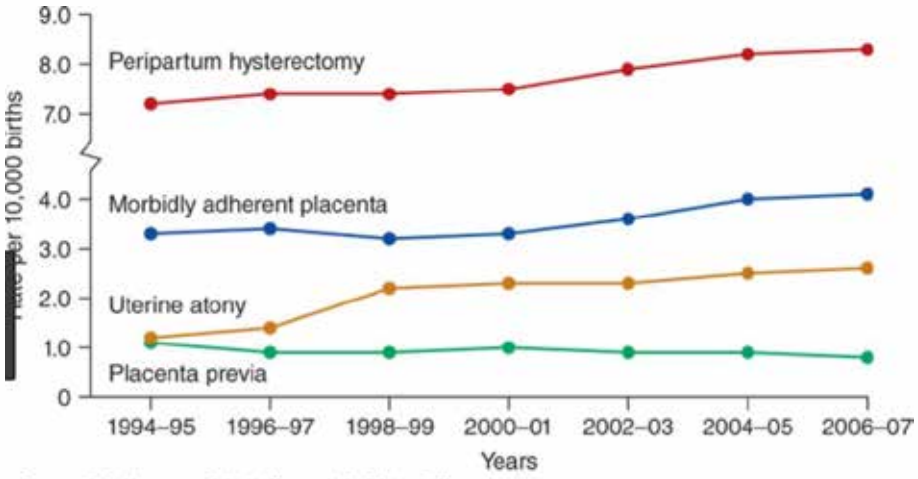


Robert K. Silverman, MD. SUNY Upstate Medical University. Department of OB/GYN. Division of Maternal-Fetal Medicine Syracuse, New York

Sự chuyển biến tỷ lệ mổ cắt tử cung cấp cứu



FVCOG2024



Source: E.R. Yeomans, B.L. Hoffman, L.C. Gilstrap III, F.G. Cunningham: Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics, Third Edition: www.obgyn.mhmedical.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

CHẨN ĐOÁN

Maternal Serum Alpha-fetoprotein (MSAFP) trong tam cá nguyệt 2

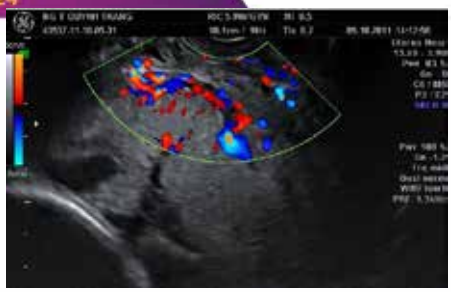
Nghiên cứu có đối chứng: trên 44 trường hợp cắt TC ngay sau mổ sanh, với 20 NCRL và 24 do nguyên nhân khác.

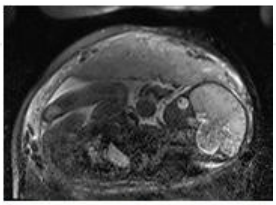
. 9/20 (45%) NCRL (placenta accreta/percreta/increta) có tăng MSAFP (4469 +/- 1851 so với 1885 +/- 1113 mL; P < .0001)

. Truyền máu nhóm NCRL nhiều hơn nhóm chứng (7.7 +/- 4.7 versus 3.0 +/- 2.2; P < .001).

Kupferminc MJ, Tamura RK, Wigton TR, Glassenberg R, Socol ML. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. Obstet Gynecol. 1993 Aug;82(2):266-9.
Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University Medical School, Chicago, Illinois.

FVCOG2024

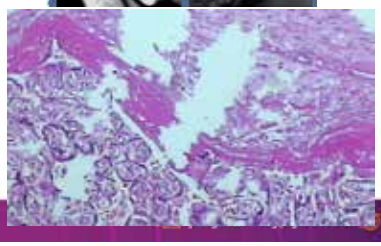












FVCOG2024

ĐỒNG THUẬN

FIGO GUIDELINES

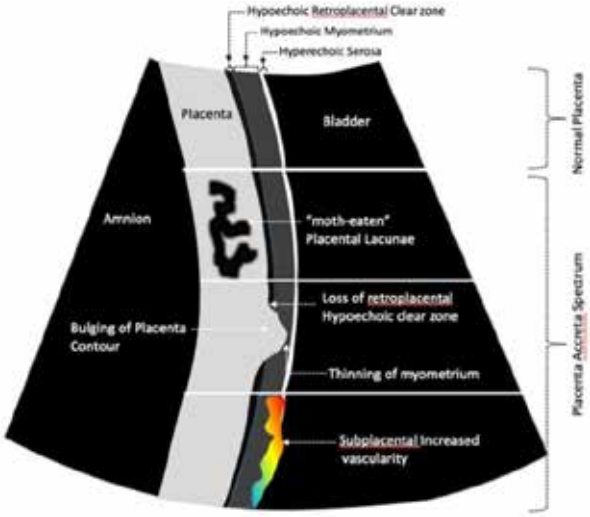
WILEY

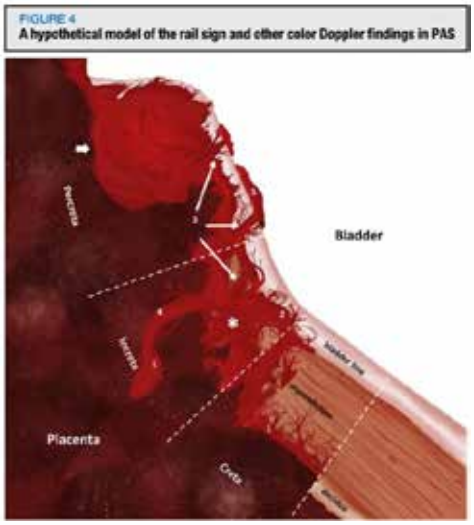
FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening[☆,★]

Eric Jauniaux[1,*] | Amar Bhide[2] | Anne Kennedy[3] | Paula Woodward[3] | Corrine Hubinont[4] | Sally Collins[5,6] | for the FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel[†]

TABLE 1 Summary estimates of sensitivity and specificity of different ultrasound and MRI signs for the detection of PAS disorders.[a]

Detection signs	Studies (n)	Patients (n)	% Sensitivity (95% CI)	% Specificity (95% CI)
Ultrasound signs				
Placental lacunae	13	2725	77.4 (70.1-83.1)	95.02 (94.1-95.8)
Loss of hypoechoic space	10	2633	66.2 (58.3-73.6)	95.8 (94.9-96.5)
Abnormalities of uterus-bladder interface	9	2579	49.7 (41.4-58.0)	99.8 (99.5-99.8)
Color Doppler abnormalities	12	714	90.8 (85.2-94.7)	87.7 (84.6-90.4)
MRI signs				
Uterine bulging	5	119	79.1 (60.3-90.4)	90.2 (76.2-96.4)
Heterogeneous signal intensity	6	143	78.6 (57.7-90.8)	87.7 (50.4-98.0)
Dark intraplacental bands on T2	6	146	87.9 (70.9-95.6)	71.9 (55.6-84.0)
Focal interruption of myometrium	4	119	92.0 (79.2-97.2)	75.6 (50.4-90.4)
Tenting of the bladder	2	74	80.0 (28.0-99.5)	98.6 (92.2-100)





The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine (2016) 47, 641–658

Egyptian Society of Radiology and Nuclear Medicine
The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine

ORIGINAL ARTICLE

Role of MRI versus ultrasound in the assessment of placental abnormalities and diseases

Lamiaa Bassam Hashem [a,*], Dorria Saleh Salem [a], Soha Talaat Hamed [a], Ahmed Mahmoud Hussein [b]

Table 3 The diagnostic performance of US and MRI in placenta previa patients.

Items	US	MRI
Previa/invasion	20/39	22/39
Previa/no invasion	19/39	17/39
True positive	17	20
False positive	3	2
True negative	11	12
False negative	8	5
Sensitivity	68.00	80.00
Specificity	78.57	85.71
Positive predictive value	85.00	90.91
Negative predictive value	57.89	70.59
Accuracy	71.79	82.05
Positive likelihood ratio/95% confidence interval	3.17/1.12–8.96	5.60/1.53–20.5
Negative likelihood ratio/95% confidence interval	0.41/0.22–0.75	0.23/0.10–0.52

Conclusion: Magnetic resonance imaging is complementary to Ultrasound and it is important for the accurate diagnosis of placental abnormalities especially placenta previa and the seriously co-existing placenta accreta.

Original Article

Clinical diagnostic value and analysis of MRI combined with ultrasound in prenatal pernicious placenta previa with placenta accreta

Peng Guo[1], Yuli Wu[2], Xiaoting Yuan[1], Zhenfa Wan[*]

Conclusions: Compared with ultrasound or MRI alone, ultrasound combined with MRI has higher accuracy and sensitivity in the diagnosis of placenta previa with placenta accreta, along with lower false positive diagnosis rates. These findings are clinically important for improving the diagnostic efficiency.

Table 1 Calculation formula of diagnostic efficiency

Accuracy rates = (TP + TN)/(TP + TN + FP + FN) × 100%

True positive rates = TP/(TP + FN) × 100%

True negative rates = NP/(FP + TN) × 100%

False positive diagnosis rate = FP/(TP + FP) × 100%

False negative diagnosis rate = FN/(TN + FN) × 100%

TP, true positive; TN, true negative; FP, false positive; FN, false negative.

Table 2 Gold standard evaluation of different detection methods

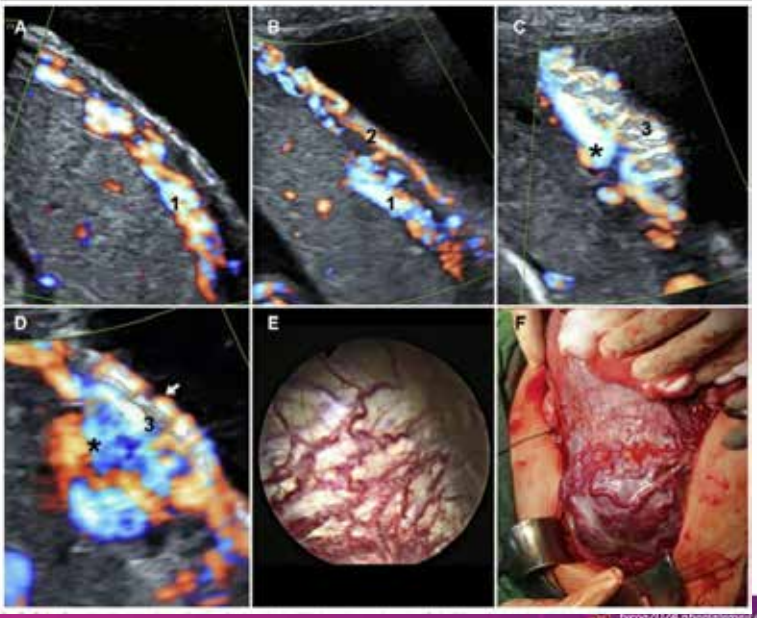
Ultrasound	Pathological examination			MRI	Pathological examination			Ultrasound + MRI	Pathological examination		
	P	N	S		P	N	S		P	N	S
P	35	8	43	P	33	9	42	P	44	7	51
N	10	17	27	N	12	16	28	N	1	18	19
S	45	25	70	S	45	25	70	S	45	25	70

P, positive; N, negative; S, summation; MRI, magnetic resonance imaging.

© Annals of Palliative Medicine. All rights reserved. Ann Palliat Med 2021;10(6):6753-6759 | https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-1285

FVCOG2024

FIGURE 1
Incremental angiogenesis of placenta accreta spectrum and the rail sign



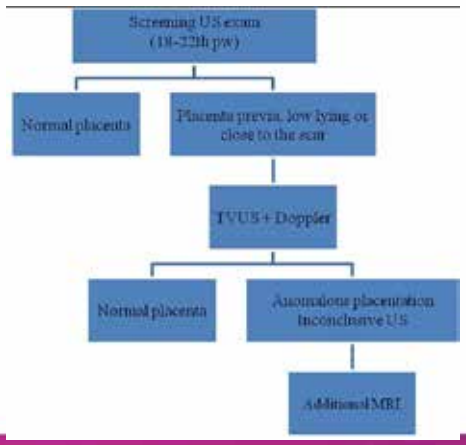
KHUYẾN CÁO

TABLE 3 Recommendations for prenatal diagnosis and screening of placenta accreta spectrum (PAS) disorders.

Recommendations	Resource settings	Quality of evidence and strength of recommendation
Ultrasonography is a relatively inexpensive and widely available imaging modality and therefore should be the first line for the diagnosis of PAS disorders	All	High and Strong
Women diagnosed with cesarean scar pregnancy in the first trimester should be counselled regarding the high risk of requiring a hysterectomy owing to PAS disorders. They should be followed up by the most experienced operator available, preferably one with expertise in diagnosis of PAS disorders	All	High and Strong
At the mid-trimester examination for fetal anomaly, all women should be asked if they have had a previous cesarean delivery. If so, this should prompt careful assessment of the placental implantation site especially if it is anterior, low lying, or previa	All	Medium and Strong
The ultrasound signs observed for the diagnosis of PAS disorders should be described using standardized protocols	All	Medium and Strong
The recorded presence or absence of each ultrasound sign will be influenced by the operator's interpretation of what constitutes that marker	All	High and Strong
MRI is not essential for making a prenatal diagnosis of suspected PAS disorders but may be useful in evaluating the pelvic extension of a placenta percreta or areas difficult to evaluate on ultrasound	High-income	Medium and Weak

ncrease in the incidence of placental implantation and adhesion disorders related to the number of prior cesarean deliveries (CD). OR: Odds ratio compared with women without prior cesarean).

	Primiparous	After 1 CD	After 2 CD	After 3 CD	> 3 CD
PL previa (PP)	0.3-1.2%	0.6-1.5% OR 1.2-1.9	1.1-2.0% OR: 1.9-2.0	2.8%	
PL accreta (PA)	0.04-0.2%	0.3-0.6% OR:1.3-2.16	0.31% OR: 8.6-29.8	0.57%	2.13-6.8%
PA in patients with PP	3-4%	11-14%	23-40%	35-61%	50-67%



European Journal of Radiology Open 5 (2018) 6–15

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Radiology Open

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejro

MRI findings of complications related to previous uterine scars

Leonor Alamo[b,*], Yvan Vial[b], Alban Denys[a], Gustav Andreisek[c], Jean-Yves Meuwly[a], Sabine Schmidt[a]

FVCOG2024

CHỌN LỰA XỬ TRÍ

FVCOG2024

Moät nghieân cöùu moâ taû cuûa khoa GPB taïi ÑH Manchester , Anh

trong 25 naêm treân 622 cas NCRL töønaêm 1945 – 1969.

Yếu tố TC	Số cas	%
TC dị dạng	8	1,29%
U xơ TC	18	2,9%
VMC	154	24,8%
Nhiễm trùng TC	24	3,8%
Tiền căn nạo	188	30,2%
Bóc nhau bằng tay	64	10,3%
Adenomyosis	5	0,08%

Tử vong mẹ

Cách sanh và điều trị	n	số chết	% chết
Sanh ÂĐ + bảo tồn	53	15	28,3%
Sanh ÂĐ + cắt TC trễ	48	6	12,5%
Sanh ÂĐ + Cắt TC ngay	137	9	6,6%
Mổ sanh + bảo tồn	29	6	20,7%
Mổ sanh + cắt TC trễ	13	3	23,1%
Mổ sanh + cắt TC ngay	172	10	5,8%

Fox H. Review : Placenta accreta 1945 –1969. Obstet Gynecol.No.7, Vol.27, p.475-480

CHỌN LỰA XỬ TRÍ TRONG THẬP NIÊN 80-90

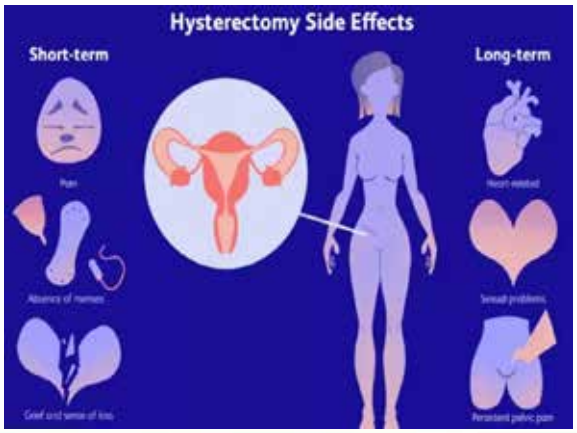


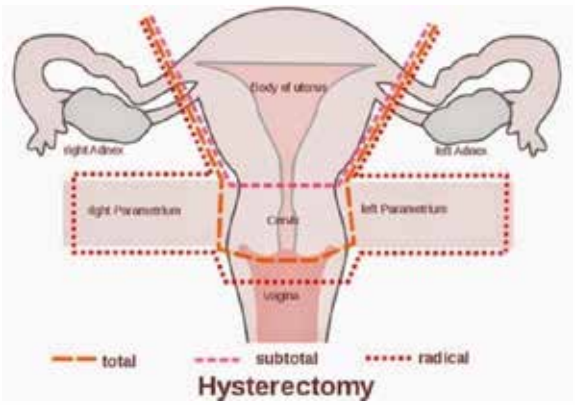




Tiến hành cắt tử cung nguyên khối, sau khi đã lấy thai từ vùng đáy và khâu khép vết mổ lấy thai – xẻ tử cung sau cắt từ mặt sau

TÁC ĐỘNG CỦA CẮT TỬ CUNG





FVCOG2024

OPEN

Risk of Hyperlipidemia in Women with Hysterectomy-A Retrospective Cohort Study in Taiwan

SCIeNTIFIC **REPORTS** | *(2018) 8:12956* | DOI:10.1038/s41598-018-31347-z

Epidemiology

Risk of Cardiovascular Disease by Hysterectomy Status, With and Without Oophorectomy

The Women's Health Initiative Observational Study

Barbara V. Howard, PhD; Lewis Kuller, MD; Robert Langer, MD; JoAnn E. Manson, MD; Catherine Allen, PhD†; Annlouise Assaf, PhD; Barbara B. Cochrane, PhD, RN; Joseph C. Larson, MS; Norman Lasser, MD; Monique Rainford, MD; Linda Van Horn, PhD; Marcia L. Stefanick, PhD; Maurizio Trevisan, MD

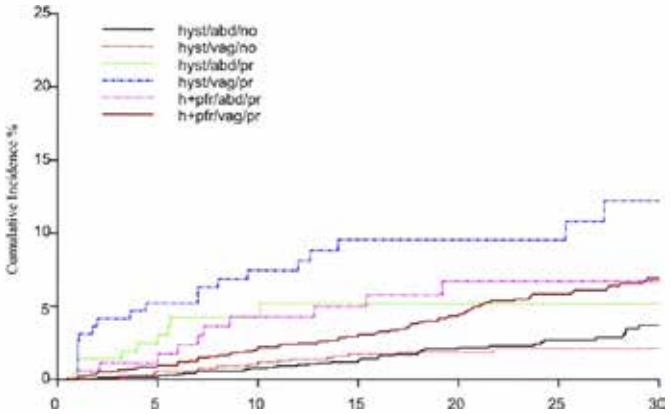
Circulation is available at http://www.circulationaha.org DOI: 10.1161/01.CIR.0000159344.21672.FD

Downloaded from http://circ.ahajournals.org/ at UNIVERSITY OF ULSTER AT COLERAINE on March 13, 2015

FVCOG2024

Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: A population-based cohort study

Roberta E. Blandon, MD; Adil E. Bharucha, MD, MBBS; L. Joseph Melton III, MD, MPH; Cathy D. Schleck, BS; Ebenezer O. Babalola, MD; Alan R. Zinsmeister, PhD; John B. Gebhart, MD, MS



American Journal of Obstetrics & Gynecology DECEMBER 2007

Trường hợp thai kỳ đã qua 24 tuần

- Chuẩn bị trưởng thành phổi thai
- Giảm co tử cung (từng trường hợp)
- Theo dõi thai kỳ với chuẩn bị cho nguy cơ mất máu lượng lớn.
- Nên quản lý tại các cơ sở có điều kiện:
  - Khả năng – kinh nghiệm phẫu thuật (Cắt TC, bảo tồn, thắt ĐMTC, thắt ĐM hạ vị…)
  - Khả năng nuôi sống trẻ sơ sinh non tháng
  - Ngân hàng máu
  - Phối hợp các chuyên khoa khác

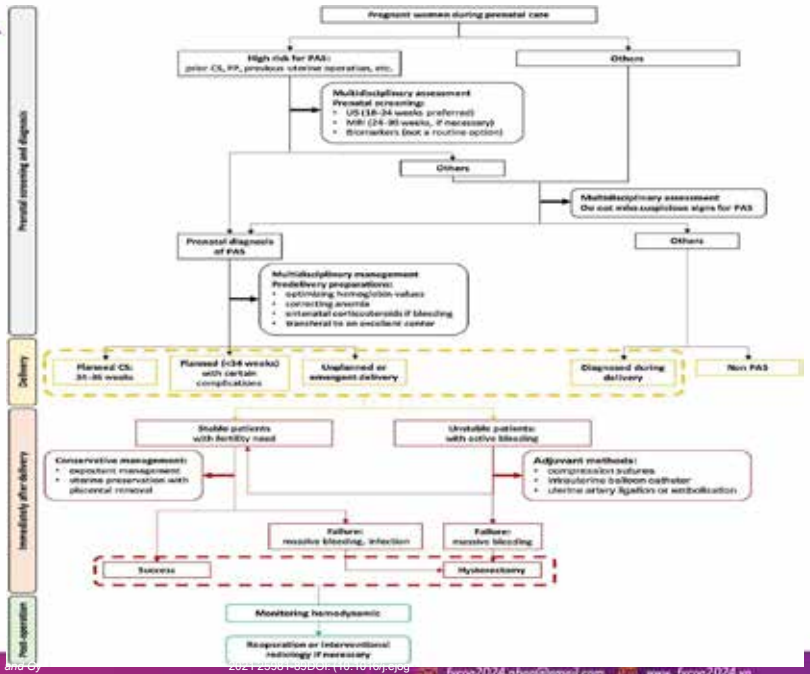
Quy trình chuẩn bị khi phát hiện nhau cài răng lược

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình: nguy cơ chảy máu, truyền máu, thai non tháng, đường mổ, phương cách mổ, rối loạn đông máu và thậm chí là tử vong.
- Do nguy cơ cho mẹ là sốc mất máu, cho nên chuẩn bị ít nhất là 2 đơn vị HCĐĐ khi bắt đầu mổ và thêm 2 dự trù . Nâng tổng trạng mẹ, nếu mẹ thiếu máu có thể truyền máu trước mổ.
- Phối hợp các chuyên khoa có liên quan khi xử lý (nhi, niệu, mạch máu).

FVCOG2024

Bảo tồn tử cung

FVCOG2024



European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2021, 25981-89
DOI: (10.1016/j.ejogrb.2021.02.001)

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

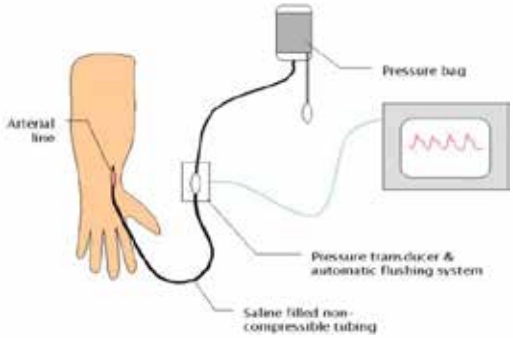
Nhau CRL – Bv Hùng Vương

Tháng	Số ca 2018	Số ca 2020
1	3	8
2	3	4
3	7	3
4	4	3
5	2	4
6	3	3
7	1	3
8	5	7
9	3	6
10	1	8
11	3	9
12	2	6
Tổng	37	64

Yếu tố	Năm 2011 (10 ca)	Năm 2018 (37 ca)	Năm 2020 (64 ca)
Tuổi mẹ (năm)	31,9 ± 3,6	29,8 ± 4,2	37,2 ± 3,6
Tuổi thai lúc vào viện (tuần)	31,5 ± 2,8	34,6 ± 3,1	33,7 ± 2,8
Thời gian theo dõi (ngày)	41,2 ± 16,2	24,5 ± 14,5	12,3 ± 8,4
Thời gian mổ (phút)	158 ± 51,2	64,8 ± 43,2	54,3 ± 16,9
Máu mất (ml)	1.150 ± 447,8	830 ± 520,6	798,5 ± 488,6
Truyền chế phẩm máu (ml)	810 ± 535,8	520 ± 436,3	516 ± 320,8
Mổ theo dự kiến	8/10 (80%)	33/37 (89,19%)	60/64 (93,75%)
Mổ cấp cứu	2/10 (20%)	4/37 (10,8%)	4/64 (6,25%)
Bảo tồn tử cung	1/10 (10%)	33/37 (89,19%)	61/64 (95,31%)

Chẩn đoán vị trí và giúp ước lượng diện tích vùng nhau CRL trước phẫu thuật

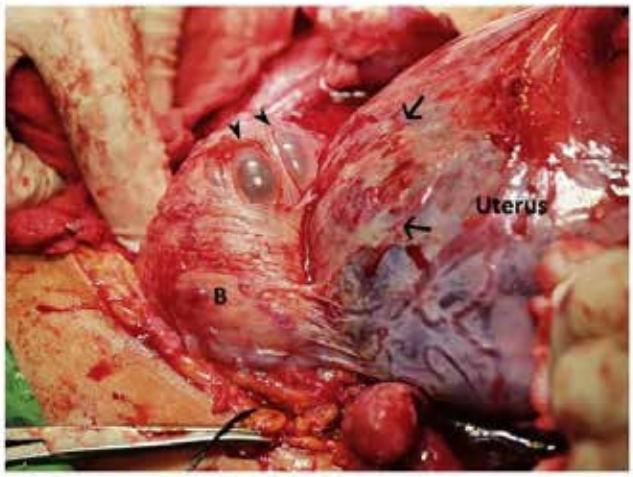




Chuẩn bị trước mổ giúp đánh giá huyết động và bổ sung bù máu mất

FVCOG2024

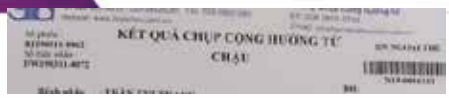
FIGURE 2
Bladder invasion



In this patient, the placenta breached the uterine serosa and into the detrusor muscle of the bladder (indicated by *B*). Even with careful dissection, part of the detrusor muscle (indicated by *arrows*) was attached on the side of the uterus and resulted in the exposure of bladder mucosa (indicated by an *arrowhead*) in the contralateral side of the bladder.

Soh et al. "Rail sign" of the placenta accreta spectrum. Am J Obstet Gynecol 2021.

FVCOG2024



KẾT QUẢ CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ
CHẬU

Chẩn đoán : T/D NHAU CÀI RĂNG LƯỢC/ THAI 30 TUẦN 3 NGÀY (Z00.0)

KỸ THUẬT :

Khảo sát vùng bụng với xung:
- Coronal T2 HASTE FOV 400.

Các xung khảo sát vùng chậu:
- Axial và sagittal T2 TSE, coronal T2 TSE FS
- Axial T1 FS

MÔ TẢ HÌNH ẢNH :

- Tử cung chứa 1 thai ngôi đầu ở thời điểm khảo sát
- Nhau bám mặt trái đoạn thân, diện bám bánh nhau nhỏ, mép dưới bám sát lỗ trong cổ tử cung
- Bề dày bánh nhau </=10cm, không thấy tổn thương khu trú
- Lồi khu trú thành trái tử cung, có hình ảnh mô nhau xâm lấn vào cơ tử cung vị trí này, ra đến sát thanh mạc, KT# 5cm(cao)x 6.3cm(ngang); nghi ngờ có phát triển ra ngoài đỉnh thành sau trái bàng quang
- Ối lượng trung bình.
- Cổ tử cung dài 3cm, khép kính.
- Không thấy khối u tiền đạo.

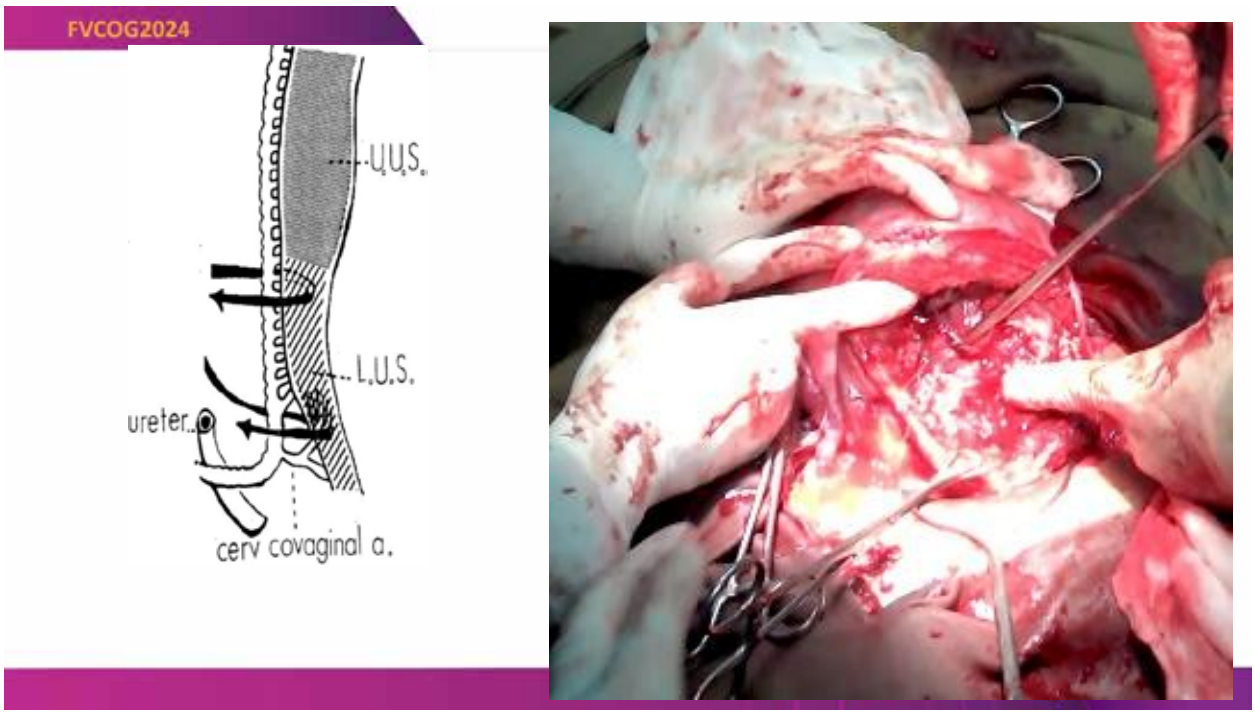
KẾT LUẬN
- **Nhau bám mép**
- **Bánh nhau dày, khả năng do diện bám của bánh nhau nhỏ**
- **Hình ảnh nhau cài răng lược, ra đến sát thanh mạc, nghi ngờ có phát triển ra ngoài đỉnh thành sau trái bàng quang (thể percreta)**

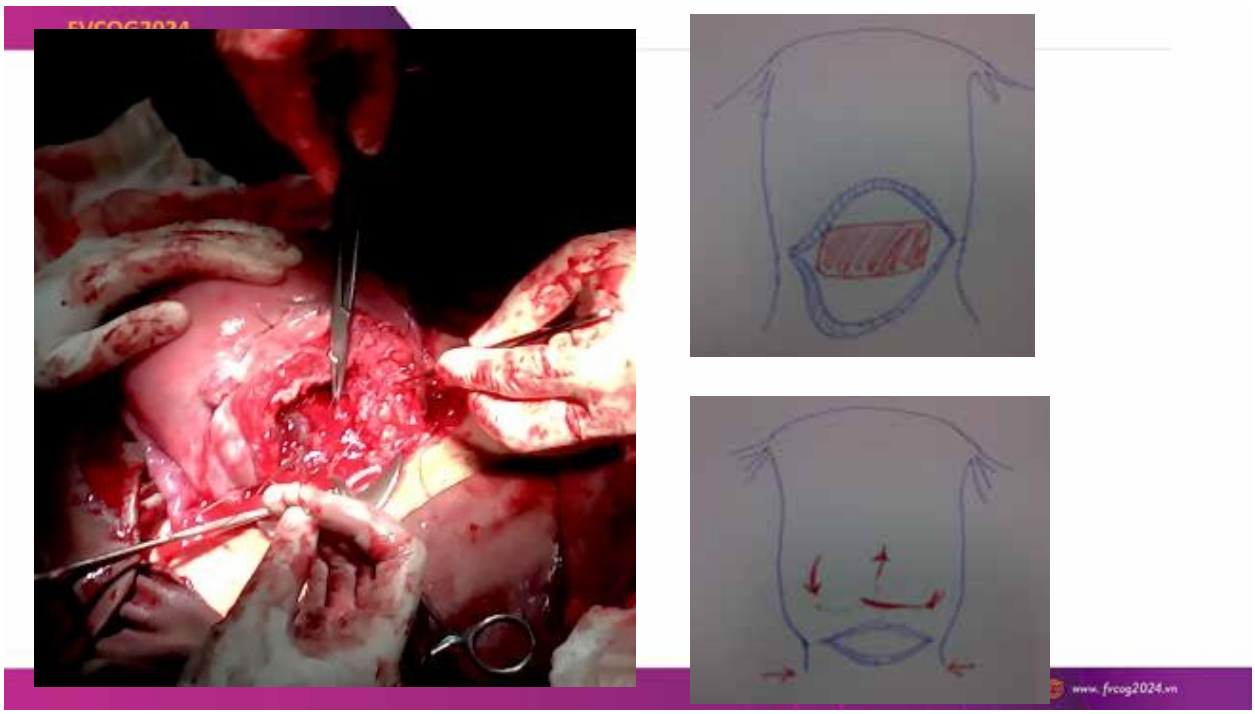
Vô cảm

- Nên chuẩn bị đường truyền lớn với khả năng truyền máu nhanh và nhiều.
- Có thể xem xét soi bàng quang trước mổ, đặt thông niệu quản
- Chuẩn bị tối thiểu 2 Đv HCĐĐ trước rạch da.
- Nên đặt huyết áp ĐM xâm lấn
- Mê NKQ

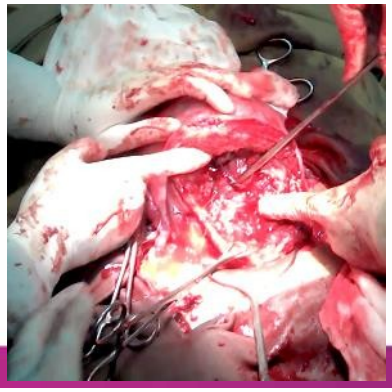
Dự phòng khả năng: Cắt tử cung do bảo tồn thất bại

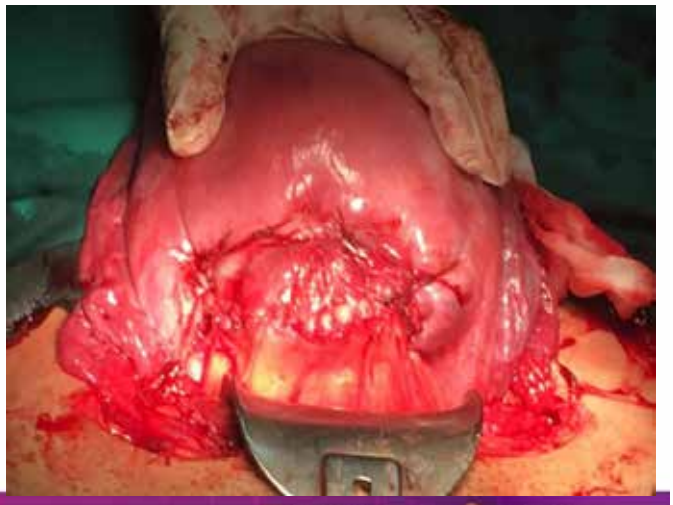
- Dự trù sẵn ít nhất là 2 đơn vị HCĐĐ cùng nhóm, khi chuyển mổ. Bôi xanh Methylen âm đạo, bơm qua thông niệu đạo xanh Methylen.
- Nên vào bụng qua đường rạch rốn vệ, khi kíp mổ đặt phối hợp tốt có thể rạch theo đường mổ cũ trước đó.
- Vào buồng TC lấy thai xuyên qua nhau.
- Bóc nhau ngay, chưa cần kỹ.
- Thắt ĐM TC 2 bên (2 tầng)
- May thu nhỏ vùng diện tích nhau bám


FVCOG2024
U.U.S.
L.U.S.
ureter
cerv covaginal a.


www. fvcog2024.vn







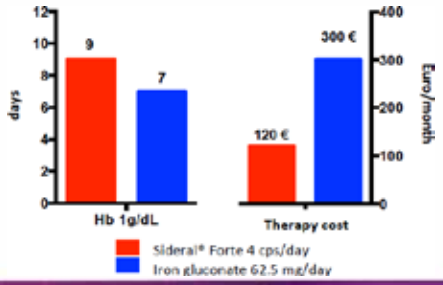
ĐIỀU TRỊ CHỌN LỰA PHỐI HỢP SAU MỔ VỚI MẤT MÁU NHIỀU

HIỆU QUẢ SẮT SUCOSOME® LIỀU CAO SO VỚI SẮT TIÊM TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU MÁU THIẾU SẮT KHÁNG TRỊ VỚI SẮT SULFATE: NGHIÊN CỨU NGẪU NHIÊN ĐA TRUNG TÂM

Giulio Giordano[1] - Mariasanta Napolitano[2] - Valeria Di Battista[3] - Alessandro Lucchesi[3]



	NHÓM **A** (45 bệnh nhân)	NHÓM **B** (45 bệnh nhân)
Tiêu chí	Sideral FORTE 4 viên/ngày	Sắt gluconate truyền TM 62.5 mg/ngày
Hb **tăng 1g**	9 ngày	7 ngày
Hb **đích (12 g/dL)**	4 tuần	3 tuần
Chi phí (tháng)	120 eur	330 eur
Tác dụng phụ	3 ca đau bụng, 3 ca tiêu chảy	2 ca hạ huyết áp, 2 ca phát ban và đau nửa đầu



REVIEW GÓMEZ-RAMÍREZ - 2018

Table 2. Efficacy and tolerance of oral Sucrosomial® iron in different clinical setting (9 studies, 513 patients).

Author [ref] (year) Study Type	Study Population	Treatment Compound (Dose) Duration	Baseline Hb (g/dL)	Final Hb (g/dL)	Baseline Ferritin (ng/mL)	Final Ferritin (ng/mL	Baseline TSAT (%)	Final TSAT (%)	GI Side Effects
Parisi et al. [60] (2017) RCT	80 non-anemic pregnant women 12–14 week	Control, no iron (n = 20) FS (30 mg/day) (n = 20) SI (14 mg/day) (n = 20) SI (28 mg/day) (n = 20) Up to postpartum week 6	12.0 11.9 12.0 11.9	11.6 11.8 12.0 12.0	47 44 52 53	31 43 41 50	28 27 28 27	26 27 30 29	
Malodda et al. [51] (2017) RCT pilot	64 patients with solid tumor	SI (30 mg/day) + DEPO (500 mcg/3 weeks) FG (125 mg/wk IV) + DEPO (500 mcg/3 weeks) 2 months	9.4 9.2	12.7 12.9	—	—	—	—	3% 0%
Pisani et al. [59] (2014) RCT	99 patients with chronic kidney disease	SI (30 mg/day) (n = 66) FG (125 mg/week IV, TID: 1000 mg) (n = 33) 3 months	10.8 10.7	11.4 11.7	71 68	86 239	16.5 17.0	18.3 21.5	12% 18%
Bastida et al. [74] (2016) Case series	46 patients with inflammatory bowel disease intolerant to FS	SI (30 mg/day) 3 months	11.2	11.8 *	14.3	16.0	8.7	16.2	11%
Snaklov et al. [75] (2018) Observational	40 patients with inflammatory bowel disease	SI (60 mg/day) (n = 25) IS (100 mg/session, 500–1000 mg) (n = 15) 3 months	10.1 10.0	11.8 11.8	—	—	—	—	No
Eli et al. [65] (2016) Observational	34 patients with celiac disease	SI (30 mg/day) intolerant to FS (n = 18) FS (105 mg/day) (n = 16) 3 months	10.0 10.0	12.1 12.3	12 (all)	—	11 (all)	—	Not stated
Fattizzi et al. [76] (2018) Case series	20 patients with autoimmune atrophic gastritis	SI (120 mg/daily, either fasting or during meals) 8 weeks	10.5	12.5	7	27	8	18	10%
Ciudin et al. [49] (2017) Case-control	40 woman after bariatric surgery	SI (28 mg/day) (n = 20) IVI (Iron sucrose 300 mg) (n = 20) 3 months	12.4 12.5	12.3 12.7	102 98	89 96	22.9 23.6	24.1 26.3	0% 0%
Giordano et al. [67] (2016) RCT	90 patient with IDA due to bleeding	SI (120 mg/day) (n = 45) FG (62.5 mg/day IV to cover TID) (n = 45) 4 weeks	8.5 8.3	12.0 12.5	5 7	—	—	—	26% 22% **

KẾT LUẬN

- Băng huyết sau sanh hiện vẫn là nguyên nhân gây tử vong thai phụ hàng đầu của sản khoa.
- Mất máutrong NCRL chiếm tỷ lệ lớn trong những trường hợp BHSS trầm trọng, đặc biệt thể placenta percreta.
- Việc chẩn đoán sớm, đúng mức và chọn lựa xử trí phù hợp có kế hoạch sẽ giúp giảm nguy cơ tử vong và bảo tồn tử cung cho thai phụ.


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

Johnson&Johnson
MedTech

Stratafix™
KNOTLESS TISSUE CONTROL DEVICE
Secure every pass.

Stratafix™ Chỉ phẫu thuật không thắt nút

Đáp ứng tối đa yêu cầu về chỉ đóng vết mổ của phẫu thuật viên

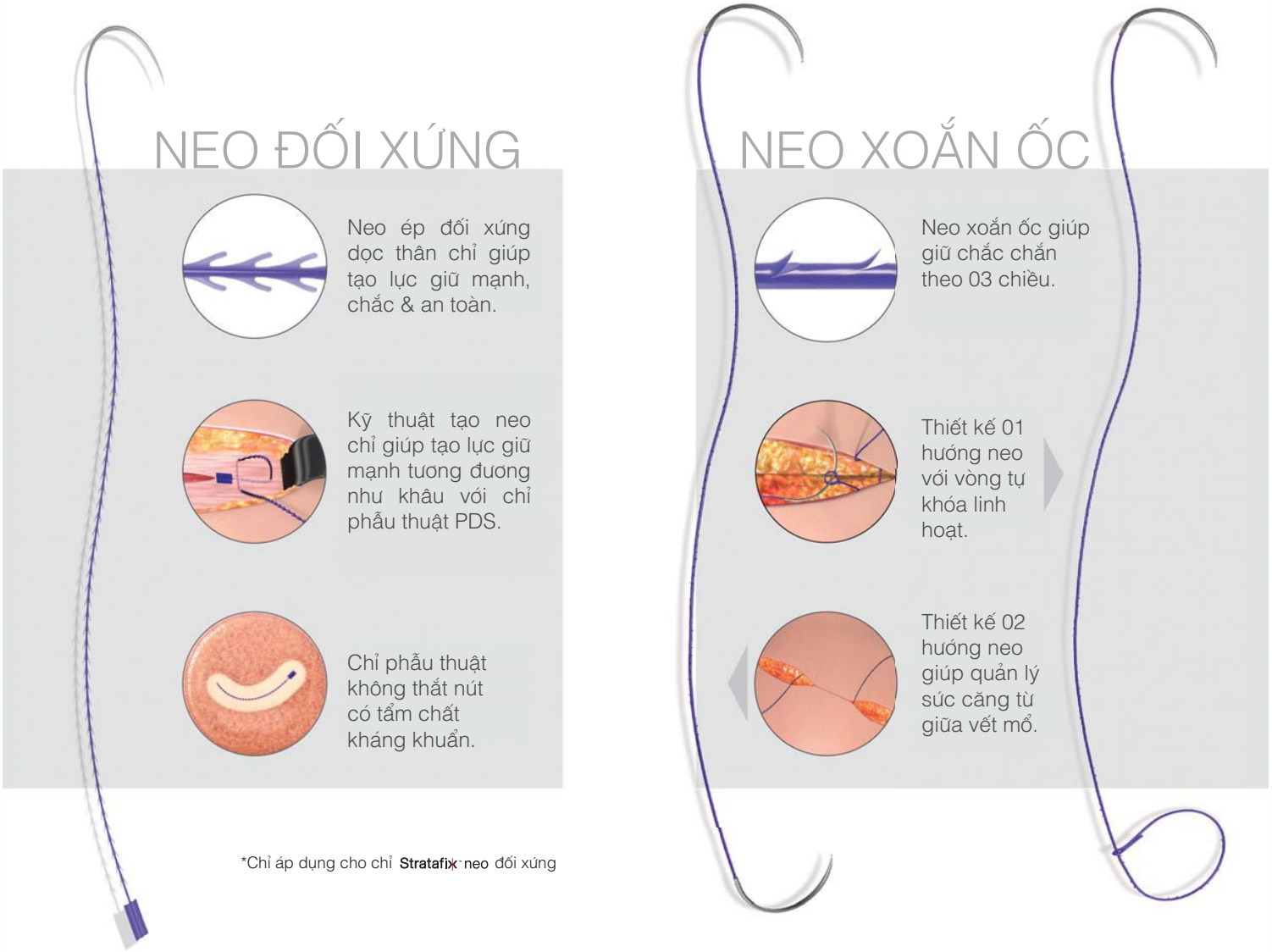
Nhiều kiểu thiết kế neo & chất liệu nhằm đáp ứng đa dạng yêu cầu trong đóng vết mổ giúp tối ưu hóa chất lượng phẫu thuật cho bệnh nhân.

Stratafix™ **Neo** đối xứng PDS Plus

Loại chỉ phẫu thuật không thắt nút giúp khâu vết mổ chắc chắn, an toàn, thích hợp cho vùng có lực căng cao như lớp **cân***.

Stratafix™ **Neo** xoắn ốc

Với nhiều loại thiết kế 01 hướng neo & 02 hướng neo, đảm bảo chắc chắn, an toàn, đồng nhất, hiệu quả trên từng mũi khâu mà vẫn qua mô dễ dàng.



*Chỉ áp dụng cho chỉ Stratafix neo đối xứng

Công ty TNHH Johnson & Johnson (Việt Nam)

Văn phòng TP. Hồ Chí Minh
Tầng 12, Tòa nhà Vietcombank, Số 5, Công Trường Mê Linh, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh.
ĐT: (+84 28) 3821 4817
Fax: (+84 28) 3821 4819

Văn phòng Hà Nội
Tầng 18, Tòa nhà Capital Tower, 109 Trần Hưng Đạo, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội.
ĐT: (+84 24) 3934 9049
Fax: (+84 24) 3934 9044

Reimagining how we heal™

ETHICON

Johnson&Johnson
MedTech

Dermabond®

Keo dán da
DERMABOND ADVANCED®



DÒNG SẢN PHẨM MANG TÍNH ĐỘT PHÁ
ĐÁP ỨNG ĐA DẠNG NHU CẦU CỦA PHẪU THUẬT VIÊN

Với keo dán da DERMABOND ADVANCED® - thể tích 0.7 ml

- *Đóng vết thương lên đến **15cm** chỉ với **1 lớp keo** duy nhất.*
- *Ngăn ngừa **99% vi khuẩn trong** vòng 72 giờ.*
- *Lực giữ vết thương **tăng thêm 75%**.*

Công ty TNHH Johnson & Johnson (Việt Nam)

Văn phòng TP. Hồ Chí Minh
Tầng 12, Tòa nhà Vietcombank, Số 5, Công Trường Mê Linh, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh.
ĐT: (+84 28) 3821 4817
Fax: (+84 28) 3821 4819

Văn phòng Hà Nội
Tầng 18, Tòa nhà Capital Tower, 109 Trần Hưng Đạo, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội.
ĐT: (+84 24) 3934 9049
Fax: (+84 24) 3934 9044

Reimagining how we heal™

ETHICON



TS.BS NGUYỄN THỊ THU HÀ

Phó Giám đốc
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2003: Bác sĩ đa khoa, Đại học Y Hà Nội.
- 2007: Bác sĩ nội trú, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.
- 2010: Chứng nhận đào tạo ARTs, ĐH Sydney, Australia.
- 2018: Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2007 – 2010: Bác sĩ nội trú chuyên ngành Sản Phụ khoa, Đại học Y Hà Nội.
- 2010 – 2014: Bác sĩ Sản Phụ khoa tại khoa Sản Bệnh, khoa Hỗ trợ Sinh sản, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.
- 2014 – 2017: Phó Giám đốc, Bệnh viện Đa khoa Phúc Thọ.
- 2017 – 3/2024: Phó Giám đốc, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.
- 3/2024 – nay: Phó Giám đốc, Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả và đồng tác giả của 14 bài báo khoa học trên các tạp chí Quốc tế
- Tác giả và đồng tác giả của 25 bài báo khoa học đăng tải trên các tạp chí Y học Quốc gia
- Nhiều báo cáo (Oral, Poster) tại các hội nghị chuyên ngành Quốc tế như: ESHRE, ISOUG, ESG, COGI, AOFOG, ASPIRE, ACE
- Báo cáo viên tại nhiều hội nghị chuyên ngành Y học ở Việt Nam

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2001: Giải Ba Vifotec.
- 2013: Giải thưởng Quả Cầu Vàng của Bộ KHCN và Trung Ương Đoàn.
- 2016: Giải Nhì – Hội nghị NCS – Đại học Y Hà Nội.
- 2023: Giải Nhất Sáng tạo kỹ thuật Thành phố Hà Nội.

MEDLATEC
Dịch Vụ Tốt - Công Nghệ Cao

CAP ACCREDITED
COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS

ISO 15189 : 2012

HỆ THỐNG Y TẾ MEDLATEC

MEDLATEC

THƯƠNG HIỆU Y TẾ GẦN 30 NĂM, VƯƠN TẦM QUỐC TẾ

ĐƠN VỊ Y TẾ ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM
ĐẠT TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM MỸ (CAP)

VÀ THỰC HIỆN SONG HÀNH 2 CHỨNG CHỈ XÉT NGHIỆM QUỐC TẾ CAP, ISO 15189:2012

CÙNG CÁC TIÊU CHUẨN CE-IVD, FDA

LẤY MẪU XÉT NGHIỆM TẬN NƠI

- Nhanh chóng
- Chính xác
- Tiện lợi
- Bảo mật

Đáp ứng trên **2.000** danh mục xét nghiệm của đa chuyên khoa

Quét mã QR đăng ký ngay, nhận quà liền tay!

HOTLINE

1900 56 56 56

www.medlatec.vn



MEDLATEC
Dịch Vụ Tốt - Công Nghệ Cao

CAP ACCREDITED
COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS

Nipt



Sàng lọc trước sinh NIPT

Sàng lọc toàn diện bất thường nhiễm sắc thể phổ biến trong thai kỳ

Tương lai vững chắc mẹ dành cho con

Nhanh chóng

Chính xác

Á hậu Tú Anh đã lựa chọn và tin dùng

1900 56 56 56

Quét mã QR
để biết thêm chi tiết

MEDLATEC
Dịch Vụ Tốt - Công Nghệ Cao

CAP ACCREDITED
COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS

ISO 15189 : 2012

XÉT NGHIỆM HPV

Tầm soát chính xác
UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

ĐA DẠNG GIẢI PHÁP SÀNG LỌC

Trực tiếp tại Bệnh viện/Phòng khám

Xét nghiệm HPV tự lấy mẫu tại nhà

Giải pháp **RIÊNG TƯ - CHỦ ĐỘNG**



Quét mã QR
để tìm hiểu thêm thông tin

ĐĂNG KÝ NGAY
1900 56 56 56

Miễn phí vận chuyển bộ dụng cụ xét nghiệm tận nhà và lấy mẫu xét nghiệm về lại Bệnh viện/Phòng khám, đảm bảo tính riêng tư, bảo mật với quy trình giao - nhận mẫu khoa học



TS.BS TRẦN NHẬT THĂNG

Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2002: Bác sĩ Đa khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- 2007: Bác sĩ nội trú Sản phụ khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- 2009: Thạc sĩ Bác sĩ chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- 2016: Tiến sĩ Bác sĩ chuyên ngành Sinh học Phân tử, Đại học Nantes Cộng hòa Pháp
- 2018: Bồi dưỡng nghiệp vụ Quản lý nhà nước ngạch chuyên viên, Trường Đại học Nội vụ Hà Nội
- 2019: Trung cấp lý luận Chính trị - Hành chính, Trường cán bộ quản lý Nông nghiệp và phát triển nông thôn II, Việt Nam
- 2020: Quản Lý Bệnh Viện, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
- 2021: Bồi dưỡng lãnh đạo quản lý cấp phòng, Viện Y tế công cộng TP. HCM, Việt Nam

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2006 - nay: Giảng viên bộ môn Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- 2017 - 2019: Bác sĩ khoa Phụ sản, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
- 2019 - nay: Trưởng khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

GIẢI PHÁP SÀNG LỌC TRƯỚC SINH & SƠ SINH

SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

THAI KÌ 1

TRISOMY 13, 18, 21
Tiền sản giật

THAI KÌ 2

TRISOMY 13, 18, 21
- Tiền sản giật
- Dị tật hở ống thần kinh

THAI KÌ 3

TRISOMY 21
Tiền sản giật

SÀNG LỌC SƠ SINH

SƠ SINH

SÀNG LỌC CƠ BẢN

- Thiếu men G6PD
- Suy giáp
- Tăng sản thượng thận
- Phenylketonuria
- Galactosemia
- Xơ nang
- Thiếu men Biotinidase

SÀNG LỌC MỞ RỘNG

- Loạn dưỡng cơ Duchenne
- RL Hemoglobin
- RLCH axit amin và axit béo
- RL dự trữ Lysosome (LSD)
- Suy giảm miễn dịch nghiêm trọng (SCID)
- Teo cơ tủy SMA
- Suy giảm miễn dịch liên kết NST- X (XLA)

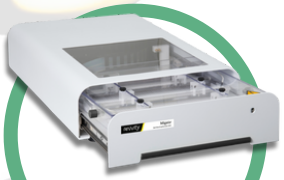

DELFIA Xpress


Victor 2D


AutoDELFIA


GSP


Qsight 210MD


Migele


Victor 2D


Eonis

SISC GROUP Science for life

QUACERT JAS-ANZ ISO 9001:2015

QUACERT JAS-ANZ ISO13485:2016

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SISC VIỆT NAM

VP1: Số 63-71 Láng Hạ, Ba Đình, Hà Nội **VP2**: Số 19 Thọ Tháp, Cầu Giấy, Hà Nội
Tel: +84-24 3747 2258

CÔNG TY TNHH MTV SISC MIỀN TRUNG

VP:Số 132 Đường 30/4, P. Hoà Cường Bắc, Quận Hải Châu, Tp. Đà Nẵng
Tel: +84-236 7300 105

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SÀI GÒN

VP: 98B - 98C Đặng Thùy Trâm, Phường 13, Quận Bình Thạnh,TP.HCM
Tel:+84-28 5431 8877

Authorized Distributor | applied biosystems | ion torrent by Thermo Fisher Scientific

Chẩn đoán trước sinh, sau sinh, genotyping: gen dược lý, gen tài năng, tính cách, sức khoẻ, dinh dưỡng, dự báo nguy cơ mắc bệnh.

HỆ THỐNG MICROARRAY

HỆ THỐNG GIẢI TRÌNH TỰ GEN THẾ HỆ MỚI

Sàng lọc người mang gen, sàng lọc phôi tiền làm tổ, NIPT, phát hiện đột biến gen ung thư, hỗ trợ điều trị đích, ung thư di truyền, nghiên cứu bệnh di truyền



GeneTitan- hệ thống microarray tự động, công suất cao





GeneStudio, S5/S5 Prime đa ứng dụng, công suất linh hoạt



GeneChip Scanner 3000Dx, giải pháp Microarray tích hợp, công suất linh hoạt



Ion Chef Instrument - Hệ thống chuẩn bị thư viện và khuôn tự động Tương thích công suất cao

Actim



TEST NHANH HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN SINH NON, LOẠI TRỪ NGUY CƠ SINH NON

- **KHÔNG** bị ảnh hưởng bởi máu, tinh dịch, nước tiểu, thuốc đặt âm đạo, các sản phẩm tắm hoặc nhiễm trùng.
- Phát hiện dạng phosphoryl hóa của protein IGFBP-1 **(phIGFBP-1)** trong **dịch chiết cổ tử cung**.
- Actim Partus có thể **được sử dụng từ tuần thứ 22 trở đi** khi màng bào thai còn nguyên vẹn.



TEST NHANH HỖ TRỢ CHẨN ĐOÁN ỐI VỠ NON

- **KHÔNG** bị ảnh hưởng bởi máu, tinh dịch, nước tiểu, thuốc đặt âm đạo, các sản phẩm tắm hoặc nhiễm trùng.
- Phát hiện protein **IGFBP-1** trong **dịch âm đạo**.
- Actim PROM có thể được sử dụng ở **bất kì tuổi thai nào.**

XÉT NGHIỆM TẠI CHỖ, CÓ KẾT QUẢ CHỈ TRONG 5 PHÚT

SISC GROUP Science for life

ISO 9001:2015 ISO13485:2016

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SISC VIỆT NAM

VP1: Số 63-71 Láng Hạ, Ba Đình, Hà Nội **VP2**: Số 19 Thọ Tháp, Cầu Giấy, Hà Nội

Tel: +84-24 3747 2258

CÔNG TY TNHH MTV SISC MIỀN TRUNG

VP: Số 132 Đường 30/4, P. Hoà Cường Bắc, Quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng

Tel: +84-236 7300 105

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SÀI GÒN

VP: 98B - 98C Đặng Thùy Trâm, Phường 13, Quận Bình Thạnh, TP.HCM

Tel: +84-28 5431 8877

GIẢI PHÁP SINH HOÁ - MIỄN DỊCH

MÁY XÉT NGHIỆM SINH HOÁ LÂM SÀNG VÀ CHUYÊN SÂU INDIKO VÀ INDIKO PLUS CHO PHÒNG XÉT NGHIỆM VỪA VÀ NHỎ



THERMOFISHER SCIENTIFIC INDIKO



THERMOFISHER SCIENTIFIC INDIKO PLUS

INDIKO: Giảm chi phí tiềm ẩn, tối ưu hoá các thao tác vận hành, đảm bảo kết quả chính chính xác

- **S** **Small -** Thiết kế nhỏ gọn
- **A** **Automation -** Tự động hoàn toàn cho phòng xét nghiệm
- **V** **Validation -** Được xác nhận đầy đủ, tuân thủ các quy định về IVDR
- **E** **Efficiency -** Hiệu quả chi phí tuyệt vời

CÔNG NGHỆ VITROS® - GIẢI PHÁP XÉT NGHIỆM SINH HÓA MIỄN DỊCH HOÀN TOÀN KHÔNG SỬ DỤNG NGUỒN NƯỚC



VITROS® 4600
Công nghệ Sinh hóa khô

Giảm thiểu tối đa các yếu tố gây nhiễu nội sinh H-I-T



VITROS® 3600
Hệ thống Miễn dịch

Hóa phát quang tăng cường tối ưu hóa độ nhạy và độ đặc hiệu



VITROS® XT7600 - Hệ thống tích hợp

Thực hiện đồng thời các xét nghiệm Sinh hóa - Miễn dịch trong cùng 1 lần hút mẫu

GIẢI PHÁP AN TOÀN TRUYỀN MÁU

- Định nhóm máu hệ ABO/Rh(D)
- Định nhóm Rh và Rh/K
- Hòa hợp truyền máu
- Coombs Trực tiếp/Gián tiếp
- Sàng lọc kháng thể bất thường
- Định danh kháng thể
- Phenotyping
- Chuẩn độ kháng thể
- Sàng lọc miễn dịch các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm với đơn vị máu



Science for life

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SISC VIỆT NAM

VP1: Số 63-71 Láng Hạ, Ba Đình, Hà Nội **VP2**: Số 19 Thọ Tháp, Cầu Giấy, Hà Nội
Tel: +84-24 3747 2258

CÔNG TY TNHH MTV SISC MIỀN TRUNG

VP: Số 132 Đường 30/4, P. Hoà Cường Bắc, Quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng
Tel: +84-236 7300 105

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SÀI GÒN

VP: 98B - 98C Đặng Thùy Trâm, Phường 13, Quận Bình Thạnh, TP.HCM
Tel: +84-28 5431 8877

BIONIT WEST MEDICA

GIẢI PHÁP TỔNG THỂ TRONG XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG





Hệ thống chuẩn bị mẫu tế bào nhúng dịch tự động

Model: Wellprep Hely6 Processor

- Công suất: 72 mẫu / giờ.
- Linh hoạt mẻ chạy.
- Có thể xử lý cả mẫu phụ khoa, mẫu FNA, mẫu đờm, dịch cơ thể.

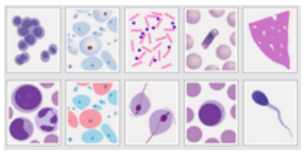


Hệ thống nhuộm mẫu tự động

Model: V-Chromer III

- Vận hành đơn giản, tự động hoàn toàn.
- Khả năng tải tối đa 5 rack, mỗi rack lên đến 30 lam.
- Có thể nhuộm cùng lúc các quy trình nhuộm khác nhau.
- Hệ thống mở, có thể sử dụng với nhiều loại thuốc nhuộm.





Hệ thống phân tích lam kính tự động bằng trí tuệ nhân tạo (AI)

- Ứng dụng trong phân tích mẫu tế bào cổ tử cung, mẫu tủy xương, dịch cơ thể, vi khuẩn Gram, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, phân tích hóa miễn dịch tự động ICC….
- Công suất linh hoạt, phù hợp với phòng thí nghiệm nhỏ, vừa và lớn

Nikon

GIẢI PHÁP CỦA KÍNH HIỂN VI NIKON



Kính hiển vi soi thẳng

Kính hiển vi soi nổi

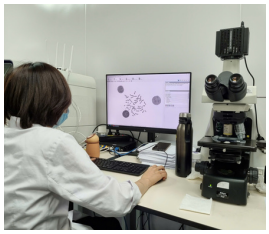
Kính hiển vi vi thao tác – vi tiêm

Hệ thống tìm kiếm kỳ giữa tự động và phân tích karyotyping









SISC GROUP Science for life

ISO 9001:2015 ISO13485:2016

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SISC VIỆT NAM

VP1: Số 63-71 Láng Hạ, Ba Đình, Hà Nội **VP2**: Số 19 Thọ Tháp, Cầu Giấy, Hà Nội

Tel: +84-24 3747 2258

CÔNG TY TNHH MTV SISC MIỀN TRUNG

VP: Số 132 Đường 30/4, P. Hoà Cường Bắc, Quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng

Tel: +84-236 7300 105

CÔNG TY CỔ PHẦN THIẾT BỊ SÀI GÒN

VP: 98B - 98C Đặng Thùy Trâm, Phường 13, Quận Bình Thạnh, TP.HCM

Tel: +84-28 5431 8877

PHIÊN 1B



GS.TS NGUYỄN VIẾT TIẾN

Nguyên Thứ trưởng Bộ Y tế,
Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam

AHLĐ. NGND. GS. TS. BS Nguyễn Viết Tiến là một trong những Chuyên gia tiên phong về nghiên cứu và thực hành thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) tại Việt Nam.

Trong suốt gần 40 năm công tác, GS. Nguyễn Viết Tiến đã giữ nhiều cương vị quan trọng trong nền Y tế nước nhà như Nguyên Ủy viên Ban Cán sự Đảng, Nguyên Thứ trưởng thường trực Bộ Y tế, Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam, Nguyên Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương; đồng thời GS Nguyễn Viết Tiến còn là Chuyên gia cao cấp – Bác sĩ đầu tiên của Việt Nam học về Thụ tinh trong ống nghiệm tại Michigan – Mỹ. Hiện nay, AHLĐ. NGND. GS. TS. BS Nguyễn Viết Tiến vẫn tiếp tục cống hiến trong ngành Y tế với cương vị là Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thiện An.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Nguyên Thứ trưởng thường trực Bộ Y tế.
- Nguyên Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.
- Chủ tịch hội Phụ Sản Việt Nam.
- Nguyên Trưởng bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyên Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia.
- Chuyên gia cao cấp – Bác sĩ đầu tiên của Việt Nam học về Thụ tinh trong ống nghiệm tại Michigan – Mỹ.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

Là tác giả của 03 sách chuyên khảo, 07 giáo trình; 11 sách tham khảo, 88 bài báo tạp chí trong nước và 09 bài báo tạp chí quốc tế.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

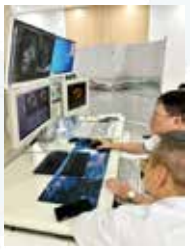
- 2009: Được phong tặng Anh hùng Lao động
- 2012: Được phong tặng Nhà giáo Nhân dân
- 2013: Được phong tặng Huân chương Lao động hạng Nhì, Nhân tài Đất Việt
- 2013: Danh hiệu Nhà quản lý xuất sắc thời kỳ đổi mới
- 2019: Được phong tặng Huân chương Lao động hạng Nhất, Huân chương Độc lập hạng Ba
- 2019 và 2024: Danh hiệu Trí thức tiêu biểu của Tổng hội Y học Việt Nam trao tặng
- Năm 2022: AHLĐ.NGND.GS.TS.BS Nguyễn Viết Tiến được phong tặng danh hiệu "Trí thức tiêu biểu Việt Nam" tại Lễ trao bảng vàng ghi danh Doanh nhân – Trí thức tiêu biểu Việt Nam năm 2022
- Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ; các Bằng khen của Bộ Y tế…


FVCOG2024
BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Haifu
TỔNG QUAN VỀ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT BẰNG SÓNG SIÊU ÂM HỘI TỤ
GS.TS.BS Nguyễn Viết Tiến
Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam
Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thiện An


BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống
Haifu
TỔNG QUAN VỀ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT BẰNG SÓNG SIÊU ÂM HỘI TỤ
Báo cáo viên: GS. TS. BS. Nguyễn Viết Tiến
- Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam
- Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thiện An
Số 27 ngõ 603 Lạc Long Quân - Tây Hồ - TP. Hà Nội
www.phusanthienan.com

- 1940, Lynn và cộng sự đã đưa ra khái niệm về HIFU.
- 1950, Fry và cộng sự đã khẳng định kỹ thuật này có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng.
Hệ thống thử nghiệm của Fry tại Illinois năm 1950 đã không phát triển vì không đạt được mục đích điều trị
- 1988, nhiều nghiên cứu về hiệu quả của sóng siêu âm và lần đầu tiên năm 1996
hội hàn lâm âm thanh hoá học của châu Âu đã đưa ra giả thuyết sinh học về tác dụng
tập trung của sóng siêu âm hội tụ, nhưng cũng chỉ dừng lại ở đấy.
- 1997, Wang Zhibiao et al đã công bố thành công: high intensity focused ultrasound
(HIFU) phá huỹ được mô gan.
- 2004, hệ thống ExAblate 2000 một thiết bị mới sử dụng sóng siêu âm tập trung
cường độ cao và đã phá huỷ được u xơ tử cung.
Từ đấy HIFU được áp dụng điều trị các bệnh lý khối u.





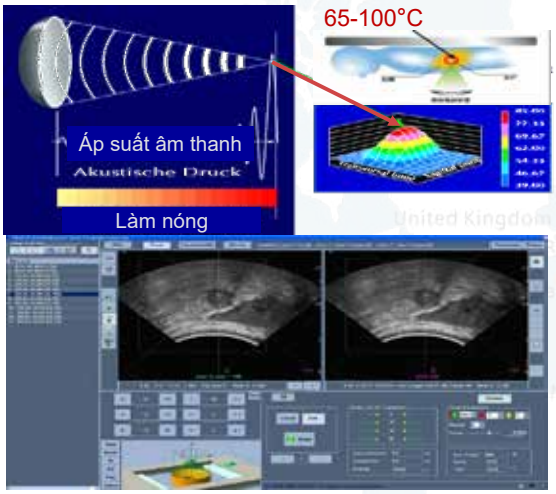


Video minh họa siêu âm hội tụ (FUS)

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống
Haifu®



Nguyên tắc phẫu thuật cắt bỏ bằng sóng siêu âm hội tụ



- Đầu dò của hệ thống trị liệu khối u HIFU chuyển đổi năng lượng điện thành năng lượng âm thanh.
- Sóng siêu âm phát ra từ đầu dò sẽ tập trung vào các mô mục tiêu để điều trị.
- Nhiệt độ ở vùng hội tụ sinh học tăng lên trên 65 độ và gây ra hoại tử đông không hồi phục.
- FUS cung cấp khả năng cắt bỏ chính xác một lần mà không gây tổn thương cho các mô xung quanh.
- FUS được thực hiện dưới sự theo dõi thời gian thực bằng siêu âm hoặc bằng MRI.

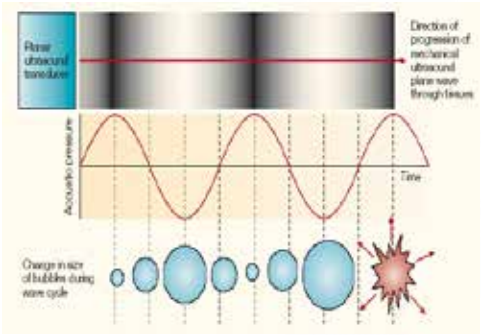
BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIÊN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Giới thiệu về Hoại tử đông không hồi phục

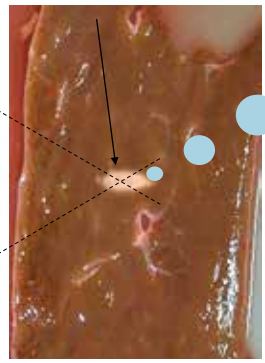
BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIÊN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

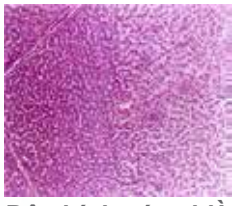


Da

Trọng tâm (12 x 3 mm)



Tác động nhiệt-
Sức nóng
(65-100°C)



Đầu dò

Độ chính xác:chiều rộng 6 cell

Tác dụng tạo hốc của âm thanh

Tác dụng của nhiệt

Ưu điểm của FUS



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Ưu điểm của FUS trong Kinh tế học sức khỏe



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Thế giới



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

- 42 nước
- 403 trung tâm HIFU
- Hội nghị quốc tế HIFU đã được tổ chức lần lượt 2018 tại Cairo Aicap, 2019 tại Johannesburg Nam phi, 2022 tại Malacca Malaysia, 2024 tại Manila Philippines
- Đào tạo 176 bác sĩ cho 42 nước
- Việt nam là nước thứ 43 vừa được đào tạo
- Các bác sĩ tham gia phẫu thuật HIFU bao gồm:

Sản Phụ khoa, Ung Bướu, Ngoại khoa,Chẩn đoán hình ảnh can thiệp

Đánh giá cao Đội ngũ HAIFU TRÙNG KHÁNH

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

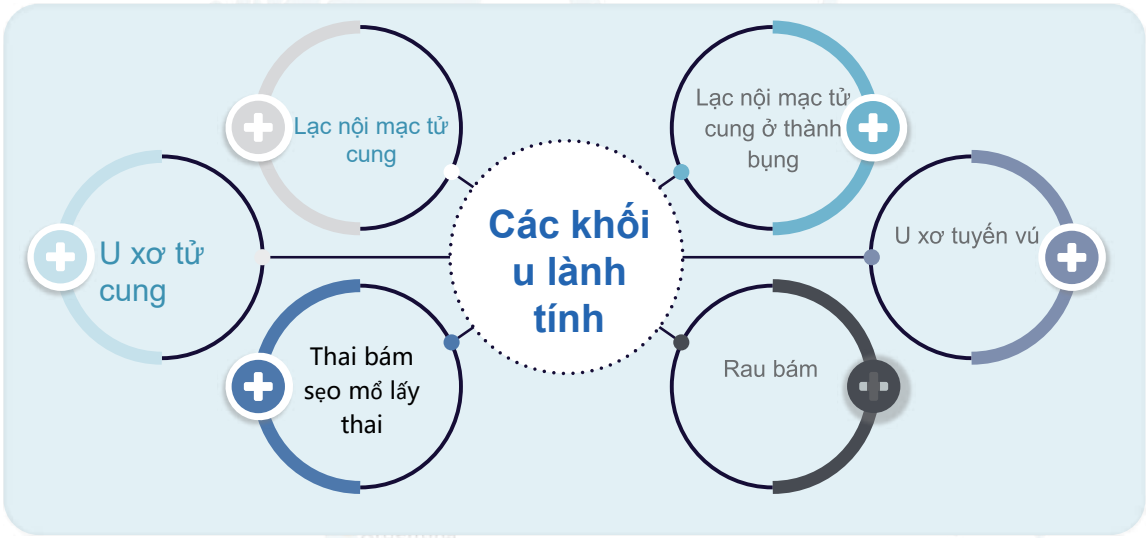


Giáo sư ZHIBIAO WANG
Nhà phát minh thiết bị HIFU hướng dẫn bằng siêu âm, Chủ tịch Công ty Công nghệ Y tế HAIFU Trùng Khánh



Giáo sư LIAN ZHANG
Giám đốc Bệnh viện HAIFU, Giám đốc Y tế Công ty Công nghệ Y tế HAIFU Trùng Khánh

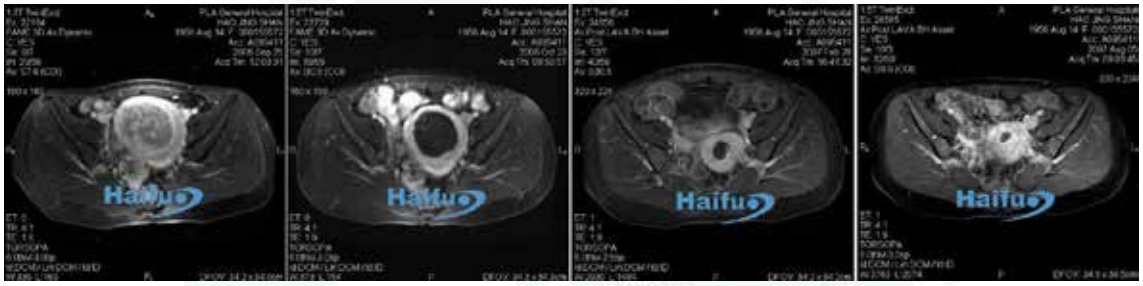
Chỉ định lâm sàng: Chỉ định lành tính



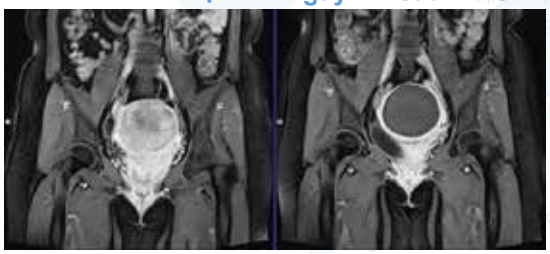
BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống



Lập kế hoạch điều trị dựa trên MRI và đánh giá sau HIFU



Trước điều trị | Ngày 14 sau HIFU | 4,5 tháng sau HIFU | 10 tháng sau HIFU



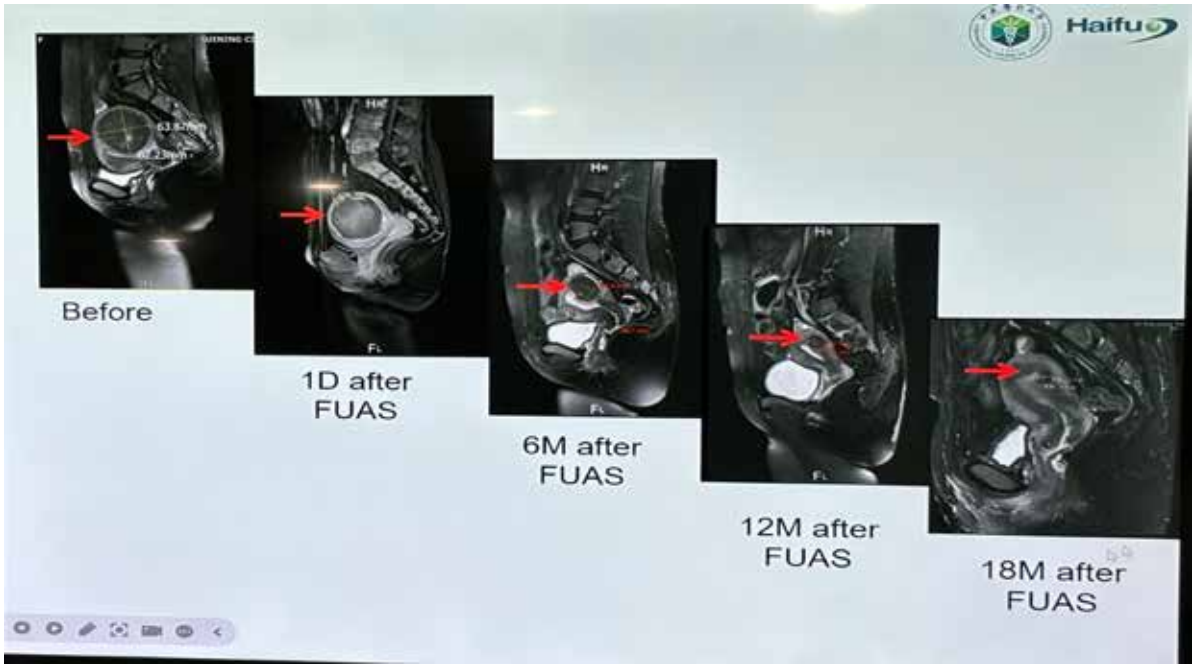
Trước điều trị | 1 ngày sau điều trị

Tỷ lệ hấp thụ trung bình năm:

67%

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

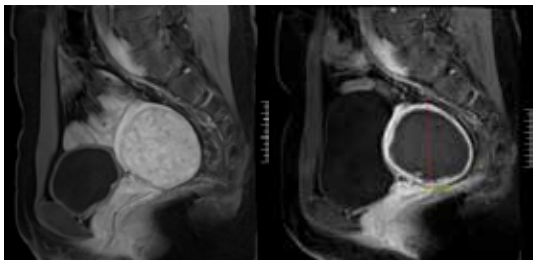


Hiệu quả của FUS

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

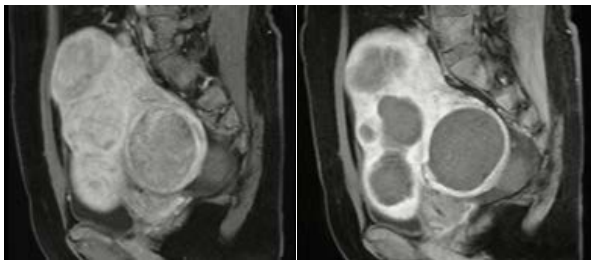
Haifu®

Một u xơ tử cung



Trước điều trị | Sau điều trị

Nhiều u xơ tử cung



Trước điều trị | Sau điều trị

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Lạc nội mạc tử cung

Điều trị lạc nội mạc tử cung khu trú bằng FUS

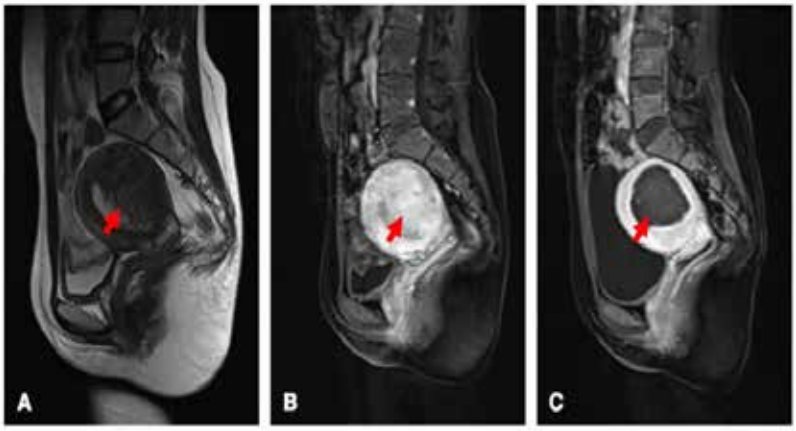
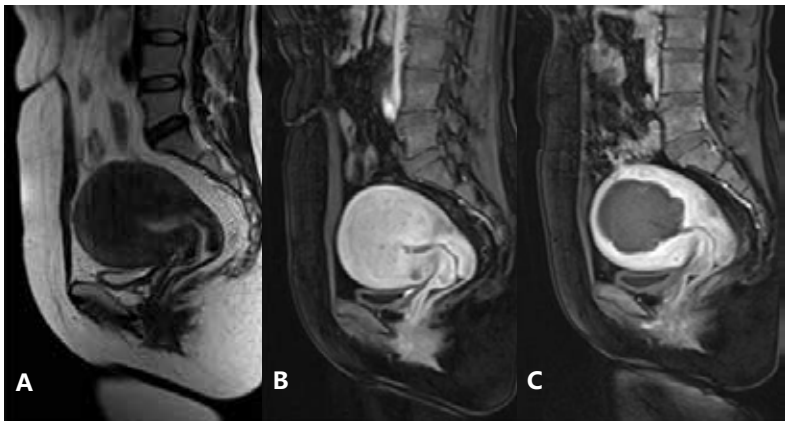


Fig. 2. Sagittal view of magnetic resonance images from a 37-year-old woman with focal adenomyosis. (A) Pre-treatment T2-weighted image shows a focal adenomyotic lesion at the posterior wall of the uterus (arrow). (B) Pre-treatment T1-weighted contrast-enhanced image shows perfusion of the adenomyotic lesion (arrow). (C) Post-treatment T1-weighted contrast-enhanced image shows that the non-perfused volume ratio was 85.0% (arrow).

Điều trị lạc nội mạc tử cung lan tỏa bằng FUS



Hình ảnh MRI mặt cắt dọc từ một phụ nữ 47 tuổi mắc bệnh lạc nội mạc tử cung lan tỏa.

(A) Hình ảnh trọng T2 trước điều trị cho thấy nội mạc tử cung lan tỏa gây ra sự giãn nở toàn bộ thành tử cung. (B) Ảnh MRI tiêm thuốc cản quang trọng T1 trước điều trị cho thấy sự tưới máu vùng tổn thương lạc nội mạc tử cung. (C) Ảnh MRI tiêm thuốc cản quang trọng T1 sau điều trị cho thấy tỷ lệ cắt bỏ từng phần là **83,5%**

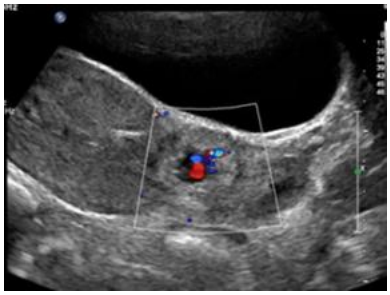
BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

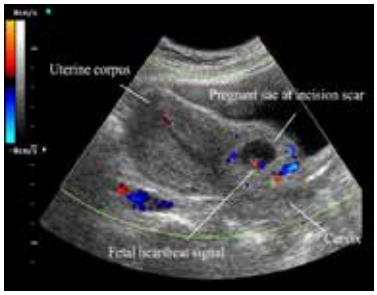


Phân loại lâm sàng của thai bám sẹo mổ lấy thai (CSP)

Loại nội sinh: Túi phôi cấy vào vị trí sẹo của lần sinh mổ trước đó, phát triển chủ yếu trong buồng tử cung.

Loại ngoại sinh: Túi phôi cấy hoàn toàn vào vết sẹo và phát triển về phía bàng quang và khoang bụng.





Chỉ định HIFU: Đường kính túi thai < 5cm

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Table 3 Overall clinical outcomes of the study population of 12 patients treated for placenta accreta with high-intensity focused ultrasound

Variable	*Value*
Reduced volume of residual placental area on sonography (cm^3)	7.7
Puerperal morbidity	1 (8)
Transfusion: number of units of blood	0
Serum sex steroid level	
E_2 (pg/mL)	156.1
P (ng/mL)	19.3
LH (mIU/mL)	6.9
FSH (mIU/mL)	1.13
Evacuation of residual placenta during hospital stay	11 (92)
Curettage	1 (8)
Time to returned menses (days)	80.2
Time to total involution of residual placental (days)*	36.9
Length of hospital stay postpartum (days)	6.8
Pregnant following treatment†	2 (17)
Pain score following treatment‡	
≤3	12
>3	0

Data are given as mean or n (%). *Uterine cavity completely empty on ultrasound. †Number of women who became pregnant again after HIFU treatment. ‡Pain level was assessed by Wong–Baker Faces Pain Scale. E_2, estradiol; FSH, follicle stimulating hormone; LH, luteinizing hormone; P, progesterone.



Figure 3 Contrast-enhanced T1-weighted magnetic resonance imaging in a patient with placenta accreta undergoing treatment with high-intensity focused ultrasound. (a) Before treatment the lobulated and heterogeneous residual placenta is clearly enhanced (arrowhead); (b) 1 day after treatment, residual placenta (arrowhead) has decreased in size and changed, becoming homogeneous with low signal intensity and with complete absence of enhancement.



FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management

Hướng dẫn lâm sàng về Rau bám (PC) của FIGO 2018
(Đã bao gồm HIFU)

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống
Haifu®

Kết quả của thai kỳ

Các em bé HIFU:
Món quà từ công nghệ FUS dành cho nhân loại



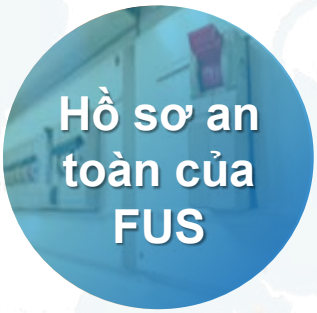
>2500 em bé HIFU, thai kỳ bình thường, không có trường hợp vỡ tử cung

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®



Nghiên cứu hồi cứu (đối chứng) về độ an toàn và hiệu quả tại 10 trung tâm: 9988 ca (2006-2013)



International Journal of Hyperthermia

informa healthcare

REVIEW ARTICLE

Ultrasound-guided high intensity focused ultrasound for the treatment of gynaecological diseases: A review of safety and efficacy

Lian Zhang[1], Wenyi Zhang[1], Franco Orsi[2], Wenzhi Chen[1], & Zhibiao Wang[1]

[1]State Key Laboratory of Ultrasound Engineering in Medicine, Chongqing Key Laboratory of Ultrasound in Medicine and Engineering, College of Biomedical Engineering, Chongqing Medical University, Chongqing, China, [2]Marshall College, University of California, San Diego, La Jolla, California, USA, and [3]Interventional Radiology Unit, European Institute of Oncology, Milan, Italy

South Africa
Argentina

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Phân loại SIR	Mô tả	Tỷ lệ biến chứng (%)
A	Không cần điều trị, không gây hậu quả	12,7
B	Chỉ cần theo dõi, không gây hậu quả	0,45
C	Điều trị ít, nằm viện thời gian ngắn (< 48h)	**0,06**
D	Cần điều trị, tăng mức độ chăm sóc, nằm viện dài ngày (> 48h)	**0,06**
E	Ảnh hưởng lâu dài, có gây hậu quả	0
F	Tử vong	

Argentina

Nghiên cứu tiến cứu (theo thời gian) của nhiều trung tâm: 2400 ca (20 bệnh viên: từ tháng 03/2011 đến tháng 12/2013)



Tiến sĩ Lang Jinghe

Chủ tịch Hiệp hội Sản phụ khoa Trung Quốc



Tiến sĩ P Mc Culloch

Giáo sư Khoa học và Thực hành Phẫu thuật
Chủ tịch IDEAL Collaboration
Phó Giám đốc Đơn vị Thử nghiệm Phẫu thuật và Can thiệp (SITU)
Đại học Oxford

Khoa Khoa học Phẫu thuật Nuffield
Bệnh viện John Radcliffe



BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

Evaluation of high-intensity focused ultrasound ablation for uterine fibroids: an IDEAL prospective exploration study

J Chen,[a,*,†] Y Li,[b,*,†] Z Wang,[a,*,†] P McCulloch,[c,*] L Hu,[a] W Chen,[d,e] G Liu,[b] J Li,[b] J Lang,[e]
Committee of the Clinical Trial of HIFU versus Surgical Treatment for Fibroids[‡]

Một nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với số lượng 2411 bệnh nhân đã so sánh sự khác biệt giữa HIFU, phẫu thuật cắt bỏ u xơ và phẫu thuật cắt bỏ tử cung đối với u xơ tử cung.

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Phản ứng bất lợi (Nghiên cứu của 20 trung tâm)

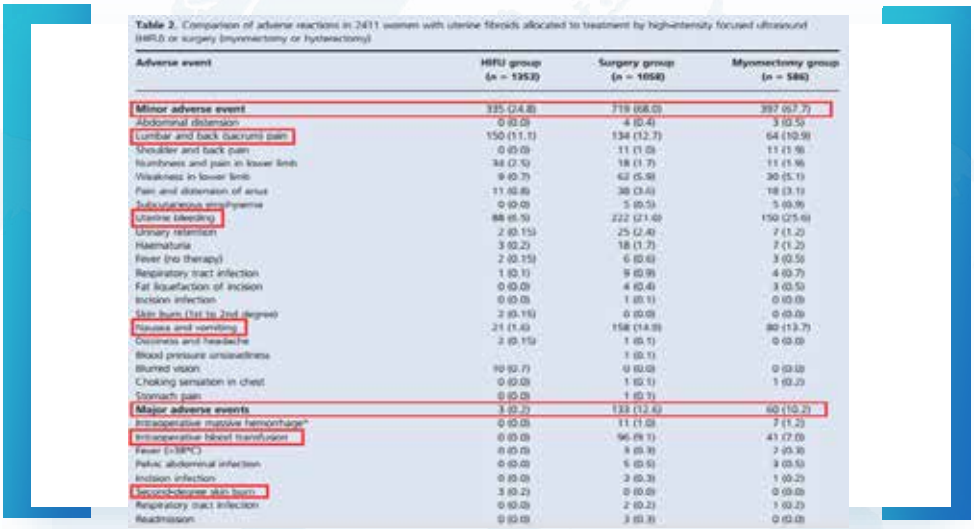


Table 2. Comparison of adverse reactions in 2411 women with uterine fibroids allocated to treatment by high-intensity focused ultrasound (HIFU) or surgery (myomectomy or hysterectomy).

Adverse event	HIFU group (n = 1353)	Surgery group (n = 1058)	Myomectomy group (n = 586)
Minor adverse event	335 (24.8)	719 (68.0)	397 (67.7)
Abdominal distension	0 (0.0)	4 (0.4)	3 (0.5)
Lumbar and back (sacrum) pain	150 (11.1)	134 (12.7)	64 (10.9)
Shoulder and back pain	0 (0.0)	11 (1.0)	11 (1.9)
Numbness and pain in lower limb	38 (2.5)	18 (1.7)	11 (1.9)
Weakness in lower limb	9 (0.7)	62 (5.9)	30 (5.1)
Pain and distension of anus	11 (0.8)	38 (3.6)	18 (3.1)
Subcutaneous emphysema	0 (0.0)	5 (0.5)	5 (0.9)
Uterine bleeding	88 (6.5)	222 (21.0)	150 (25.6)
Urinary retention	2 (0.15)	25 (2.4)	7 (1.2)
Haematuria	3 (0.2)	18 (1.7)	7 (1.2)
Fever (no therapy)	2 (0.15)	6 (0.6)	3 (0.5)
Respiratory tract infection	1 (0.1)	9 (0.9)	4 (0.7)
Fat liquefaction of incision	0 (0.0)	4 (0.4)	3 (0.5)
Incision infection	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)
Skin burn (1st to 2nd degree)	2 (0.15)	0 (0.0)	0 (0.0)
Nausea and vomiting	21 (1.6)	158 (14.9)	80 (13.7)
Dizziness and headache	2 (0.15)	1 (0.1)	0 (0.0)
Blood pressure unsteadiness		1 (0.1)	
Blurred vision	10 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Choking sensation in chest	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.2)
Stomach pain	0 (0.0)	1 (0.1)	
Major adverse events	3 (0.2)	133 (12.6)	60 (10.2)
Intraoperative massive hemorrhage*	0 (0.0)	11 (1.0)	7 (1.2)
Intraoperative blood transfusion	0 (0.0)	96 (9.1)	41 (7.0)
Fever (>38°C)	0 (0.0)	3 (0.3)	2 (0.3)
Pelvic abdominal infection	0 (0.0)	5 (0.5)	3 (0.5)
Incision infection	0 (0.0)	3 (0.3)	1 (0.2)
Second-degree skin burn	3 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Respiratory tract infection	0 (0.0)	2 (0.2)	1 (0.2)
Readmission	0 (0.0)	3 (0.3)	0 (0.0)

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Phân tích hồi cứu về tác động bất lợi của FUS:
27053 ca (2011-2017)



Taylor & Francis

Adverse effect analysis of high-intensity focused ultrasound in the treatment of benign uterine diseases

Yunchang Liu[a], Wendy Wenyi Zhang[b], Min He[a], Chunmei Gong[a], Bin Xie[c], Xiangxia Wen[a], Dandan Li[a] and Lian Zhang[a]

[a]State Key Laboratory of Ultrasound Engineering in Medicine Co-Founded by Chongqing and the Ministry of Science and Technology, Chongqing Key Laboratory of Ultrasound in Medicine and Engineering, College of Biomedical Engineering, Chongqing Medical University, Chongqing, PR China; [b]New York Medical College, Valhalla, NY, USA; [c]Department of Ultrasound, Huanggang Central Hospital, Huanggang City, Hubei, China

ABSTRACT

Objective: To retrospectively analyze the adverse effects of high-intensity focused ultrasound (HIFU) in management of benign uterine diseases.

Materials and methods: From 2011 to 2017, 27,053 patients with benign uterine diseases were treated with HIFU in 19 centers in China. Among them, 17,402 patients had uterine fibroids, 8434 had adenomyosis, 876 had caesarean scar pregnancies, and 341 had placenta accreta.

Results: The median age, height, weight, BMI of the patients was 42 years, 158 mm, 56 kg, 22.5 kg/m², respectively. After HIFU treatment, 13,370 adverse events were observed. Based on society of interventional radiology classification system, these adverse events were classified as Class A (47.3035%), Class B (0.7947%), Class C (0.1327%), and Class D (0.0519%). The rate of major adverse effects (Class C&D) was 0.1844%. Major adverse effects include skin burn, leg pain, vaginal discharge or bleeding, urinary retention, acute cystitis, intrauterine infection, bowel injury, acute renal failure, deep vein thrombosis, pubic symphysis injury, post-HIFU thrombocytopenia, sciatic nerve injury, and hydronephrosis. In 2011, the annual rate of major adverse effects was 0.9569%; the incidence decreased to 0.2852% in 2017. No significant difference was observed in the rates of major adverse effects between patients with uterine fibroids, adenomyosis and placenta accreta.

Conclusions: Based on the results with low rate of major adverse effects from multiple centers, we concluded that HIFU is safe in treating patients with benign uterine diseases. With development of this technique and more experience on the part of the physicians, the rates of the major adverse effects will be further lowered.

ARTICLE HISTORY

KEYWORDS

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Liu Y , Zhang W W , He M và cộng sự. Phân tích tác động bất lợi của siêu âm hội tụ cường độ cao trong điều trị các bệnh tử cung lành tính[J]. Tạp chí Quốc tế về Tăng thân nhiệt, 2018:1-6.

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

Các hướng dẫn quốc tế

[Anh] Hướng dẫn lâm sàng về Quản lý U xơ tử cung NICE 2019 (24/07/2019)



[Hoa Kỳ] Hướng dẫn lâm sàng về Quản lý U xơ tử cung ACOG 2008: đã bao gồm FUS



[Trung Quốc] Hướng dẫn lâm sàng về Quản lý U xơ tử cung COGA 2017: đã bao gồm FUS



[Canada] Hướng dẫn lâm sàng về Quản lý U xơ tử cung SOGC 2015: đã bao gồm FUS



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®

[Hàn Quốc] Hướng dẫn lâm sàng về Quản lý U xơ tử cung KSOG 2016: đã bao gồm FUS





Hướng dẫn lâm sàng về Nhau bám FIGO 2018 (Đã bao gồm HIFU)



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®



So sánh HIFU với tần số vô tuyến (RFA)c

	HIFU	RFA
Điều trị	**Không xâm lấn**	**Xâm lấn**
Kích thước của khối u được điều trị	1-20cm	Đường kính khối u đơn lẻ dưới 5 cm, không quá ba ổ khối u, mỗi ổ không quá 3 cm
Điều trị phù hợp mô đích	Có	Không
Đánh giá thời gian thực về hiệu quả điều trị	Có	Không thể
Điều biến liều điều trị theo thời gian thực	Có	Không thể
Phân bố liều điều trị	Phân bố đồng đều	Phân bố không đồng đều
Khả năng khối u còn sót lại	Thấp	Cao
Tổn thương các mô và cơ quan lân cận	Hiếm gặp	Một vài trường hợp
Khối u ăn sâu hoặc di căn	Không	Có thể xảy ra



Hình ảnh máy HiFu lắp đặt xong tại BV Phụ sản THIỆN AN

ngày 3/10/2024





BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN
Trao niềm tin, ươm mầm sự sống

Haifu®



HTC TECHNICAL

CÔNG TY TNHH KỸ THUẬT HTC

TT2.7 KĐT mới Cổ Nhuế, phường Cổ Nhuế 1
quận Bắc Từ Liêm, thành phố Hà Nội



Voluson™
LEADING THE WAY
SETTING THE STANDARDS

GE HealthCare



Nhà phân phối được ủy quyền

- Hệ thống máy siêu âm màu 4 chiều chuyên sản phụ khoa Voluson của hãng GE Healthcare – Hoa Kỳ

- Phụ kiện siêu âm như bộ gá dẫn kim sinh thiết, vỏ bọc đầu dò siêu âm, bộ thiết bị dẫn kim sinh thiết tiền liệt tuyến qua tầng sinh môn, thiết bị khử khuẩn, làm sạch đầu dò, v.v của hãng CIVCO Medical Solutions - Hoa Kỳ

HOTLINE
0961 935 668

HTC TECHNICAL
CÔNG TY TNHH THIẾT BỊ KỸ THUẬT HTC
Hotline: 0961 935 668

GE HealthCare

Voluson™ Expert 22



Màn hình 23.8" UHD với độ phân giải cao

Màn hình LCD cảm ứng 15.6"

04 ổ cắm đầu dò

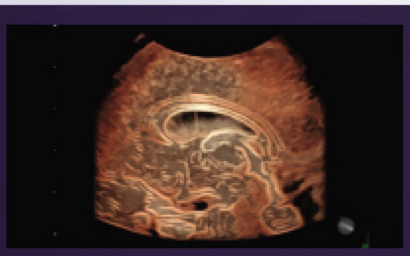
Khung kim loại chắc chắn

Bánh xe lớn di chuyển được trên bề mặt gồ ghề

Chân đế được thiết kế ổn định



Phôi thai 8 tuần tuổi



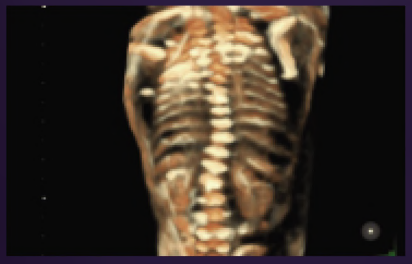
Tái tạo cấu trúc não thai 25 tuần tuổi với HDlive Studio+



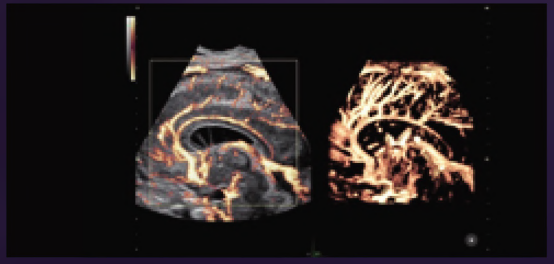
HDlive Silhouette: Khảo sát đồng thời xương và cấu trúc nội quan thai 13 tuần tuổi



Hệ tuần hoàn trên phôi thai 9 tuần tuổi



Thai 18 tuần tuổi bị vẹo cột sống



Tái tạo mạch máu não quanh thể chai trên thai 23 tuần

GE HealthCare

Voluson Signature 20

Fast. Forward.

HTC TECHNICAL

Hotline: 0961 935 668

Tiến bước nhanh về phía trước với máy siêu âm Voluson™ Signature 20. Máy siêu âm hiệu suất cao này được thiết kế với cấu trúc của dòng máy expert để phát huy sức mạnh của hình ảnh đẳng cấp nhất và những ứng dụng tiên tiến nhất đem lại hiệu quả tối đa. Cá nhân hóa máy siêu âm Voluson Signature 20 của bạn để hỗ trợ bạn trong lúc làm việc và sử dụng hệ sinh thái Voluson về hỗ trợ và đào tạo để đảm bảo bạn tận dụng được tối đa các tính năng của máy siêu âm của bạn.



CÁC TÍNH NĂNG ƯU VIỆT:

- Công nghệ **Digital Beamforming Architecture** tạo chùm tia kỹ thuật số của Voluson
- Màn hình **LCD 23.8"** độ phân giải cao
- Nhẹ và dễ dàng di chuyển
- **Radiant*flow*** & **Slow*flow*HD**
- **Auto*live***
- **Batttery Pack**: Có pin dự phòng cho máy
- Chế độ ngủ - Đánh thức nhanh – Khởi động nhanh
- Đầu dò yêu thích
- **HD*live***™: công nghệ hình ảnh mới
- **VCI** cao cấp với **OmniView**
- **Uterine Trace** & **Spine Trace**: Tự động truy vết tử cung & cột sống
- **SonoAVC**™ & các phép đo **Auto Caliper** cho nang trứng
- **STIC** cao cấp: Tính năng dựng hình tim thai
- Dẫn hướng bằng hình ảnh siêu âm dựa trên trí tuệ nhân tạo với **SonoLyst*live***
- Các tính năng dựa trên trí tuệ nhân tạo với ***fetal*HS**, **SonoCNS**, **SonoPelvicFloor 2.0**
- **SonoGyn** với **Fibroid Mapping** (vẽ sơ đồ u xơ tử cung)
- Công nghệ tự động hóa với **SonoBiometry**, **SonoNT**™, **SonoIT**
- Trợ lý ảo **Scan Assistant** với phần mềm nhận diện hình ảnh **SonoLyst**
- Các đầu dò **XDclear**
- Tính năng in 3D
- Cổng hình ảnh Voluson
- Quản lý các cổng cáp kết nối
- Lời nhắc
- **Quick Setup Wizard** cài đặt nhanh
- Tích hợp **VscanAir CL**

GE HealthCare

Voluson Signature 18

Fast. Forward.

HTC TECHNICAL

Hotline: 0961 935 668

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, chúng ta không thể vội vã, nhưng nếu lựa chọn đúng máy siêu âm, chúng ta có thể tiết kiệm được thời gian và công sức quý báu của mình. Hãy tiến bước nhanh về phía trước với máy siêu âm Voluson Signature 18. Cho ra hình ảnh đẹp đẳng cấp, sự đổi mới sáng tạo của Voluson™, trải nghiệm người dùng được cá nhân hóa và hệ sinh thái luôn ưu tiên hỗ trợ và đề cao sự chăm sóc của Voluson Signature 18 giúp bạn luôn vững bước tiến về phía trước.



CÁC TÍNH NĂNG ƯU VIỆT:

- Công nghệ **Digital Beamforming Architecture** tạo chùm tia kỹ thuật số của Voluson
- Màn hình **LCD 23.8"** độ phân giải cao
- Nhẹ và dễ dàng di chuyển
- **Radiant*flow***
- **Auto*live***
- **Batttery Pack**: Có pin dự phòng cho máy
- Chế độ ngủ - Đánh thức nhanh - Khởi động nhanh
- Đầu dò yêu thích
- **HD*live***™: Công nghệ hình ảnh mới
- **VCI** cao cấp với **OmniView**
- **Uterine Trace** & **Spine Trace**: Tự động truy vết tử cung & cột sống
- **SonoAVC**™ & các phép đo **Auto Caliper** cho nang trứng
- **STIC** cao cấp: Tính năng dựng hình tim thai
- Dẫn hướng bằng hình ảnh siêu âm dựa trên trí tuệ nhân tạo với **SonoLyst*live***
- Các tính năng dựa trên trí tuệ nhân tạo với ***fetal*HS**, **SonoCNS**, **SonoPelvicFloor 2.0**
- **SonoGyn** với **Fibroid Mapping** (lập sơ đồ u xơ tử cung)
- Công nghệ tự động hóa với **SonoBiometry**, **SonoNT**™, **SonoIT**
- Trợ lý ảo **Scan Assistant** với phần mềm nhận diện hình ảnh **SonoLyst**
- Các đầu dò **XDclear**
- Tính năng in 3D
- Cổng hình ảnh Voluson
- Quản lý các cổng cáp kết nối
- Lời nhắc
- **Quick Setup Wizard** cài đặt nhanh
- Tích hợp **VscanAir CL**



GS.TS NGUYỄN VŨ QUỐC HUY

Hiệu trưởng Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1987 – 1993: Bác sĩ Y khoa
- 1994 – 1997: Bác sĩ Nội trú Bệnh viện
- 2000 – 2003: Nghiên cứu sinh Tiến sĩ

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1996 - 1999: Trợ giảng, Bác sĩ điều trị, Bộ môn Phụ Sản, Trường ĐH Y Dược, ĐH Huế.
- 1999 - 2009: Giảng viên, Bác sĩ điều trị, Bộ môn Phụ Sản, Trường ĐH Y Dược, ĐH Huế
- 2014 - 2018: Phó Hiệu trưởng, Trưởng Khoa Đào tạo quốc tế, Giảng viên chính, Giảng viên cao cấp, Bác sĩ điều trị, Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
- 2018 đến nay: Hiệu trưởng Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tổng số bài báo công bố trên các tạp chí khoa học quốc tế và trong nước: 190, trong đó trên 40 bài báo là tác giả chính.
- Tổng số đề tài làm chủ nhiệm: 01 đề tài Nghị định thư, 01 chương trình KHCN cấp Bộ, 6 đề tài cấp Bộ và cấp Tỉnh.
- Tổng số sách giáo trình, sách tham khảo, sách chuyên khảo và sách hướng dẫn được xuất bản: 15 cuốn.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

Đồng tác giả, Giải thưởng Hồ Chí Minh về Khoa học công nghệ đợt 6, năm 2021 cho cụm công trình "Tối ưu hóa công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ ở vùng có nguồn lực hạn chế: từ nghiên cứu đến triển khai ứng dụng".

FVCOG2024

CẬP NHẬT SÀNG LỌC VÀ DỰ PHÒNG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG 2024

GS.TS.BS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

Phó Chủ tịch Hội Phụ Sản Việt Nam
Hiệu trưởng, Trưởng Bộ môn Phụ Sản
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

GA-000148

Tuyên bố

- Nội dung trình bày thể hiện quan điểm và kinh nghiệm của báo cáo viên, dựa trên các bằng chứng y học cập nhật đến thời điểm thực hiện báo cáo
- Các hình ảnh / nội dung được trích dẫn bởi báo cáo viên hoặc thuộc về báo cáo viên
- Báo cáo viên:
  - Giáo sư, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế
  - Thành viên Ban soạn thảo "Sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung" của Bộ Y tế
  - Thành viên Nhóm phát triển "Hướng dẫn sàng lọc và điều trị tiền ung thư để dự phòng ung thư cổ tử cung" của Tổ chức Y tế thế giới

GA-000148

FVCOG2024

Nội dung

- Mở đầu
- Dịch tễ học và phân nhóm nguy cơ theo HPV type
- Chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO
- Một số cập nhật về vaccine HPV
- Một số cập nhật về dự phòng & sàng lọc UTCTC
  - WHO 2024
  - ASCCP Enduring Guidelines 2024
  - Áp nhiệt cổ tử cung
  - Việt Nam (dự thảo)

FVCOG2024

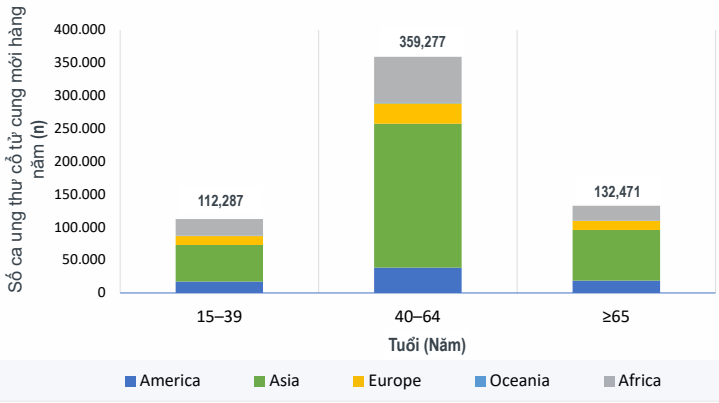
Nội dung

- **Mở đầu**
- Dịch tễ học và phân nhóm nguy cơ theo HPV type
- Chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO
- Một số cập nhật về vaccine HPV
- Một số cập nhật về dự phòng & sàng lọc UTCTC
  - WHO 2024
  - ASCCP Enduring Guidelines 2024
  - Áp nhiệt cổ tử cung
  - Việt Nam (dự thảo)

GA-000148 fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Tỷ lệ ung thư cổ tử cung toàn cầu theo độ tuổi và khu vực địa lý

Số ca ung thư cổ tử cung mới hàng năm theo độ tuổi và khu vực trên thế giới (2020)



- Năm 2020, ước tính có khoảng **604.127 trường hợp ung thư cổ tử cung mới** được chẩn đoán trên toàn thế giới.[a,b]
- **~ 81% trường hợp ung thư mới xảy ra ở phụ nữ ≥40 tuổi.**
- **Châu Á có số ca mắc mới cao nhất trong tất cả các nhóm tuổi.**

HPV, human papillomavirus; IARC, International Agency for Research on Cancer; ICO, Catalan Institute of Oncology.
[a]A 2021 report from the ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer compiled data from multiple sources to provide 2020 global estimates of HPV-related cancers.
[b]Number of cases in women aged 15–39 years (N=112,287): 55,756 in Asia, 25,094 in Africa, 17,246 in the Americas, 13,367 in Europe, and 824 in Oceania. Number of cases in women aged 40–64 years (N=359,277): 218,977 in Asia, 69,546 in Africa, 38,447 in the Americas, 30,966 in Europe, and 1,341 in Oceania. Number of cases in women aged ≥65 years (N=132,471): 76,940 in Asia, 22,643 in Africa, 18,709 in the Americas, 13,832 in Europe, and 347 in Oceania.
1. Bruni L et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 10 March 2023. https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf

FVCOG2024

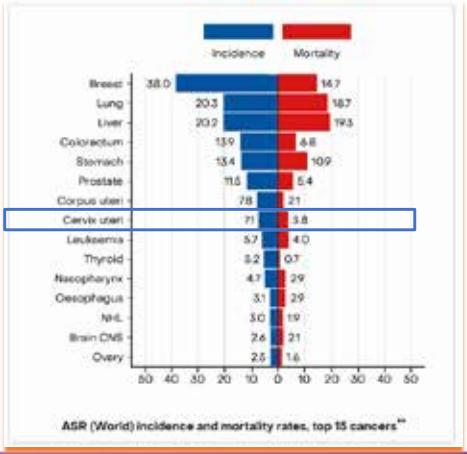
Gánh nặng ung thư tại Việt Nam (Globocan 2022)

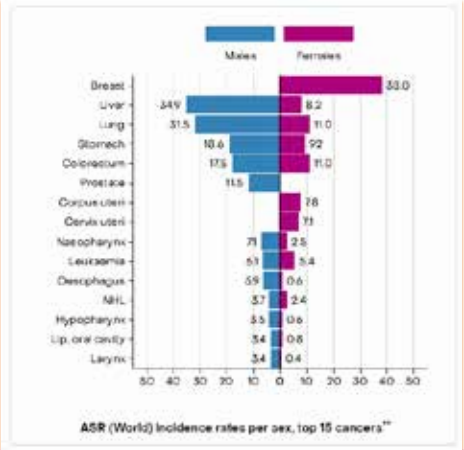
GLOBAL CANCER OBSERVATORY — CANCER TODAY

VIET NAM

https://gco.iarc.fr/today

- Việt Nam: số ca mắc mới là 4.612 ca, số ca tử vong do ung thư cổ tử cung là 2.571 ca
- Tỉ lệ mắc mới ung thư cổ tử cung: ***7.1/100.000*** **phụ nữ.**
- Tỉ lệ tử vong: ***3.8/100.000 phụ nữ***.





GA-000148
fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

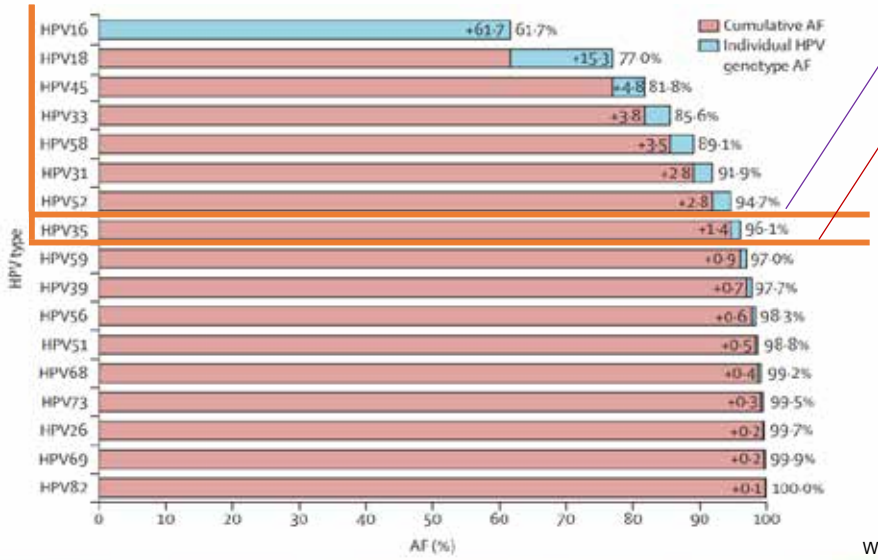
FVCOG2024

Nội dung

- Mở đầu
- **Dịch tễ học và phân nhóm nguy cơ theo HPV type**
- Chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO
- Một số cập nhật về vaccine HPV
- Một số cập nhật về dự phòng & sàng lọc UTCTC
  - WHO 2024
  - ASCCP Enduring Guidelines 2024
  - Áp nhiệt cổ tử cung
  - Việt Nam (dự thảo)

FVCOG2024

Phân bố các loại HPV sinh ung thư khác nhau



7 types: 94,7%

8 types: 96,1%

Phân bố đặc hiệu theo chủng HPV riêng lẻ và tích lũy trong ung thư cổ tử cung xâm lấn trên thế giới

Wei F et al. Lancet Aug 2024; 404: 435–44

Phân nhóm các type HPV sinh ung thư và nguy cơ tiến triển

Carcinogenic HPV type	% of Cervical Cancers	9-year risk of progression to CIN3+ of incident HPV infection	Risk Group	
16	60.3	6.3	16	Nhóm 1
18	10.5	3.0	18/45	Nhóm 2
45	6.1	2.2	18/45	
33	3.7	4.5	16-related	
31	3.6	2.2	16-related	
52	2.7	2.2	16-related	Nhóm 3
58	2.2	1.9	16-related	
35	2.0	2.8	16-related	
39	1.6	1.1	Lower risk	
51	1.2	1.1	Lower risk	
59	1.1	0.9	Lower risk	Nhóm 4
56	0.9	0.8	Lower risk	
68	0.6	1.0	Lower risk	

IARC. Cervical Cancer Screening IARC Handbooks of Cancer Prevention, 2022

THÔNG CÁO BÁO CHÍ WHO No. 353, 01 /08 / 2024

Phân bố toàn cầu của các chủng HPV trong ung thư xâm lấn 1 phân tích hệ thống

"Tám chủng HPV có tỷ lệ phân bố cao nhất (HPV types **16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, và 58**) cũng là tác nhân gây ung thư nhiều nhất và do đó cũng là mục tiêu ưu tiên rõ ràng để đưa vào các xét nghiệm sàng lọc dựa trên HPV."

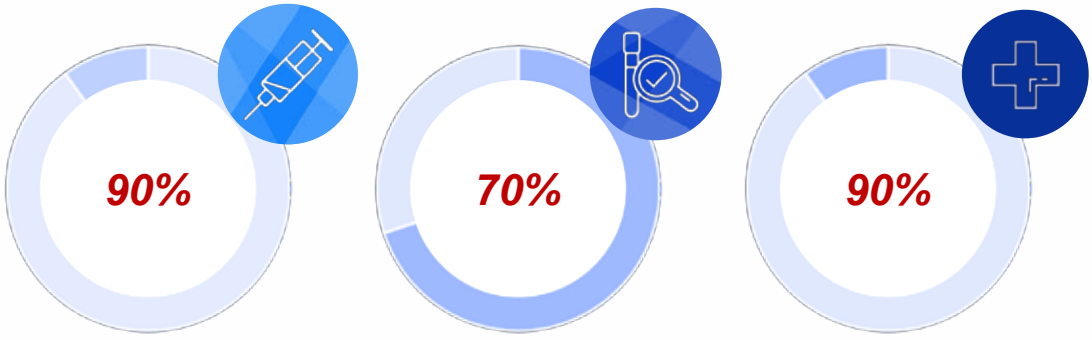
FVCOG2024

Nội dung

- Mở đầu
- Dịch tễ học và phân nhóm nguy cơ theo HPV type
- **Chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO**
- Một số cập nhật về vaccine HPV
- Một số cập nhật về dự phòng & sàng lọc UTCTC
  - WHO 2024
  - ASCCP Enduring Guidelines 2024
  - Áp nhiệt cổ tử cung
  - Việt Nam (dự thảo)

FVCOG2024

Các chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO



TIÊM PHÒNG HPV
90% trẻ gái được tiêm vắc-xin HPV đầy đủ vào năm 15 tuổi

SÀNG LỌC
70% phụ nữ được sàng lọc bằng xét nghiệm độ nhạy và độ đặc hiệu cao ở độ tuổi 35 và một lần nữa ở độ tuổi 45

ĐIỀU TRỊ
90% phụ nữ được xác định mắc tiền ung thư hoặc bệnh cổ tử cung được điều trị và 90% phụ nữ bị ung thư xâm lấn được quản lý

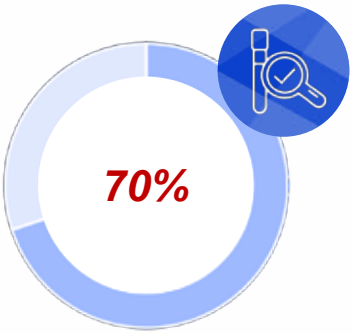
[1] Walboomers, J.M., et al. 1999;189(1):12-9.; [2]Basemena, JG and Koutsky, LA. 2005; 32(1:S):16-24. [3]IARC Globocan 2020 - gco.iarc.fr;Http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf . 4. Hull R, et al. . cervical cancer in low and middle-income countries. Oncol Lett. 2020 Sep;20(3):2058-2074. doi: 10.3892/ol.2020.11754. Epub 2020 Jun 19. Accessed on June 1, 2022.

Các chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO

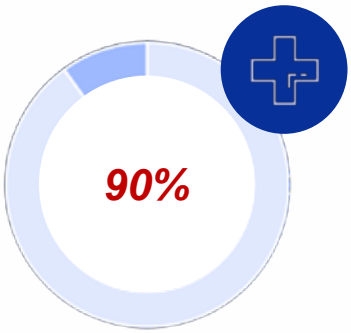


Trẻ gái 9–14 tuổi
- Vắc xin HPV

Ngoài việc tiêm vắc-xin HPV
- Giáo dục giới tính phù hợp với lứa tuổi và văn hóa
- Khuyến mãi/cung cấp bao cao su cho những người có hoạt động tình dục
- Cắt bao quy đầu ở nam
- Thông tin sức khỏe và cảnh báo về việc sử dụng thuốc lá



SÀNG LỌC
70% phụ nữ được sàng lọc bằng xét nghiệm độ nhạy và độ đặc hiệu cao ở độ tuổi 35 và một lần nữa ở độ tuổi 45



ĐIỀU TRỊ
90% phụ nữ được xác định mắc tiền ung thư hoặc bệnh cổ tử cung được điều trị và 90% phụ nữ bị ung thư xâm lấn được quản lý

[1] Walboomers, J.M., et al. 1999;189(1):12-9.; [2]Basemena, JG and Koutsky, LA. 2005; 32(1:S):16-24. [3]IARC Globocan 2020 - gco.iarc.fr;Http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf . 4. Hull R, et al. . cervical cancer in low and middle-income countries. Oncol Lett. 2020 Sep;20(3):2058-2074. doi: 10.3892/ol.2020.11754. Epub 2020 Jun 19. Accessed on June 1, 2022.

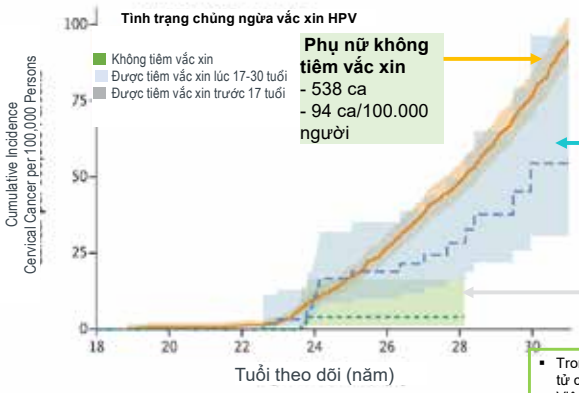
Nội dung

- Mở đầu
- Dịch tễ học và phân nhóm nguy cơ theo HPV type
- Chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO
- **Một số cập nhật về vaccine HPV**
- Một số cập nhật về dự phòng & sàng lọc UTCTC
  - WHO 2024
  - ASCCP Enduring Guidelines 2024
  - Áp nhiệt cổ tử cung
  - Việt Nam (dự thảo)

FVCOG2024

Chủng ngừa vắc xin HPV giảm đáng kể nguy cơ ung thư cổ tử cung xâm lấn

Tỷ lệ mắc mới tích lũy ung thư CTC xâm lấn theo tình trạng chủng ngừa vắc xin HPV ở 30 tuổi



Phụ nữ không tiêm vắc xin
- 538 ca
- 94 ca/100.000 người

Hiệu quả vắc xin

Từ 2006: lịch trình tiêm ngừa 3 liều
Từ 2015: lịch trình tiêm ngừa 2 liều

Phụ nữ tiêm vắc xin
- 19 ca
- 47 ca/100.000 người

63% (43-79%)

Được tiêm vắc xin lúc 17-30 tuổi:
- 17 ca
- 54 ca/100.000 người

53% (25-73%)

Được tiêm vắc xin trước 17 tuổi:
- 2 ca
- 4 ca/100.000 người

88% (66-100%)

- Trong số các trẻ gái và phụ nữ Thụy Điển 10-30 tuổi, vắc-xin 4vHPV giảm đáng kể nguy cơ ung thư cổ tử cung xâm lấn ở mức độ dân số.
- Việc giảm ung thư cổ tử cung xâm lấn rõ rệt hơn ở những phụ nữ được tiêm vắc-xin ở độ tuổi trẻ hơn
- Nguy cơ ung thư cổ tử cung ở phụ nữ được tiêm chủng trước 17 tuổi thấp hơn **88%** so với phụ nữ chưa tiêm chủng.

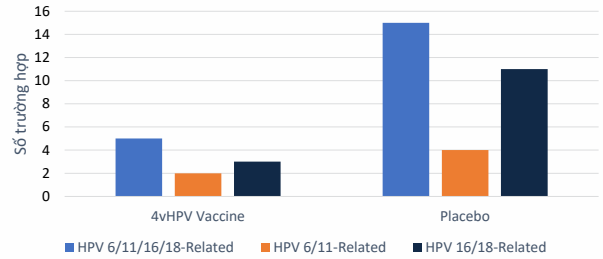
Age at follow-up is truncated in the graph because no cases of cervical cancer were observed in girls younger than 18 years of age. Lei et al *New England Journal of Medicine* 2020

GA-000148

FVCOG2024

Hiệu lực của vắc-xin 4vHPV ở phụ nữ 24-45 tuổi đã nhiễm HPV trước đây

Hiệu lực chống nhiễm dai dẳng và bệnh ở phụ nữ có huyết thanh dương tính/PCR âm tính[a]



- **Hiệu lực của vắc-xin chống lại nhiễm dai dẳng và CIN hoặc EGL liên quan đến 4 týp HPV trong vắc xin ở phụ nữ có bằng chứng huyết thanh học về nhiễm HPV trước đó,** nhưng không có bằng chứng nhiễm hiện tại (huyết thanh dương tính/DNA âm tính) liên quan với týp HPV có trong vắc xin lúc tuyển vào nghiên cứu

66,9%
(KTC 95%: 4.3, 90.6).

Vắc-xin 4vHPV có hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa tái nhiễm và bệnh ở phụ nữ 24-45 tuổi đã bị nhiễm HPV trước đây(phụ nữ có huyết thanh dương tính)

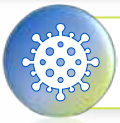
4vHPV = 4-valent human papillomavirus; CI = confidence interval; CIN = cervical intraepithelial neoplasia; DNA = deoxyribonucleic acid; EGL = external genital lesion; HPV = human papillomavirus.

Castellsagué X, et al. *Br J Cancer*. 2011;105(1):28-37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137403/.

GA-000148

LỢI ÍCH CỦA CHỈ ĐỊNH MỞ RỘNG CỦA VẮC XIN HPV Ở NỮ GIỚI 27 – 45 TUỔI

Tính sinh miễn dịch ở phụ nữ nhóm tuổi 27 - 45 KHÔNG THUA KÉM so với nhóm phụ nữ độ tuổi 16 - 26[1]



Tiêm chủng giúp ngăn ngừa nhiễm mới: giảm 88.7% tỷ lệ mắc mới kết hợp nhiễm kéo dài ≥6 tháng, CIN và tổn thương cơ quan sinh dục ngoài[2]



Vắc xin có hiệu lực **ngăn ngừa tái nhiễm và bệnh lý** ở phụ nữ 24 - 45 tuổi đã bị nhiễm HPV trước đó (có huyết thanh dương tính) **đến 66.9%[2]**



Bằng chứng cho thấy nhóm được tiêm chủng giúp **ngăn ngừa 84.7% nhiễm dai dẳng** liên quan đến HPV 16 hoặc 18[2]

Tài liệu tham khảo: 1. Joura EA, et al. Vaccine. 2021;39(20):2800-2809. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676783 **2.** Castellsagué X, et al. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137403 **3.** Ferris DG, et al. Papillomavirus Res. 2020;10:100202. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7453107/. **4.** Velicer C, et al. Sex Transm Dis. 2009;36(11):696-703. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19652630. **5.** Beachler DC et al. J Infect Dis. 2016;213:1444–1454. **6.** Beachler DC et al. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2018;27:496–502.

FVCOG2024

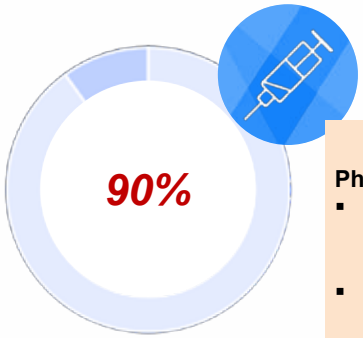
Nội dung

- Mở đầu
- Dịch tễ học và phân nhóm nguy cơ theo HPV type
- Chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO
- Một số cập nhật về vaccine HPV
- **Một số cập nhật về dự phòng & sàng lọc UTCTC**
  - WHO 2024
  - ASCCP Enduring Guidelines 2024
  - Áp nhiệt cổ tử cung
  - Việt Nam (dự thảo)

GA-000148 fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

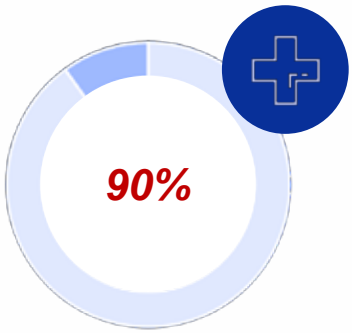
Các chiến lược loại trừ ung thư cổ tử cung của WHO



TIÊM PHÒNG HPV
90% trẻ gái được tiêm vắc-xin HPV đầy đủ vào năm 15 tuổi

Phụ nữ >30 tuổi
- Sàng lọc bằng xét nghiệm độ nhạy và độ đặc hiệu cao (vd: xét nghiệm HPV*)
- Tiếp theo là điều trị ngay lập tức hoặc càng sớm càng tốt các tổn thương tiền ung thư

* ưu tiên HPV DNA test



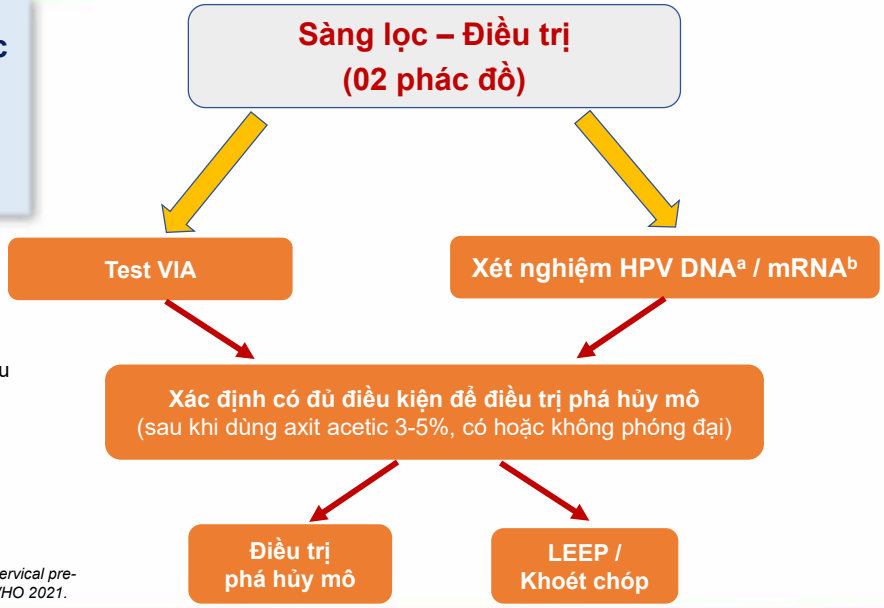
ĐIỀU TRỊ
90% phụ nữ được xác định mắc tiền ung thư hoặc bệnh cổ tử cung được điều trị và 90% phụ nữ bị ung thư xâm lấn được quản lý

[1] Walboomers, J.M., et al. 1999;189(1):12-9.; [2]Basemena, JG and Koutsky, LA. 2005; 32(1:S):16-24. [3]IARC Globocan 2020 - gco.iarc.fr;Http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf . 4. Hull R, et al. . cervical cancer in low and middle-income countries. Oncol Lett. 2020 Sep;20(3):2058-2074. doi: 10.3892/ol.2020.11754. Epub 2020 Jun 19. Accessed on June 1, 2022.

GA-000148

FVCOG2024

Tiếp cận sàng lọc và xử trí theo khuyến cáo WHO, 2021

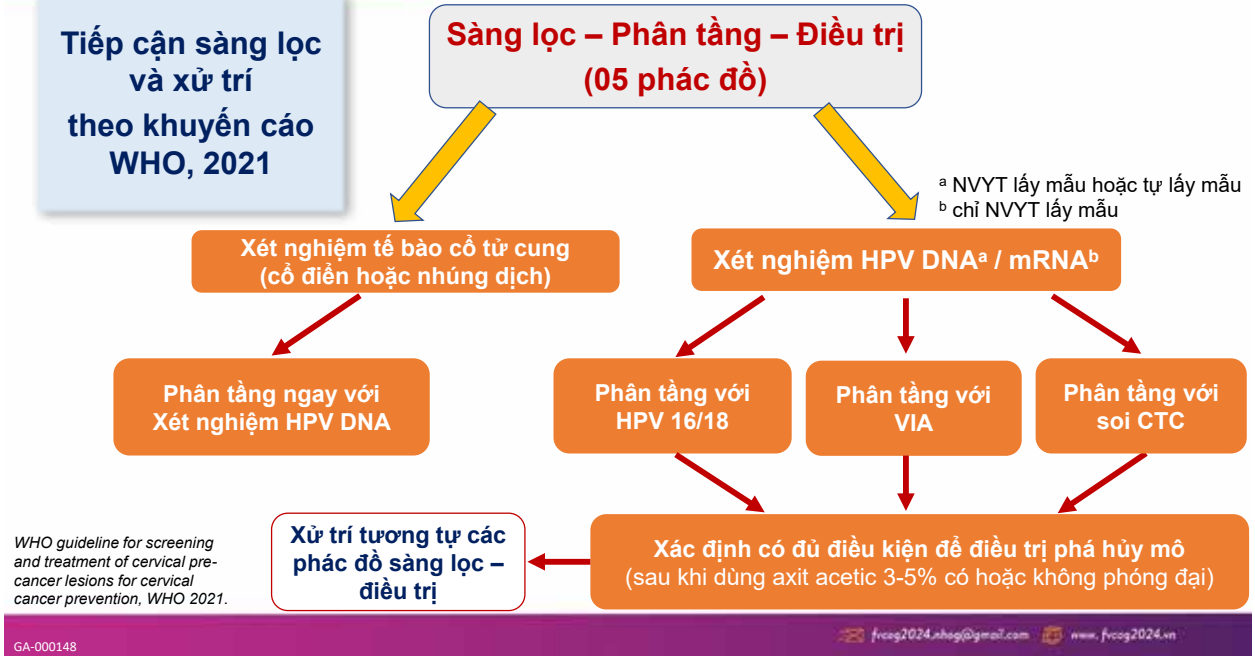


[a] NVYT lấy mẫu hoặc tự lấy mẫu
[b] chỉ NVYT lấy mẫu

WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, WHO 2021.

GA-000148

Tiếp cận sàng lọc và xử trí theo khuyến cáo WHO, 2021



WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, WHO 2021.

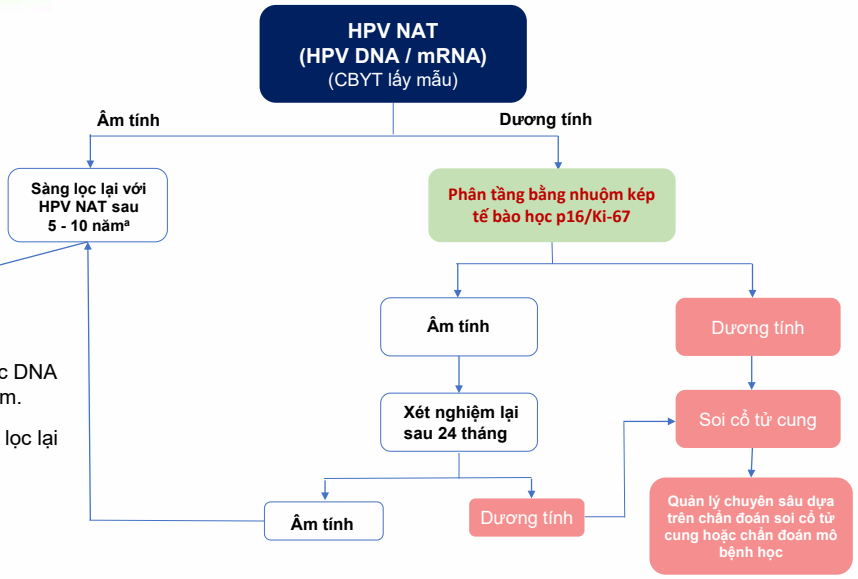
GA-000148

FVCOG2024

WHO, 2024

Phác đồ sàng lọc HPV DNA hoặc mRNA HPV đầu tay và tế bào học nhuộm kép để phân tầng nguy cơ

Cách tiếp cận sàng lọc, phân loại và điều trị, Dành cho nhóm phụ nữ chung



[a] Nếu sử dụng xét nghiệm axit nucleic DNA HPV (NAT), sàng lọc lại sau 5–10 năm.

Nếu sử dụng HPV mRNA NAT, sàng lọc lại sau 5 năm

WHO Use of dual-stain cytology to triage women after a positive test for human papillomavirus (HPV), 2024

GA-000148

FVCOG2024

ASCCP Enduring Guidelines – Nhuộm kép tế bào miễn dịch (DS Dual-Staining) Bản công bố, tháng 4/2024

❖ **HPV (+) từ test định tính: có thể thực hiện DS**

- HPV(+) và DS(+): soi CTC (và xử trí tương ứng)
- HPV(+) và DS (-): xét nghiệm lại sau 1 năm

❖ **HPV (+) từ test định type từng phần: có thể thực hiện DS**

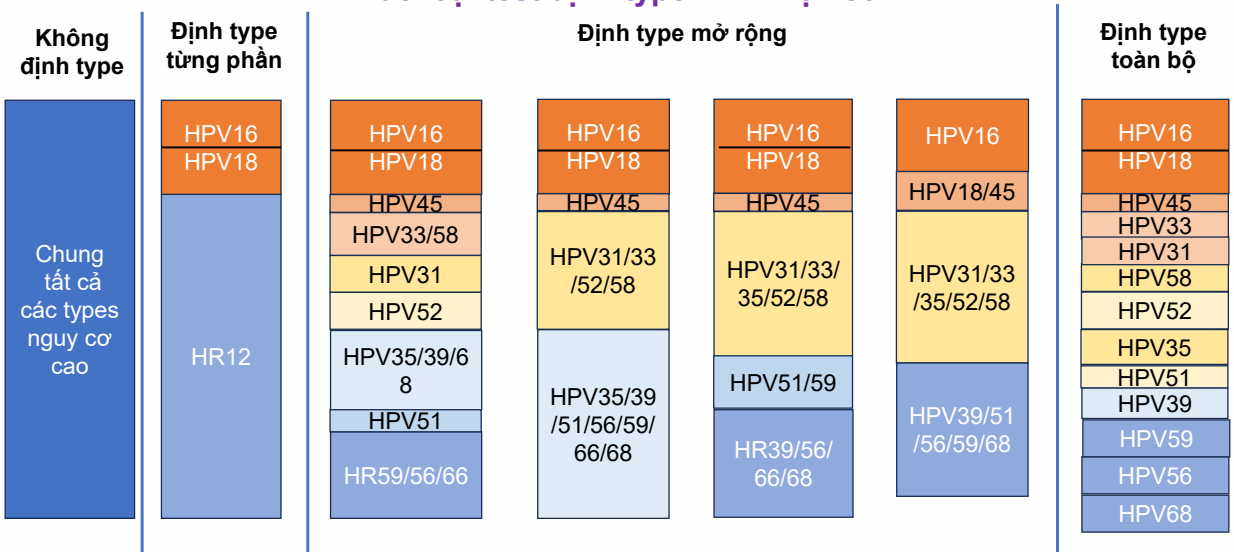
- HPV 16, 18 (+): soi CTC (và xử trí tương ứng)
- HPV 12HR (+) và DS (+): soi cổ tử cung (và xử trí tương ứng)
- HPV 12HR (+) và DS (-): xét nghiệm lại sau 1 năm

Megan C. et al. Journal of Lower Genital Tract Disease 28(2):p 124-130, April 2024.

GA-000148

FVCOG2024

Các loại test định type HPV hiện có



IARC. Cervical Cancer Screening IARC Handbooks of Cancer Prevention, 2022

GA-000148

Năng lực chẩn đoán của sàng lọc HPV đầu tay theo kịch bản khác nhau trong phát hiện CIN3+ và CIN2+

Triage strategies	Positivity% (no./total no.)	p value	Pooled value% (95% CI) Sensitivity	Specificity
Detection of CIN3+ ($n = 113$)				
HPV16/18 genotyping in conjunction with cytology (ASC-US threshold)	7.35 (1248/16,982)	Ref.	96.42 (82.62–99.35)	93.67 (92.58–94.61)
HPV16/18/58/52 genotyping	7.05 (1197/16,982)	0.06	84.87 (72.67–92.21)	94.04 (92.99–94.95)
HPV16/18/58/52/33 genotyping	7.97 (1353/16,982)	<0.001	87.68 (76.85–93.85)	93.22 (91.83–94.39)
HPV16/18/58/33/31 genotyping	6.85 (1163/16,982)	0.001	91.35 (79.26–96.69)	94.09 (93.02, 95.01)
HPV16/18/58/52/33/31 genotyping	8.57 (1456/16,982)	<0.001	96.24 (81.06–99.35)	92.67 (91.27–93.87)
HPV16/18/58/52/33/31/39/51 genotyping	10.12 (1718/16,982)	<0.001	97.12 (82.60–99.58)	91.40 (89.83–92.75)
Detection of CIN2+ ($n = 223$)				
HPV16/18 genotyping in conjunction with cytology (ASC-US threshold)	7.35 (1248/16,982)	Ref.	94.13 (83.98–98.00)	94.18 (93.19–95.03)
HPV16/18/58/52 genotyping	7.05 (1197/16,982)	0.06	79.09 (71.82–84.88)	94.51 (93.49–95.37)
HPV16/18/58/52/33 genotyping	7.97 (1353/16,982)	<0.001	82.26 (76.23–87.03)	93.70 (92.37–94.81)
HPV16/18/58/33/31 genotyping	6.85 (1163/16,982)	0.001	84.83 (76.73–90.46)	94.57 (93.59–95.41)
HPV16/18/58/52/33/31 genotyping	8.57 (1456/16,982)	<0.001	87.54 (79.39–92.76)	93.13 (91.79–94.26)
HPV16/18/58/52/33/31/39/51 genotyping	10.12 (1718/16,982)	<0.001	90.72 (81.64–95.56)	91.92 (90.38–93.23)

Dun C, et al. Cancer Medicine. 2024;13:e7316.

Sàng lọc đầu tay bằng HPV và phân tầng nguy cơ bằng định type HPV

Triage strategies	Positivity% (no./total no.)	p value	Pooled value% (95% CI) Sensitivity	Specificity
Detection of CIN2+ ($n = 223$)				
HPV16/18 genotyping in conjunction with cytology (ASC-US threshold)	7.35 (1248/16,982)	Ref.	94.13 (83.98–98.00)	94.18 (93.19–95.03)
HPV16/18/58/52 genotyping	7.05 (1197/16,982)	0.06	79.09 (71.82–84.88)	94.51 (93.49–95.37)
HPV16/18/58/52/33 genotyping	7.97 (1353/16,982)	<0.001	82.26 (76.23–87.03)	93.70 (92.37–94.81)
HPV16/18/58/33/31 genotyping	6.85 (1163/16,982)	0.001	84.83 (76.73–90.46)	94.57 (93.59–95.41)
HPV16/18/58/52/33/31 genotyping	8.57 (1456/16,982)	<0.001	87.54 (79.39–92.76)	93.13 (91.79–94.26)
HPV16/18/58/52/33/31/39/51 genotyping	10.12 (1718/16,982)	<0.001	90.72 (81.64–95.56)	91.92 (90.38–93.23)

Sau kết quả sàng lọc đầu tay HPV (+), **định type HPV mở rộng** là phương pháp phân tầng nguy cơ giúp giảm số trường hợp soi CTC mà vẫn giữ được hiệu quả phát hiện và phân tầng nguy cơ.

Dun C, et al. Cancer Med. 2024 Jun;13(11):e7316

FVCOG2024

Lộ trình xây dựng Hướng dẫn ASCCP (cập nhật) liên tục



Updated 8/9/24. Subject to change. Not drawn to scale.

GA-000148

FVCOG2024

ASCCP Enduring Guidelines – Định type mở rộng (extended genotyping)
Bản bình chọn, tháng 6/2024

Định (chủng) type mở rộng được định nghĩa là việc xác định các chủng riêng biệt thêm ngoài các chủng HPV 16, 18 và 45.
Hướng dẫn mới 2024, ngoài HPV 16/18, còn bao gồm các khuyến cáo xử lý cho HPV 31, 45, 33/58, 52, 35/39/68, 51 và 59/56/66

KHUYẾN CÁO ĐỀ XUẤT #1: Định type HPV mở rộng được **chấp nhận** để hướng dẫn quản lý lâm sàng trong trường hợp có kết quả xét nghiệm HPV dương tính (A II)

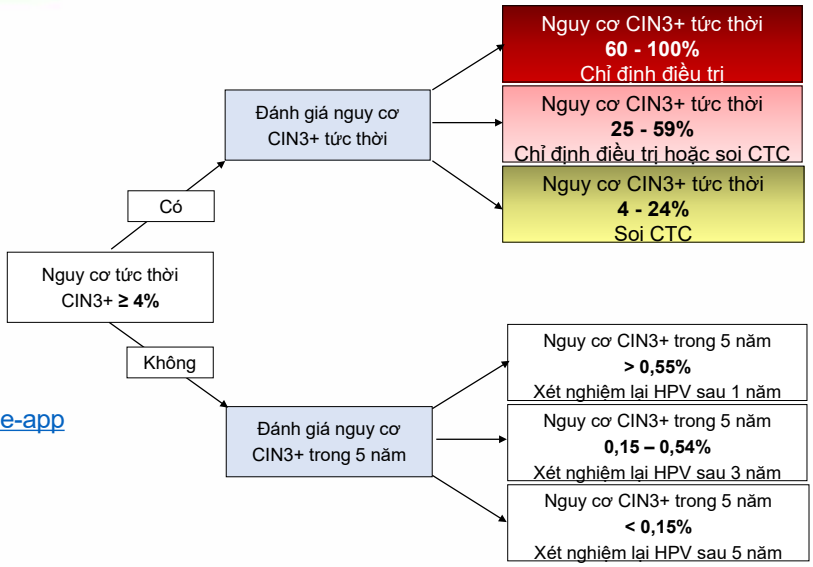
KHUYẾN CÁO ĐỀ XUẤT #2: Khi nhiễm nhiều chủng, việc quản lý theo thứ tự từ chủng có nguy cơ sinh ung thư cao nhất: **16, 18, 45, 33, 31, 52, 58, 35, 39, 51, 59, 56, 68, 66** (A II)

ASCCP. Public Comments on Draft Recommendations for Extended Genotyping. Accessed Sep 2024.

GA-000148

ASCCP, 2019
Phác đồ xử trí kết quả sàng lọc dựa trên nguy cơ

https://app.asccp.org/
https://www.asccp.org/mobile-app



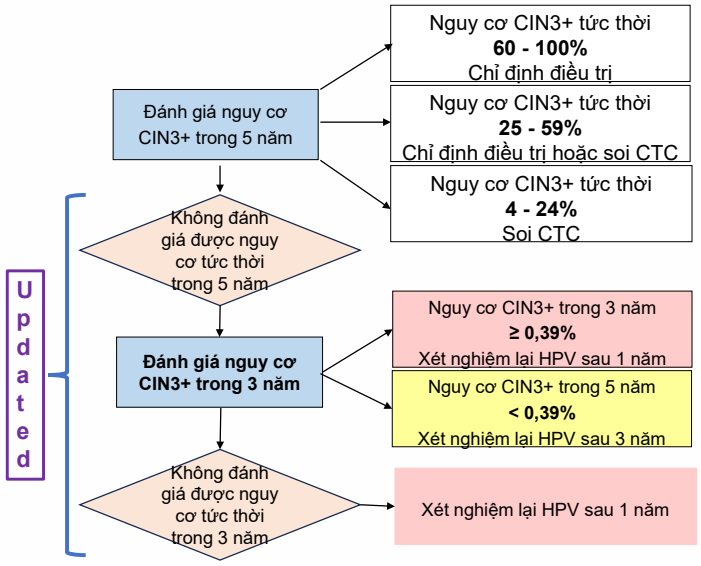
Perkins RB et al. 2019 ASCCP Risk Based Management Consensus Guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis 2020;24:102–31.

GA-000148

FVCOG2024

ASCCP,
cập nhật 2022
Phác đồ xử trí kết quả sàng lọc dựa trên nguy cơ

https://app.asccp.org/
https://www.asccp.org/mobile-app



Enduring Consensus Cervical Cancer Screening and Management Committee. J Low Genit Tract Dis 2022;26: 195–201

GA-000148

FVCOG2024

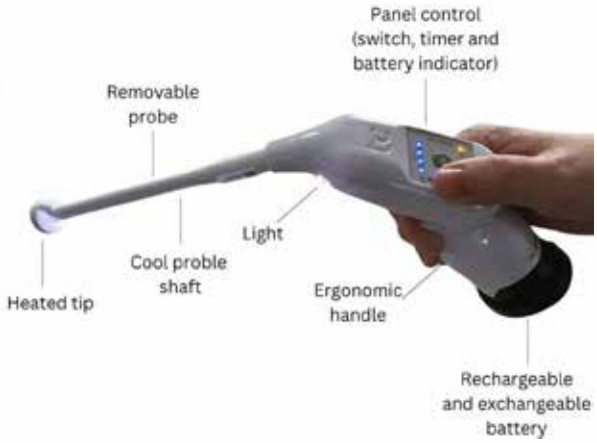
Áp nhiệt cổ tử cung (thermal ablation, cold coagulation)

WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions

WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions
ISBN 978-92-4-155059-8

© World Health Organization 2019





WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions. Geneva, 2019
Basu P. et al. Nature Medicine, 25 June 2024, 30, 2596–204

FVCOG2024

Áp nhiệt cổ tử cung (thermal ablation, cold coagulation)



Trước áp nhiệt



Sau áp nhiệt

Sàng lọc và điều trị ngay sau VIA (+)

	Randomization arm						Total	
	Thermal ablation (TA)		Cryotherapy		LLETZ			
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)	
Follow-up and treatment success								
Participants randomized, - n	1042		1041		1041		3124	
Participants eligible for follow-up, - n (%)	1039	(99.7)	1034	(99.3)	1037	(99.6)	3110	(99.6)
Participants followed up	794	(76.4)	781	(75.5)	811	(78.2)	2386	(76.7)
Participants assessed for treatment success (primary outcome)	790	(76.0)	777	(75.1)	806	(77.7)	2373	(76.3)
Participants with no evidence of disease[a], - n	686		648		683		2017	
Proportion (%)	86.4		83.0		84.2		84.5	
95% CI	(83.9 -	89.0)	(80.8 -	86.3)	(83.2 -	88.3)	(83.8 -	86.8)
Risk ratio (TA versus cryotherapy arm)[b]	1.03		1.00					
95% CI	(0.99 -	1.07)						
Risk ratio (TA versus LLETZ arm)[b]	1.00				1.00			
95% CI	(0.97 -	1.04)						

Basu P. et al. Nature Medicine 25 June 2024, 30, 2596–204

GA-000148
fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Việt Nam: Dự phòng và sàng lọc ung thư cổ tử cung

Việt Nam, … - 2024

TIÊM CHỦNG PHÒNG HPV

- Việt Nam đã cấp phép cho vắc xin HPV từ năm 2008.
- Kế hoạch hành động quốc gia về dự phòng UTCTC giai đoạn 2016-2025: mục tiêu quốc gia nhằm đạt được tỷ lệ tiêm phòng HPV là **25% vào năm 2025**
- Đến cuối năm 2021, tỷ lệ tiêm phòng HPV ở phụ nữ từ 15-29 tuổi là **12%**
- Lộ trình tăng số lượng vắc xin trong **Chương trình tiêm chủng mở rộng** giai đoạn 2021-2030 của Chính phủ (số 104/NQ-CP): đưa vắc xin phòng ung thư cổ tử cung vào chương trình vào **năm 2026 – phấn đấu triển khai thí điểm 2025 cho trẻ nữ 12 tuổi**

SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG:

- Mục tiêu chính của Kế hoạch hành động quốc gia về UTCTC trong giai đoạn 2016-2025 là tiến hành sàng lọc UTCTC cho **60% số phụ nữ ở độ tuổi từ 30-54** vào năm 2025.
- Đến cuối năm 2021, có **28,2% phụ nữ từ 30-49 tuổi** đã từng được xét nghiệm sàng lọc UTCTC, trong đó, 13,6% đã được làm xét nghiệm 1 lần và 14,6% đã được làm xét nghiệm từ 2 lần trở lên.

1. Globocan 2020. 2. Investigation of sustainable development indicators for Vietnamese Children and Women 2020-2021; https://www.unicef.org/vietnam/vi/bao-cao/bao-cao-ve-tien-do-thuc-hien-cac-chi-tieu-phat-trien-bền-vững-của-trẻ-em-và-phụ-nữ-việt-nam. Kế hoạch Hành động Quốc gia về dự phòng và kiểm soát UTCTC giai đoạn 2016-2025. QĐ số 5240/QĐ-BYT,23/09/2016,trang 12.

FVCOG2024

Việt Nam, 2025 - …

Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư CTC của Bộ Y tế

(Đang được cập nhật, bổ sung, 10/2024)

- **Bổ sung:** Vaccine HPV cửu giá / mở rộng độ tuổi chỉ định đến 45 tuổi / nữ và nam
- **Cập nhật:** 2 phương thức tiếp cận trong sàng lọc và xử trí, nhiều phác đồ sàng lọc
  - Sàng lọc – Phân tầng nguy cơ – Điều trị
  - Sàng lọc – Điều trị
- **Cập nhật và bổ sung:** Sàng lọc đầu tay bằng xét nghiệm HPV (TBH và VIA: tiếp tục)
  - HPV DNA, NVYT lấy mẫu hoặc tự lấy mẫu
  - HPV mRNA, NVYT lấy mẫu
  - Xem xét triage bằng định type mở rộng (nếu chưa bao gồm trong sàng lọc đầu tay)
- **Bổ sung:** Xử trí và điều trị
  - Xem xét triage bằng nhuộm kép hóa tế bào miễn dịch (Dual-Stain)
  - Điều trị phá hủy bằng áp nhiệt (thermal ablation)

1. Globocan 2020. 2. Investigation of sustainable development indicators for Vietnamese Children and Women 2020-2021; Việt Nam. Kế hoạch Hành động Quốc gia về dự phòng và kiểm soát UTCTC giai đoạn 2016-2025. QĐ số 5240/QĐ-BYT,23/09/2016,trang 12.

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

GA-000162



CHUNG TAY DẪN LỐI TỪ CHỐI NGUY CƠ UNG THƯ VÀ BỆNH LÝ DO HPV





*Tài liệu chỉ dành cho cán bộ y tế có chuyên môn phù hợp

VN-GSL-01253 05012025

MSD
INVENTING FOR LIFE

HIỆU QUẢ

Hiệu quả của vắc xin HPV ở phụ nữ trưởng thành được xác định



HIỆU LỰC VẮC XIN LÊN ĐẾN 96.7%
ngăn ngừa nhiễm và bệnh lý liên quan HPV

NGHIÊN CỨU V503 - P001

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU	TIÊU CHÍ CHÍNH
Nghiên cứu ngẫu nhiên, quốc tế, đa trung tâm, mù đôi, giai đoạn 2B-3 **trên phụ nữ 16 - 26 tuổi**	Hiệu lực của vắc xin trong việc **ngăn ngừa tỷ lệ mắc kết hợp** của các bệnh và ung thư cổ tử cung, âm hộ và âm đạo liên quan đến HPV týp 31, 33, 45, 52 và 58

NGHIÊN CỨU FUTURE III

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU	TIÊU CHÍ CHÍNH
Thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3, ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng giả dược trên phụ nữ 24 - 45 tuổi	Hiệu lực của vắc xin trong việc **ngăn ngừa tỷ lệ nhiễm kết hợp**, kéo dài ≥ 6 tháng và bệnh về cổ tử cung, cơ quan sinh dục ngoài (bao gồm CIN, VIN, VaIN, AIS, ung thư cổ tử cung, âm hộ hoặc âm đạo và mụn cóc sinh dục) liên quan đến các týp HPV 6, 11, 16 hoặc 18; và chỉ nhiễm riêng lẻ týp HPV 16 hoặc 18

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

96.7%
Ngăn ngừa mắc các bệnh lý cổ tử cung, âm hộ và âm đạo mức độ cao[1,a]

96%
Ngăn ngừa nhiễm HPV dai dẳng[1,a]

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

88.7%
Ngăn ngừa mắc mới kết hợp gồm nhiễm HPV dai dẳng, mụn cóc sinh dục, tổn thương âm hộ và âm đạo, CIN ở bất kỳ cấp độ nào, AIS và ung thư cổ tử cung liên quan đến HPV 6, 11, 16 hoặc 18[2]

66.9%
Ngăn ngừa tái nhiễm và bệnh lý ở phụ nữ 24 - 45 tuổi đã bị nhiễm HPV trước đó (có huyết thanh dương tính)[2]

DỮ LIỆU THẾ GIỚI THỰC HIỆU QUẢ LÂU DÀI VẮC XIN HPV 100%
trong 10 năm theo dõi

0 TRƯỜNG HỢP Mắc mụn cóc sinh dục hoặc CIN liên quan đến các týp HPV 6, 11, 16, 18[3]

*Tài liệu chỉ dành cho cán bộ y tế có chuyên môn phù hợp

VN-GSL-01253 05012025

MSD
INVENTING FOR LIFE

PHÒNG VỆ

Phòng vệ trước gánh nặng bệnh tật liên quan HPV





HPV là một loại vi rút gây u nhú ở người, là bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục phổ biến nhất trên toàn cầu[4]

>8 trong 10 người có hoạt động tình dục sẽ có NGUY CƠ NHIỄM HPV vào một thời điểm nào đó trong đời[4]

>8/10

Người trưởng thành vẫn có NGUY CƠ NHIỄM MỚI HPV[5]

Lên đến ~70% ca nhiễm mới xảy ra ở những người chỉ có 1 bạn tình[5]

~70%

Người trưởng thành vẫn đối mặt với NGUY CƠ TÁI NHIỄM HPV[6,7]

Nguy cơ tái nhiễm lên đến 4 lần với cùng một týp HPV[6] và 20 lần đối với các týp HPV nguy cơ cao[7]

20x lần

Người trưởng thành mắc ung thư liên quan đến HPV có NGUY CƠ PHÁT TRIỂN THÊM các loại ung thư khác cũng liên quan đến HPV[8]

Bệnh nhân mắc ung thư cổ tử cung có nguy cơ mắc ung thư âm hộ, âm đạo cao gấp ~8x lần[8]

~8x lần

[a]Hiệu quả của vắc xin 9vHPV trong việc ngăn chặn tổng số ca bệnh liên quan đến HPV týp 31, 33, 45, 52, 58 gây ra ung thư và các bệnh ở cổ tử cung, âm hộ và âm đạo. N = 14,204.

Tài liệu tham khảo: 1. Joura EA, et al. N Engl J Med. 2015;372(8):711-23. 2. Castellsagué X, et al. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. 3. Maldonado I, et al. Hum Vaccin Immunother. 2022;18(5):2078626. 4. World Health Organization. Questions and answers about HPV vaccination: Information for parents and caregivers. Accessed May 4, 2023. 5. Paul P et al. J Infect Dis. 2021;223:1423–1432. 6. Helen Trottier et al. Cancer Res. 2010,70(21): 8569-8577. 7. Sylvia L et al. PNAS. 2017,114 (51) 13573-13578. 8. Gilbert DC et al. Br J Cancer. 2019;120:256–268.

*Tài liệu chỉ dành cho cán bộ y tế có chuyên môn phù hợp

VN-GSL-01253 05012025

MSD
INVENTING FOR LIFE

VỮNG VÀNG

Vững vàng tiếp cận, tư vấn dự phòng HPV hiệu quả



THÀNH PHẦN

Gồm protein L1 của 9 týp HPV

6	11	16	18	31	33	45	52	58
30µg	40µg	60µg	40µg	20µg	20µg	20µg	20µg	30µg

CHỈ ĐỊNH

NỮ GIỚI 9 – 45 tuổi

Phòng ngừa

- UT (ung thư) cổ tử cung
- UT âm hộ, âm đạo
- UT hậu môn
- Các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản gây ra bởi týp HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58
  Mụn cóc sinh dục gây ra bởi týp HPV týp 6, 11

NAM GIỚI 9 – 45 tuổi

Phòng ngừa

- UT hậu môn
- Các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản hậu môn gây ra bởi các týp HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58
- Các tổn thương bộ phận sinh dục ngoài (bao gồm cả mụn cóc sinh dục) gây ra bởi các týp HPV 6 và 11

LIỀU LƯỢNG

Người từ 9 – 14 tuổi

Phác đồ 2 liều (0, 6 hoặc 12 tháng)

Người từ 15 – 45 tuổi

Phác đồ 3 liều (0, 2 và 6 tháng)

THÔNG TIN AN TOÀN CHỌN LỌC

A. Chống chỉ định

Quá mẫn với các hoạt chất hoặc với bất kỳ tá dược nào của thuốc được liệt kê trong phần "Thành phần".
Những người bị quá mẫn sau khi tiêm Gardasil 9 hoặc Gardasil trước đây không nên dung Gardasil 9.

B. Bảng tóm tắt các phản ứng bất lợi

Các phản ứng bất lợi sau khi tiêm Gardasil 9 xảy ra với tần suất ít nhất 1,0% từ các thử nghiệm lâm sàng.

Nhóm hệ cơ quan	Nhóm hệ cơ quan	Các phản ứng bất lợi
Rối loạn hệ thần kinh	Rất thường gặp	Nhức đầu
	Thường gặp	Chóng mặt
Rối loạn hệ tiêu hóa	Thường gặp	Buồn nôn
Rối loạn toàn thân và tình trạng tại chỗ viêm	Rất thường gặp	Tại chỗ viêm: đau, sưng, ban đỏ
	Thường gặp	Sốt, mỏi mệt Tại chỗ viêm: ngứa, bầm, tím

Xem thêm thông tin sản phẩm ở tờ Hướng dẫn sử dụng

*Tài liệu chỉ dành cho cán bộ y tế có chuyên môn phù hợp

VN-GSL-01253 05012025

MSD
INVENTING FOR LIFE



PGS.TS HOÀNG THỊ DIỄM TUYẾT

Giám đốc Bệnh viện Hùng Vương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1987-1993: Bác sĩ đa khoa - ĐH Y dược TP.HCM
- 2000-2001: Thạc sỹ Y tế công cộng - ĐH Johns Hopkins (USA)
- 2008-2011: Tiến sỹ Sản phụ khoa - ĐH Y dược TP.HCM
- 2020: Phó Giáo sư - ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 1994 - 1999: Bác sĩ điều trị - Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 2001 -2008: Bác sĩ Phó Trưởng khoa - Bệnh viện Từ Dũ - Khoa KHHGĐ
- Từ 2008 - 2009: Bác sĩ Phó Trưởng khoa - Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 2009 – 2010: Bác sĩ Trưởng khoa Hiếm muộn - Bí thư chi bộ khối phòng khám 2- Đảng ủy viên Đảng bộ - Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 11/2010 - 6/2015: Bí thư Chi bộ Khối Phòng khám II- Đảng ủy viên Đảng bộ - Bệnh viện Từ Dũ
- Nhiệm kỳ 2010-2015: Phó Giám đốc - Bác sĩ trưởng khoa Hiếm muộn - Phó Bí thư Đảng bộ
- Nhiệm kỳ 2016-2020: Đại biểu Hội đồng nhân dân TP.HCM - Hội đồng nhân dân TP.HCM
- Từ 6/2015 đến nay: Giám đốc - Bí thư Đảng bộ - Bệnh viện Hùng Vương - Ủy viên Thường vụ Đảng ủy Sở y tế
- Từ 2017 đến nay: Phó chủ nhiệm Bộ môn Sản phụ khoa - Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
- Từ năm 2021 đến nay: Phó Chủ tịch - Hội sản phụ khoa Việt Nam; Phó Chủ tịchLiên chi hội Sản phụ khoa TP.HCM; Phó Chủ tịch Hội bà mẹ và thai nhi TP.HCM
- Nhiệm kỳ 2021-2026: Đại biểu Hội đồng nhân dân TP.HCM - Hội đồng nhân dân TP.HCM
- Từ năm 2023 đến nay: Phó chủ nhiệm Bộ môn Sản phụ khoa - Đại học Quốc gia TPHCM

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả của 54 bài báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế
- Chủ biên 02 cuốn sách chuyên ngành Sản phụ khoa

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 7 giải thưởng khoa học qua các năm 2013, 2017, 2018, 2019, 2020,
- 2021, 2023
- Các bằng khen của Chủ tịch nước, Thủ tướng chính phủ và UBND TP.HCM qua các năm 2013, 2014, 2016, 2018, 2020, 2021, 2022
- 2014: Danh hiệu Thầy thuốc ưu tú
- 2021 và 2022: Được phong tặng Huân chương Lao động hạng Ba

FVCOG2024

NGHỆ THUẬT SỬ DỤNG NỘI TIẾT TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH-MÃN KINH

PGS.TS. BS Hoàng Thị Diễm Tuyết

Giám đốc Bệnh viện Hùng Vương- TP.HCM

NỘI DUNG





1. Giới thiệu rối loạn tiền mãn kinh mãn kinh
2. Chỉ định bổ sung nội tiết trong rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh
3. Chống chỉ định
4. Các thuốc thường sử dụng và chọn lựa
5. Các vấn đề tranh luận khi sử dụng nội tiết trong điều trị rối loạn tiền mãn kinh – mãn kinh

FVCOG2024

MÃN KINH???

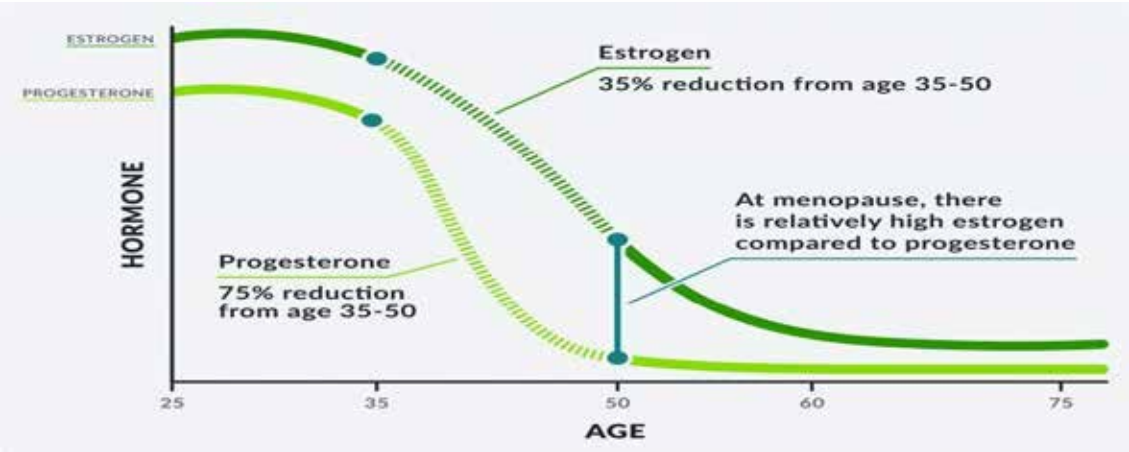


- Mãn kinh: sinh lý/ bệnh lý
- Mãn kinh sinh lý: thời điểm chấm hết giai đoạn sinh sản của phụ nữ.
- Phụ nữ xác định là mãn kinh khi ngưng kinh nguyệt liên tục 12 tháng
- Độ tuổi mãn kinh tự nhiên 48±3 tuổi

FVCOG2024

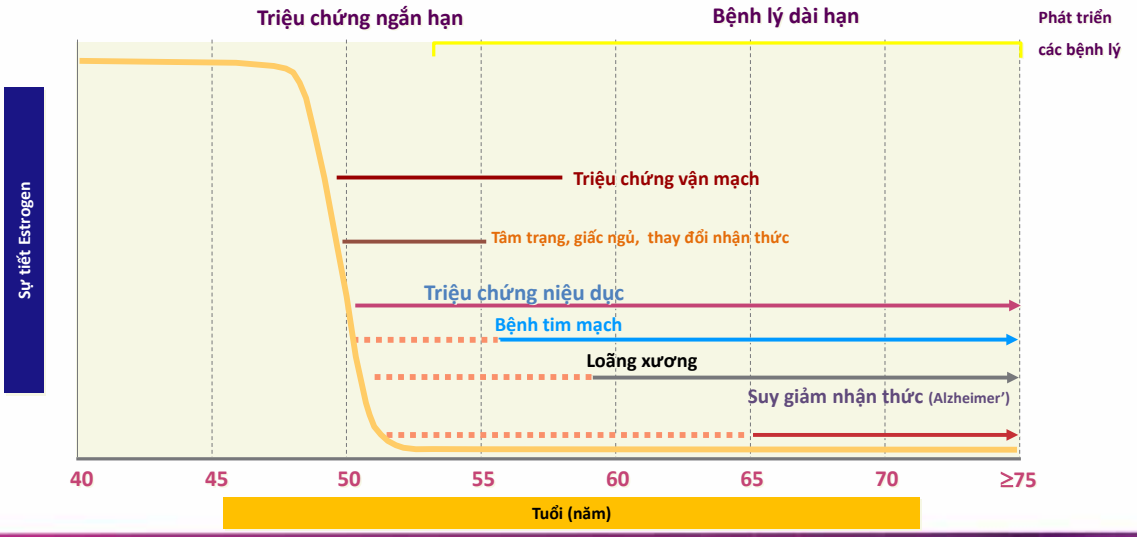
MÃN KINH

- Số lượng nang noãn buồng trứng giảm
- Nội tiết bắt đầu thay đổi:
  - ✓ Estrogen giảm dần
  - ✓ Không có Progesterone vì không rụng trứng



FVCOG2024

GIẢM ESTROGEN VÀ BỆNH LÝ THEO THỜI GIAN



FVCOG2024

MÃN KINH VÀ CHẤT LƯỢNG SỐNG







FVCOG2024

ĐỒNG THUẬN CỦA CÁC HỘI MÃN KINH TRÊN THẾ GIỚI

NAMS The North American Menopause Society

International IMS Menopause Society

NICE National Institute for Health and Care Excellence

ACOG The American College of Obstetricians and Gynecologists

Australasian Menopause Society

AACE

BMS British Menopause Society

MHT là liệu pháp điều trị sử dụng nội tiết bao gồm Estrogen tổng hợp có hay không có phối hợp Progestin để bù đắp lượng thiếu hụt do tình trạng mãn kinh gây ra

FVCOG2024

NHÌN NHẬN VỀ ĐIỀU TRỊ HORMONE TRONG MÃN KINH?

TRƯỚC 2002

Menopausal Hormon Therapy (MHT): 1st line điều trị mãn kinh

2002-2015

WHI 2002

Cân nhắc lợi ích và nguy cơ MHT

2016 ĐẾN NAY

MHT lợi ích vượt trội so với nguy cơ

khi lựa chọn đúng thời điểm sử dụng và đường dùng hợp lý

CHỈ ĐỊNH NỘI TIẾT MÃN KINH

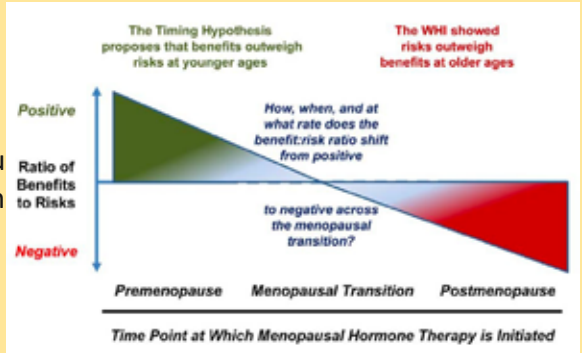


Nội tiết mãn kinh (Menopause hormone therapy MHT): được sử dụng trong 04 nhóm chỉ định

1. Điều chỉnh các rối loạn vận mạch
2. Điều chỉnh rối loạn niệu dục
3. Ngăn ngừa loãng xương ở phụ nữ mãn kinh
4. Suy buồng trứng sớm hay do phẫu thuật

"ĐÚNG" ĐỐI TƯỢNG - GIAI ĐOẠN

- Sử dụng MHT trong **giai đoạn "cửa sổ"**
  - ***PN < 60 tuổi hay mãn kinh < 10 năm***
  - ***PN > 60 tuổi, nguy cơ nhiều hơn lợi ích***
- **Cá thể hóa điều trị** theo độ tuổi, triệu chứng, nhu cầu của bệnh nhân và bệnh lý kèm theo



MHT (Menopause Hormonal Therapy) de Villiers TJ, et al. Climacteric 2013;16:203-204.

FVCOG2024

ĐƯỜNG DÙNG ESTROGEN

- **Đường dùng**
  - Viên uống (Estradiol valerate, 1-2 mg)
  - Estrogen qua da
    - Miếng dán (chưa phổ biến tại VN)
    - ***Gel bôi qua da (17-β Estradiol)***
  - Estrogen tại chỗ (tác dụng tại âm đạo)





FVCOG2024

LIỀU DÙNG ESTROGEN - "ĐỦ LIỀU"

- Estrogen liều thấp ít có tác động lên đông máu và viêm mạch
- Có thể dùng liều thấp tăng dần đạt đến liều điều trị
- Nên sử dụng liên tục, không ngưng cắt quãng

	Estradiol viên uống (mg)	Estradiol miếng dán qua da (mcg)	Estradiol gel bôi qua da (mg)
Liều chuẩn	2	50	1,5 (2 nhát bơm)
Liều thấp	1	25	0,75











SỬ DỤNG PROGESTOGEN TRONG MHT

- **Progestogen bảo vệ nội mạc TC, chống lại tăng sinh NMTC của estrogen**
- **PN sau mãn kinh,còn TC :** Liệu pháp nội tiết nên bao gồm estrogen và progestogen để giảm thiểu nguy cơ tăng sản nội mạc TC
  - **PN mới mãn kinh: mới mãn kinh 1 năm -> estrogen liều thấp kết hợp với ít nhất 12-14 ngày progesterone mỗi tháng**
  - **PN mãn kinh >1 năm: liều thấp Estrogen và progesterone hàng ngày an toàn đối với nội mạc TC**
- PN đã cắt TC chỉ cần sử dụng Estrogen, tuy nhiên nếu:
  - Cắt TC do ung thư nội mạc TC
  - Cắt TC do bệnh lý lạc nội mạc TC
  - Cắt TC bán phần

→ Sử dụng Progestogen phối hợp Estrogen



North American Menopause Society. Menopause. 2012;19:257-71; Sturdee D W, et al. Climacteric 2011;14:302-20. Furness S, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD000402.

THỜI GIAN SỬ DỤNG MHT

- PN cắt buồng trứng, suy BT sớm: sử dụng ít nhất đến tuổi mãn kinh trung bình
- PN cắt TC: Estrogen đơn thuần
- Thời gian sử dụng - ***không có lý do gì để hạn chế thời gian sử dụng MHT***
- (IMS 2016, NAMS 2017) ở PN:
  - *Khỏe mạnh, cảm thấy hài lòng với MHT,*
  - *Đã bắt đầu sử dụng MHT khi tuổi < 60, mãn kinh < 10 năm và trong quá trình sử dụng MHT không có tác dụng phụ, không có biến chứng.*
  - *Ngưng: từ từ, giảm liều*
  - *50% PN : các triệu chứng sẽ xuất hiện trở lại -> xem xét MHT tiếp tục hoặc liệu pháp không nội tiết.*
- Liệu pháp Estrogen đơn thuần: **7 năm, an toàn**
- Liệu pháp Estrogen + Progesterone: **5 năm, an toàn**

FVCOG2024

CÁC THÔNG TIN CẦN LƯU Ý KHI TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ MÃN KINH

1. **Tuổi** → MK sớm < 40t | MK/tiền MK 45 - 54t | Sau MK > 55t
2. **Biểu hiện lâm sàng** → Triệu chứng toàn thân | Triệu chứng tại chỗ; NHẸ | TRUNG BÌNH | NẶNG
3. **Tầm soát bệnh đi kèm** → Ung thư vú | Tăng sinh/ung thư NMTC; Ung thư cổ TC | U xơ TC; Bệnh lý kèm: béo phì, đái tháo đường, tăng lipid máu, cao huyết áp...
4. **Mong muốn điều trị của cá nhân** → NỘI TIẾT | KHÔNG NỘI TIẾT; CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG; CẢI THIỆN VỀ SỨC KHỎE TÌNH DỤC



FVCOG2024

LỰA CHỌN PHÁC ĐỒ NỘI TIẾT

Phác đồ ngắt quãng theo chu kì (Cyclical MHT)

- Sử dụng 17β gel bôi qua da mỗi ngày (2 nhát bơm)
- Sử dụng Progesterone micronized đường uống 200mg, 12-14 ngày cuối chu kì
- Khi ngưng thuốc 3-4 ngày vào cuối chu kì thì ra máu kinh (giả lập chu kì kinh) thích hợp cho PN giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh < 1 năm

E2 P | E2 P | E2 P | E2 P | E2 P

Phác đồ liên tục (Continuous combined MHT)

- Sử dụng 17β gel bôi qua da mỗi ngày (2 nhát bơm) + Progesterone micronized đường uống 100 mg liên tục
- Phác đồ liên tục thích hợp PM sau mãn kinh > 1 năm

E2
P

FVCOG2024

ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN MÃN KINH

BỆNH SỬ - TIỀN SỬ
- KHÁM LÂM SÀNG

↓

CÁ THỂ HÓA
ĐIỀU TRỊ

↓

THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

↓

NGƯNG ĐIỀU TRỊ

THAY ĐỔI LỐI SỐNG

- Thể dục (đi bộ, yoga) + giảm cân + chế độ ăn uống
- Tránh hút thuốc lá, hạn chế muối và rượu
- Tham gia các hoạt động xã hội, giữ tinh thần thoải mái

LIỆU PHÁP NỘI TIẾT MHT

- PN có triệu chứng từ trung bình-nặng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống
- Bắt đầu sử dụng ở giai đoạn "cửa sổ"
- Cân nhắc lợi ích và nguy cơ

LIỆU PHÁP KHÔNG NỘI TIẾT

- PN có triệu chứng nhẹ-trung bình
- Mong muốn giải pháp không nội tiết

DÀNH THỜI GIAN TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ MÃN KINH VÀ HIỂU ĐƯỢC NHU CẦU - MONG MUỐN CỦA HỌ

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

NHỮNG QUAN NGẠI KHI SỬ DỤNG NỘI TIẾT MÃN KINH



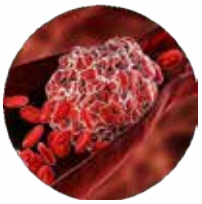
fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

TÁC DỤNG PHỤ CỦA MHT
LO NGẠI CỦA CẢ BS VÀ BỆNH NHÂN?

UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG





HUYẾT KHỐI



ĐỘT QUỴ





UNG THƯ VÚ

FVCOG2024

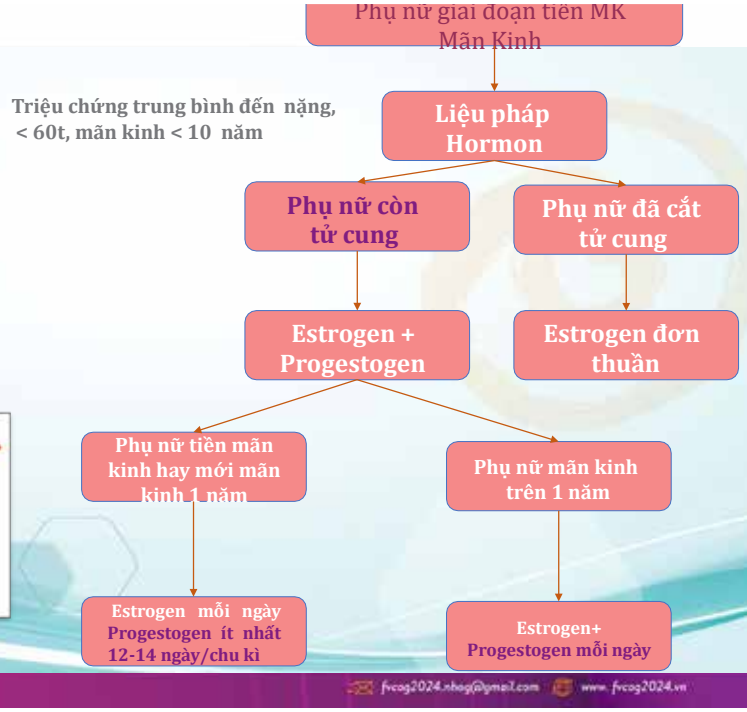
MHT VÀ NGUY CƠ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG?

SỬ DỤNG PROGESTOGEN KÈM ESTROGEN ĐỂ BẢO VỆ NMTC (KHUYẾN CÁO IMS, NAMS, BMS)

International IMS Menopause Society
Promoting education and research on midlife women's health

BMS British Menopause Society

NAMS The North American Menopause Society



MHT VÀ NGUY CƠ UNG THƯ VÚ?

- Mối liên quan giữa nguy cơ ung thư vú với MHT ở phụ nữ > 50 tuổi khá phức tạp
- ***Nguy cơ tăng chủ yếu liên quan đến việc bổ sung progestogen tổng hợp kết hợp với estrogen và thời gian sử dụng* [B]**
- **Nguy cơ có thể thấp hơn với micronized progesterone hoặc dydrogesterone [C]**
- Nguy cơ do MHT thấp và giảm khi ngưng điều trị [B]

International IMS Menopause Society



IMS Recommendation. The Climateric 2016; 19: 109-50

MHT VÀ NGUY CƠ HUYẾT KHỐI?



Taylor & Francis

REVIEW
MENOPAUSE

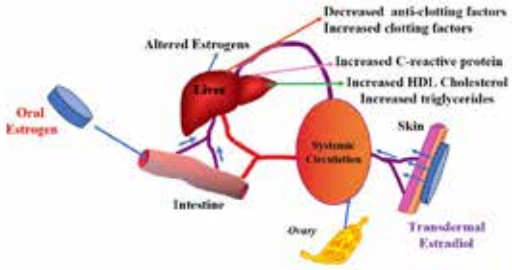
OPEN ACCESS

Review of menopausal hormone therapy with estradiol and progesterone versus other estrogens and progestins

Shelli Graham, David F. Archer, James A. Simon, Kathleen M. Ohleth and Brian Bernick

➢ **Nguy cơ gây huyết khối**
Estradiol đường uống -> Estradieol qua da

***Estrogen qua da chuyển hóa trực tiếp vào máu, hạn chế chuyển hóa liều đầu qua gan**
*** Giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch khi dùng lâu dài**
*** Không ảnh hưởng xấu đến lipid máu**
***Nồng độ trong máu sẽ ổn định trong quá trình điều trị**



Graham S, Archer DF, Simon JA, Ohleth KM, Bernick B. Review of menopausal hormone therapy with estradiol and progesterone versus other estrogens and progestins. Gynecol Endocrinol. 2022 Sep 8:1-20.

FVCOG2024

MHT VÀ NGUY CƠ ĐỘT QUỴ ?



RECOMMENDATION: The use of transdermal estrogen preparations should be considered as less likely to produce thrombotic risk and perhaps the risk of stroke and CAD.

ENDOCRINE PRACTICE Vol 23 No. 7 July 2017 869

KHUYẾN CÁO AACE HỘI NỘI TIẾT HOA KỲ 2017

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY POSITION STATEMENT ON MENOPAUSE–2017 UPDATE

Rhoda H. Cobin, MD, MACE[1]; Neil F. Goodman, MD, FACE[2]; on behalf of the AACE Reproductive Endocrinology Scientific Committee

Estrogen qua da được xem là ít có khả năng liên quan huyến khối, đột quỵ và bệnh mạch vành (CAD coronary artery disease)

FVCOG2024

KẾT LUẬN



- Sử dụng liệu pháp nội tiết tốt nhất khi người PN mãn kinh < 60 tuổi hay < 10 năm
- Estrogen qua da hạn chế các nguy cơ tác dụng phụ như huyết khối, đột quỵ, đã được khuyến cáo
- Progesterone cần thiết để hạn chế tác dụng phụ trên nội mạc TC ở các PN còn TC. Progesterone tự nhiên dạng mịn được HAY Dydrogesterone chứng minh hạn chế nguy cơ UT vú khi sử dụng
- Cá thể hóa điều trị trên từng đối tượng PN mãn kinh



CHÂN THÀNH CẢM ƠN!

Abbott



Dydrogesterone
17ß - Hemihydrate Estradiol

LIỆU PHÁP
NỘI TIẾT MÃN KINH,
NÂNG CAO
CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

NGUỒN GỐC TỰ NHIÊN

- Không tăng nguy cơ tim mạch[1], huyết khối[2]
- Không tăng nguy cơ ung thư vú[3]

THUẬN TIỆN VÀ DỄ SỬ DỤNG

- 17β-estradiol phối hợp Dydrogesterone trong 1 viên
- Sử dụng liên tục, không lo quên thuốc

ĐƯỢC KHUYẾN CÁO BỞI HƯỚNG DẪN QUỐC GIA

- Cải thiện triệu chứng thiếu hụt nội tiết[4]
- Phòng ngừa loãng xương[5,6]
- Cải thiện tình trạng da[7] và chất lượng giấc ngủ[8]

*bắt đầu sử dụng trước 60 tuổi hoặc trong vòng 10 năm sau mãn kinh

1. Schneider C et al. Circulation 2009;12:445-53. 2. Vongpatanasin [illegible] 2009;364:[illegible]. 3. Fournier A et al. Breast Cancer Res Trans. 2008;[illegible]. 4. Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc [illegible] 2016. 5. Lewis R, Stevenson J C. Osteoporosis Int. 2001;12(4):[illegible]. 6. Stevenson C et al. Maturitas. 2001;[illegible]. 7. Sahu [illegible] et al. Cosmetoderm 2001;[illegible]. 8. Amy L. Fox Menop J. 1995;[illegible]

VTM 2320882 (v1.1)



BSCKII. NGUYỄN BÁ MỸ NHI

Giám Đốc Trung Tâm Sản Phụ khoa - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, TP. Hồ Chí Minh

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1982 – 1988: Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, hệ Ngoại – Sản tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
- 1992 – 1993: Chứng nhận đào tạo Sản Phụ khoa nâng cao sau đại học tại Đại học Nice Sophia - Antipolis, Cộng hoà Pháp.
- Chứng nhận đào tạo Phẫu thuật nội soi buồng tử cung tại Đại học Paris Sud, Cộng hoà Pháp.
- 1996 – 1997: Chứng nhận đào tạo Phẫu thuật nội soi trong Phụ khoa tại Đại học Auvergne - Clermont Ferrand, Cộng hoà Pháp.
- 1999 – 2001: Chương trình Sau đại học, Bác sĩ Chuyên khoa I chuyên ngành Sản Phụ Khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- 2003 - 2005: Chương trình sau đại học, Bác sĩ Chuyên khoa II chuyên ngành Sản Phụ Khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1989 – 1997: Bác sĩ điều trị các khoa Bệnh viện Từ Dũ (Khoa Sanh, Khoa Sản bệnh, Khoa Khám bệnh, Khoa Phụ)
- 1997 – 2003: Trưởng khoa Nội soi Bệnh viện Từ Dũ
- 2003 – 2007: Phó trưởng khoa các khoa bệnh viện Từ Dũ (Sản bệnh, Khoa Sanh, Khoa bệnh nguyên bào nuôi và Ung bướu phụ khoa)
- 2007 – 2014: Trưởng khoa Nội soi, kiêm Phó Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến Bệnh viện Từ Dũ
- 2014 – 7/2020: Phó Giám Đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện Từ Dũ
- 2020 - nay: Chủ tịch Hội Hộ Sinh TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
- 2021 – nay: Giám Đốc Trung Tâm Sản Phụ Khoa, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

Là tác giả, đồng tác giả 13 bài báo báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế

FVCOG2024

DỰ PHÒNG VÀ QUẢN LÝ BIẾN CHỨNG NẶNG TRONG NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT NHÂN XƠ DƯỚI NIÊM MẠC

BS. NGUYỄN BÁ MỸ NHI
TRUNG TÂM SẢN PHỤ KHOA
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH – TP. HỒ CHÍ MINH



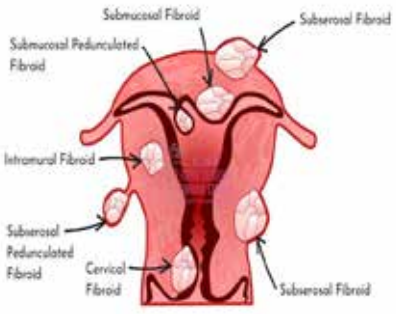
FVCOG2024

NHÂN XƠ TỬ CUNG LÀ BỆNH LÝ ẢNH HƯỞNG NHIỀU MẶT



20% to 50%: symptomatic

considerable social & economic impact

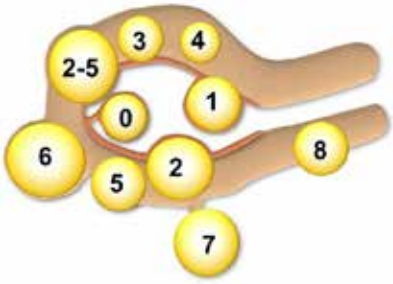


Commandeur AE, et al (2016). Hum Reprod Update 21: 593.

PHÂN LOẠI NXTC DƯỚI NIÊM MẠC (FIGO 2018)

FIGO
Leiomyoma
Subclassification System

Polyp	Submucous	Coagulopathy
Adenomyosis	Other	Ovulatory dysfunction
Leiomyoma		Endometrial
Malignancy & hyperplasia		Iatrogenic
		Not otherwise classified



SM - Submucous	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
O - Other	5	Subserous ≥50% intramural
	6	Subserous <50% intramural
	7	Subserous pedunculated
	8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)
Hybrid (contact both the endometrium and the serosal layer)	2-5	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below: Submucous and subserous, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively

Int J Gynecol Obstet 2018; 143: 393–408

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA U XƠ TỬ CUNG

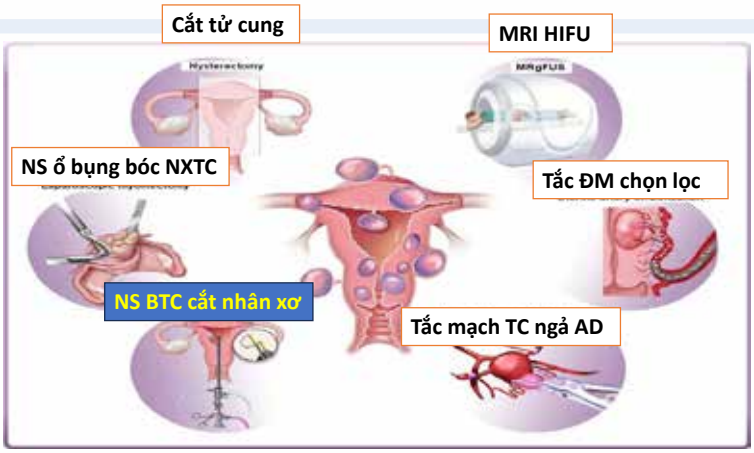
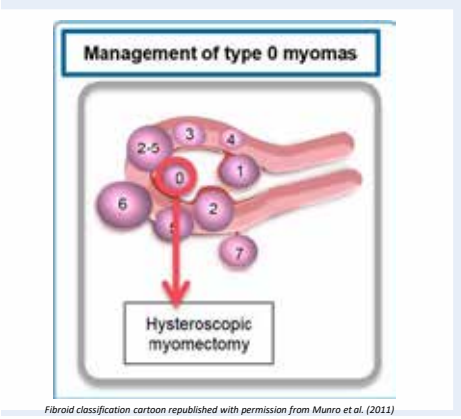


Figure 4 Current surgical and non-surgical management strategies of myomas. Left panel: hysterectomy, laparoscopic myomectomy and hysteroscopic myomectomy are the most widely used surgical interventions for myomas. Right panel: alternatives to surgical intervention include uterine artery embolization (UAE), high-frequency magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery (MRgFUS) and vaginal occlusion of uterine arteries.

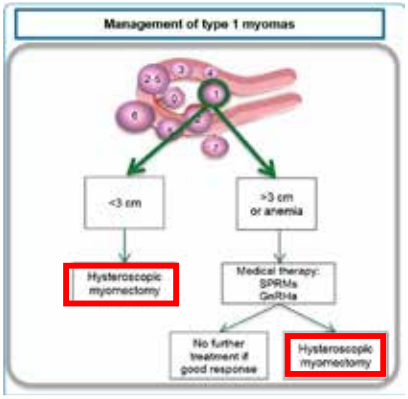
FVCOG2024

UXTC LOẠI 0



Fibroid classification cartoon republished with permission from Munro et al. (2011)

UXTC LOẠI 1



Fibroid classification cartoon republished with permission from Munro et al. (2011)

Điều trị phụ thuộc kích thước UXTC, mức độ thiếu máu, kỹ năng và kinh nghiệm của PTV….

Hman Reproduction Update, Vol.22, No.6 pp. 665–686, 2016 Jacques Donnez1,* and Marie-Madeleine Dolmans2

FVCOG2024

Dựa vào mức độ xâm lấn vào BTC và góc hợp bởi u xơ và thành cơ TC

- **Grade 0 (G0)**: khu trú trong BTC, có cuống
- **Grade 1 (G1)**: phát triển về BTC, **> 50%** trong BTC, góc hợp bởi UXTC và thành TC **nhọn < 90 độ**
- **Grade 2 (G2)**: phát triển trong cơ TC, **< 50%** trong BTC, góc hợp bởi UXTC và thành TC **tù > 90 độ**

PHÂN LOẠI UXTC DƯỚI NIÊM QUA NS BTC

HIỆP HỘI PT NỘI SOI CHÂU ÂU - ESGE



Wansteker & CS, 1993

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHÂN LOẠI UXTC DƯỚI NIÊM QUA NSBTC THEO STEP – W

PHÂN LOẠI STEP –W,
dựa vào các yếu tố:
1.Kích thước (**S**ize)
2.Định khu (**T**opography)
3.Sự trải rộng (**E**xtension base)
4.Độ xâm lấn vào cơ tử cung (**P**enetration)
5. U xơ nằm thành bên (**L**ateral **W**all)

Hysteroscopic Myomectomy

STEP-W Classification

	Size (cm)	Topography	Extension Base	Penetration	Lateral Wall	
0	≤ 2	Low	≤ 1/3	0		TOTAL
1	> 2 to 5	Middle	>1/3 - 2/3	≤ 50%	+1	
2	> 5	Upper	> 2/3	> 50%		

STEP-W (Lasmar.RB & CS, 2005)

FVCOG2024

THE JOURNAL OF MINIMALLY INVASIVE GYNECOLOGY





Special Article

AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Submucous Leiomyomas

AAGL: *Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide*

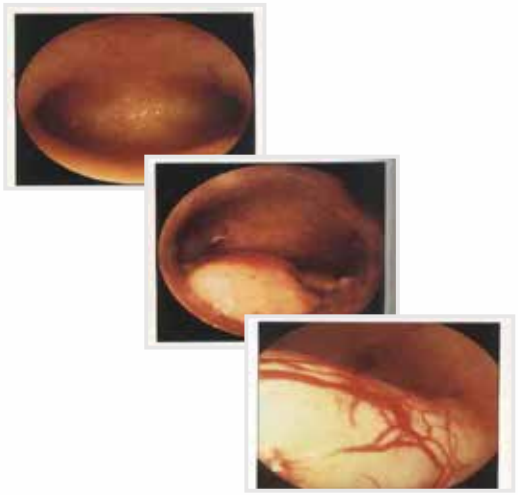
Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 19, No 2, March/April 2012

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

NS BTC PHẪU THUẬT CẦN

- Phương tiện làm căng BTC
- Tối ưu hoá tầm nhìn và hình ảnh trong BTC
- Chuẩn bị cổ TC
- Trang thiết bị phù hợp, đầy đủ
- PTV phải được:
  - Huấn luyện và nắm nguyên tắc PT
  - Có kiến thức sử dụng dịch làm căng BTC
  - Biết nhận diện – xử trí tai biến
  - .....



FVCOG2024

PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG





Distention medium flow through resectoscope



Traditional resectoscopes are designed for monopolar electrodes and require nonconductive distension media to allow completion of the electrical circuit, such as Glycocolle, Sorbitol...

Monopolar mode



Small-diameter bipolar electrodes or laser fibers can be passed through the instrument channel of most standard hysteroscope sheaths 5 mm or greater in diameter. Bipolar resectoscopes require the use of conductive media, such as Normal saline

Bipolar mode

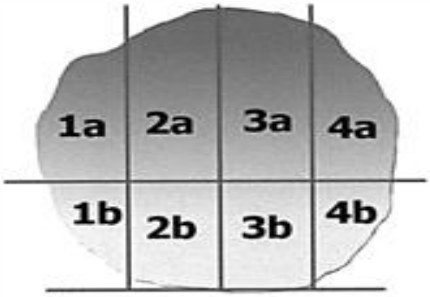
Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques

Attilio Di Spiezio Sardo[1,4], Ivan Mazzon[2], Silvia Bramante[1], Stefano Bettocchi[3], Giuseppe Bifulco[1], Maurizio Guida[1] and Carmine Nappi[1]

[1]Department of Gynaecology and Obstetrics, and Pathophysiology of Human Reproduction, University of Naples 'Federico II', Italy; [2]Endoscopic Gynecologic Unit, Nuova Villa Claudia, Rome, Italy; [3]Department of General and Specialistic Surgical Sciences, Section of Obstetrics and Gynaecology, University of Bari, Bari, Italy

KỸ THUẬT CẮT UXTC DƯỚI NIÊM TYPE 0

- Phân khu khối NXTC thành hai nửa
- Mỗi nửa được cắt bắt đầu từ bờ tự do, cắt từ trên xuống hướng về phía thành TC
- Điện cực cắt đốt luôn được nhìn thấy và chỉ được phép kéo hướng từ đáy TC về PTV
- Dùng kẹp/ muỗng nạo hỗ trợ lấy mô trong lòng TC



Intracavitary

TYPE 0

FVCOG2024

Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques

Attilio Di Spiezio Sardo[1,4], Ivan Mazzon[2], Silvia Bramante[1], Stefano Bettocchi[3], Giuseppe Bifulco[1], Maurizio Guida[1] and Carmine Nappi[1]

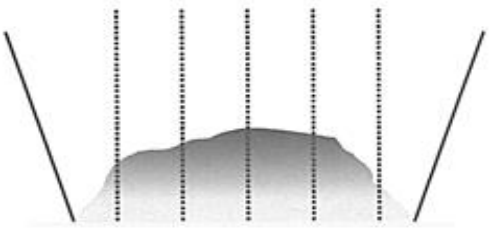
[1]Department of Gynaecology and Obstetrics, and Pathophysiology of Human Reproduction, University of Naples 'Federico II', Italy; [2]Endoscopic Gynecologic Unit, Nuova Villa Claudia, Rome, Italy; [3]Department of General and Specialistic Surgical Sciences, Section of Obstetrics and Gynaecology, University of Bari, Bari, Italy

KỸ THUẬT CẮT UXTC DƯỚI NIÊM TYPE 1, 2

Áp dụng cho NXTC kích thước > = 5cm và type 1, 2

Thì 1: cắt phần nhô vào trong BTC, sau đó đánh giá tiếp, nếu không có khả năng lấy hết (NXTC type 2), sẽ:

Thì 2: cắt phần còn lại sau 2 - 3 chu kỳ kinh



Partially intramural

Type 1,2

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

BIẾN CHỨNG NS BTC TRONG CẮT UXTC



AOGS COMMENTARY

Complications in operative hysteroscopy – is prevention possible?

MEE KRISTINE AAS-ENG[1], ANTON LANGEBREKKE[1] & GERNOT HUDELIST[2]

[1]Department of Obstetrics and Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway, and [2]Department of Gynecology, Hospital St. John of God, Vienna, Austria

1. Biến chứng sớm:
   - Rách cổ TC
   - Thủng TC
   - Chảy máu
   - Quá tải dịch
   - Nhiễm trùng
   - …
2. Biến chứng muộn:
   - Dính buồng tử cung
   - Hẹp dính kênh cổ TC
   - Còn sót tổn thương
   - Ứ máu lòng TC
   - …

Aas-Eng MK, Langebrekke A, Hudelist G. Complications in operative hysteroscopy – is prevention possible? Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96:1399–1403.

FVCOG2024

BIẾN CHỨNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY BIẾN CHỨNG

Table 2. Potential Complications, Incidence, and Risk Factors of Hysteroscopy

Potential Complication	Incidence	Risk Factors
Perforation	0.12% to 1.61%*†‡	Blind insertion of instruments, cervical stenosis, anatomic distortion (eg, leiomyomas and congenital anomalies, intrauterine adhesions, myometrial thinning, and uterine malposition [extreme anteversion or retroversion])
Air and gas embolism (clinically significant)	0.03% to 0.09%§‖	Repetitive instrumentation through cervix, inadequate purging of air from tubing and instruments, excessive intrauterine pressure
Fluid overload	0.20%†	Excessive absorption of any distending fluid, resection of large or deep lesions and high intrauterine pressure; increased risk of hyponatremia with use of electrolyte-free distending media, and cerebral edema with hypotonic distending media.
Hemorrhage	0.03% to 0.61%*†¶	Cervical laceration, uterine perforation, adhesiolysis, resection of cavitary lesions
Vasovagal reaction	0.21% to 1.85%#	Triggering of parasympathetic nervous system during manipulation of the cervix and instrumentation of the cervical canal or uterine cavity

*Aydeniz B, Gruber IV, Schauf B, Kurek R, Meyer A, Wallwiener D. A multicenter survey of complications associated with 21,676 operative hysteroscopies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;104:160–4.

†Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TC. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. Obstet Gynecol 2000;96:266–70.

‡Agostini A, Cravello L, Bretelle F, Shojai R, Roger V, Blanc B. Risk of uterine perforation during hysteroscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002;9:264–7.

§Brandner P, Neis KJ, Ehmer C. The etiology, frequency, and prevention of gas embolism during CO(2) hysteroscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999;6:421–8.

‖Vilos GA, Hutson JR, Singh IS, Giannakopoulos F, Rafea BA, Vilos AG. Venous gas embolism during hysteroscopic endometrial ablation: report of 5 cases and review of the literature [published online May 14, 2019]. J Minim Invasive Gynecol. DOI: 10.1016/j.jmig.2019.05.003.

¶Agostini A, Cravello L, Desbriere R, Maisonneuve AS, Roger V, Blanc B. Hemorrhage risk during operative hysteroscopy. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:878–81.

#Agostini A, Bretelle F, Ronda I, Roger V, Cravello L, Blanc B. Risk of vasovagal syndrome during outpatient hysteroscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004;11:245–7.

CA LÂM SÀNG 1:
Chảy máu sau NS BTC cắt đa u xơ dưới niêm (2013)

- BN nữ 40 tuổi, PARA 2023, hành kinh ra nhiều và hay mệt
- **SA ngả AĐ: NXTC** L1 (34 x 21x 30 mm; 15 x18x 33 mm), L2 (32 x 28 x 38 mm)
- **Chẩn đoán:** Cường kinh – thiếu máu mãn do NXTC L1, L2
- **Điều trị:** NS BTC cắt nhân xơ (N7 CKK) / thời gian PT 45 phút, nước vào 8000 ml, nước ra bằng 7000 ml , máu mất trong mổ 100 ml
- **Ghi nhận trong mổ:** 4 NXTC L1 từ 1- 4 cm; 1 NXTC L2 4 cm
- Sau PT 1 giờ huyết AD 200 ml → chèn Foley & bơm 40 cc/ sinh hiệu ổn
- Sau PT 2 giờ máu ra thêm 400 ml qua Foley / M 120, HA 8/6 cmHg / BN mệt nhiều, da niêm xanh
- **Quyết định mổ lại** cắt TC chừa 2 buồng trứng.
- **Mấu mất tổng cộng 1000 ml → truyền máu**

CHẢY MÁU

- Chảy máu (0,16%) do tổn thương nội mạc TC, ĐM TC, mạch máu vùng chậu
- Chảy máu nghiêm trọng là 0,61% (NC tiền cứu 2116 NS BTC PT)
- Nguy cơ chảy máu sau cắt dính lòng TC cao gấp 5 lần so với cắt NMTC TC, polyp hoặc NXTC
- **Xử trí:**
  - Bóng chèn Foley
  - Thuyên tắc ĐM
  - Cắt tử cung
  - .....

Aas-Eng MK, Langebrekke A, Hudelist G. Complications in operative hysteroscopy – is prevention possible? Acta Obstet Gynecol Scand 2017; 96:1399–1403.

Propst A. Complications of hysteroscopic surgery: predicting patients at risk. Obstet Gynecol. 2000;96:517–20.

FVCOG2024

Table I. Hemorrhage complications according to operative hysteroscopic indications

Type of procedure (*n*)	Complications (*n*)	%
Synechiolysis (199)	5	2.51
Uterus septa section (90)	0	0.00
Fibroma resection (782)	3	0.38
Polyp resection (422)	2	0.47
Endometrectomy (623)	3	0.48
Total (2116)	13	0.61

Table III. Hemorrhage risk in the literature

Year	Authors	*n*	Haemorrhage (%)
1992	Hill et al. (8)	850	0.8
1995	Scottish Hysteroscopy Audit Group* (9)	978	3.6
1996	O'Connor and Magos (10)	525	0.6
1997	Nicoloso et al.* (6)	2757	0.11
2000	Jansen et al.* (5)	2515	0.16
Present study	Agostini et al. (5)	2116	0.61

*Multicenter study.

Agostini A, Cravello L, Desbriere R, Maisonneuve AS,Roger V, Blanc B. Hemorrhage risk during operative hysteroscopy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81:878–81

FVCOG2024

ORIGINAL ARTICLE

Hemorrhage risk during operative hysteroscopy

AUBERT AGOSTINI, LUDOVIC CRAVELLO, RAOUL DESBRIÈRE, ANNE SOPHIE MAISONNEUVE, VALÉRIE ROGER AND BERNARD BLANC

From the Department of Obstetrics & Gynecology, La Conception Hospital, Marseille Cedex, France

Uterine hemorrhage is a rare complication of operative hysteroscopy, and it occurs m
ef rs.
In ce
of uterine artery embolizations through interventional radiology in hysteroscopic hemorrhage complications.

- Xuất huyết TC hiếm gặp, thường gặp trong NS BTC PT cắt dính BTC
-Bóng chèn bằng Foley được khuyến cáo để cầm máu
-Nếu thất bại có thể phải cắt TC, hoặc thuyên tắc mạch …

Agostini A, Cravello L, Desbriere R, Maisonneuve AS,Roger V, Blanc B. Hemorrhage risk during operative hysteroscopy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81:878–81

CA LÂM SÀNG 2:
Thủng tử cung và rách tĩnh mạch châu ngoài (2012)

- BN nữ 39 tuổi, PARA 2002, Hành kinh nhiều, kéo dài > 8 ngày, 2 lần MLT
- **SA ngả AD**: NXTC L1 ở thành trước TC gần đáy góc trái, 30 x 44x 37mm
- **Chẩn đoán:** NXTC L1 gây cường kinh / MLT 2 lần
- **Điều trị:** NS BTC cắt nhân xơ
- **Ghi nhận PT:** vào BTC khó do CTC cứng bị kéo cao, thao tác trong BTC khó khăn do BTC hẹp có máu, sau cắt được 1 phần nhan xơ, phẫu trường không quan sát rõ tiếp được do chảy máu nhiều; kíp gây mê báo động huyết áp giảm nhanh, mạch nhanh nhẹ
- **Quyết định mổ bụng:** rất nhiều máu sậm loãng lẫn máu đông vùng hạ vị, TC **thủng 1 cm ở đáy góc trái, rách tĩnh mach chậu ngoài trái**
- **Báo động đỏ (**CK mạch máu / huyết học/ tim mạch/ hồi sức tích cực…hổ trợ)
- BN không qua được sau 2 giờ hồi sức tích cực tại phòng mổ

Complications of operative hysteroscopy (based on [63]).

Complication	Incidence (%)
Hemorrhage requiring red blood cell transfusion or hemostatic intervention	0.00–0.16
Uterine perforation	0.12–3.00
Infection	0.01–1.42
Operative hysteroscopy intravascular absorption syndrome (using isotonic solutions)	
Mild (absorption of 1000–2000 mL) 5–10%	5.00–10.00
Sever (absorption of > 2000 mL) < 1%	<1
Intrauterine adhesions unknown	Unknown
Resection of multiple *vs.* singe myomas	45.50 *vs.* 31.30*

Aas-Eng MK, Langebrekke A, Hudelist G. Complications in operative hysteroscopy - is prevention possible? Acta Obstet Gynecol Scand 2017;96 (12):1399–403.

FVCOG2024

THỦNG TỬ CUNG VÀ TỔN THƯƠNG CƠ QUAN TRONG Ổ BỤNG

- Biến chứng phổ biến (0,12–3%)
- Thủng TC:
  - nong cổ TC → không thể tạo ra khoang ảo → **phải ngưng PT**
  - khi đang thao tác → không còn khoang ảo → **ngưng PT ngay**
  - do **điện cực trong khi PT** → **có thể biến chứng nghiêm trọng mạch máu và ruột**
- Khi có thay đổi sinh hiệu cần nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc nghi ngờ ruột bị bỏng nhiệt → **NS ổ bụng thám sát được chỉ định**
- **Dự phòng :**
  - Chuẩn bị CTC (200 mcg Misoprostol đặt AD) trước PT
  - PN mãn kinh (14 ngày Estradiol đặt AD và 1000 mcg Misoprostol đặt AD trước PT) giúp thuận lợi khi đi vào BTC
  - PTV nhiều kinh nghiệm khi BTC bị thu hẹp, NXTC lớn, đa NXTC .....

Preutthipan S, Herabutya Y. Vaginal misoprostol for cervical priming before operative hysteroscopy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2000;96:890– 4.

Oppegaard KS, Lieng M, Berg A, Istre O, Qvigstad E, Nesheim B-I. A combination of misoprostol and estradiol for preoperative cervical ripening in postmenopausal women: a randomised controlled trial. BJOG. 2010;117:53–61.

FVCOG2024

CA LÂM SÀNG 3:
Phù phổi cấp / quá tải dịch làm căng BTC (2024)

- BN nữ 29 tuổi, Độc thân, Hành kinh nhiều và dài > 10 ngày
- **SA ngả TTr:** NXTC L1 30x 22x18 mm, 10x12x20 mm,15x18x22mm; L2 30x34x 20mm; L5 30x32x42 mm
- **Chẩn đoán:** Đa NXTC L1, L2 gây cường kinh , thiếu máu
- **Điều trị:** NS BTC cắt NXTC / lưỡng cực/ môi trường Nacl 0,9%/ áp lực BTC 100 mmHg
- **Ghi nhận trong PT:** khó khan do các nhân xơ chen chúc làm hẹp phẫu trương, nhiều mạch máu lớn ở các NXTC, thòi gian PT 50 phút, nước vào 9000 ml - nước ra 6200 ml
- **Báo động kíp gây mê mất 2800 ml nước**, đồng thời BN bắt đầu xuất hiện phổi rales ẩm, bọt hồng trào qua ống nội khí quản, SpO2 giảm nhanh… → **Phù phỏi cấp** do quá tải tuần hoàn dịch làm căng BTC
- **Xử trí tích cực phù phổi cấp tại phong mổ,** chuyển săn sóc tích cực

QUÁ TẢI DỊCH LÀM CĂNG BUỒNG TỬ CUNG / NS BTC PT
(Operative hysteroscopy intravascular absorption OHIA)

-Xảy ra khi một lượng lớn dịch làm căng BTC bị đẩy nhanh vào lòng mạch
-Hậu quả: gây quá tải tuần hoàn, hạ natri máu….
-Nguyên nhân:
- Do sự khác biệt chênh lệch áp lực TM trong cơ TC (10–15 mmHg) và áp lực BTC cần thiết để tạo ra khoang ảo (40 – 60 mmHg)
- Lượng lớn dịch tràn nhanh vào lòng mạch → pha loãng máu, hạ natri, toan chuyển hóa, phù phổi, phù não….

Hahn RG. Fluid absorption in endoscopic surgery. Br J Anaesth. 2006;96:8–20.
Sethi N, Chaturvedi R, Kumar K. Operative hysteroscopy intravascular absorption syndrome: A bolt from the blue. Indian J Anaesth. 2012;56:179–82.
Polena V, Mergui JL, Perrot N, Poncelet C, Barranger E, Uzan S. Long-term results of hysteroscopic myomectomy in 235 patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;130:232–7.

JMIG The Journal of Minimally Invasive Gynecology

Special Article

AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Management of Hysteroscopic Distending Media
(Replaces Hysteroscopic Fluid Monitoring Guidelines. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000;7:167–168.)

AAGL *Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide*

2013

Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 20, No 2, March/April 2013

CÁC DUNG DỊCH LÀM CĂNG BTC
(Distending Media)

Để bảo đảm đủ không gian nhìn rõ và thao tác → BTC cần được làm căng liên tục suốt qua trình PT

Table 1. Hysteroscopic Distending Media

Type	Maximum Fluid Deficit	Advantages	Disadvantages and Safety Precautions*	Complications
Low-Viscosity Fluid Media: Electrolyte-Poor Fluid (eg, glycine, 1.5%; sorbitol, 3%; and mannitol, 5%)	1,000 mL	Compatible with radiofrequency energy Monopolar devices require electrolyte-poor fluids	Excessive absorption of these fluids can cause hyponatremia, hyperammonemia, and decreased serum osmolality with the potential for seizures, cerebral edema, and death.	Excessive absorption of these fluids can lead to hyponatremia, hyperammonemia, and decreased serum osmolality, with the potential for seizures, cerebral edema, and death.
Low-Viscosity Fluid Media: Electrolyte-Containing Fluid (eg, normal saline, sodium lactated solution)	Maximum fluid deficits with isotonic solutions are based only on expert opinion but consensus would be approximately 2,500 mL.	Readily available Isotonic Media of choice during diagnostic hysteroscopy and in operative cases where mechanical, laser, or bipolar energy is used	Although the risk of hyponatremia and decreased serum osmolality can be reduced by using these media, pulmonary edema and congestive heart failure can still occur. Careful attention should be paid to fluid input and output, with particular attention to the fluid deficit.	Fluid overload causing pulmonary edema and congestive heart failure

*Careful attention should be paid to fluid input and output, with particular attention to the fluid deficit, particularly in in elderly patients and patients with cardiopulmonary or renal compromise, in whom lower fluid thresholds should be considered.

Data from Munro MG, Storz K, Abbott JA, Falcone T, Jacobs VR, Muzii L, et al. AAGL practice report: practice guidelines for the management of hysteroscopic distending media: (replaces hysteroscopic fluid monitoring guidelines. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000;7:167–8). AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. J Minim Invasive Gynecol 2013;20:137–48.

CÁC DUNG DỊCH LÀM CĂNG BTC

Media Type	Maximum Flow rate	Pros	Cons	Volume Discrepancy	Complications
CO2 gas	• Cannot use laparoscopic insufflators. • Flow rate of 40-60mL/min • Maximum pressure 100mm Hg	• Rapidly absorbed gas easily flows through narrow channels in office	• Cannot Clear Blood from the scope		• Higher pressures and rates can cause cardiac arrhythmias embolism and arrest
0.9 % Saline Ringers	• Maximum pressure	• Isotonic • Low viscosity • Safe with mechanical, laser, bipolar energy	• Miscible with pressures to clear field) • Excellent conductivity (precludes standard monopolar*)		
3% Sorbitol, 1.5% Glycine,	• Maximum pressure 75 - 100 mm Hg	• Hyptonic • Low viscosity • Miscible with blood but improved visibility over saline		• Stop at 2 liters ***	• Risk of volume overload and intravascular absorption
Dextran 70		• High viscosity • Non-electrolyte • Non-conductive • Immiscible with blood		• Stop at 500ml	• Allergic reactions and anaphylaxis • Fluid overload • Disseminated intravascular coagulopathy • Destruction of instruments

* Monopolar systems with the ERA sleeve or Opera Star systems may be used with these solutions.
**Mannitol can only be used with monopolar operative systems
*** All impose a risk of volume overload and hyponatremia from intravascular absorption (particularly > 2 L). Therefore, careful fluid monitoring is required during their use. When intravasation of 5% mannitol occurs, it stays in the extracellular compartment; treatment of this condition is discontinuing the procedure and administering diuretics. 3% sorbitol is broken down into fructose and glucose and therefore has an added risk of hyperglycemia when absorbed in excess. Use 1.5% glycine with caution in patients with impaired hepatic function because glycine is metabolized to ammonia.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 268 (2022) 121–128

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/euro



Hysteroscopic myomectomy: The guidelines of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE)

Alessandro Loddo [a,*], Dusan Djokovic [b,c,d], Amal Drizi [e], Bart Paul De Vree [f,g], Adel Sedrati [h], Bruno J. van Herendael [i,j]

2021

Recommendation 12: A fluid deficit of 1000 mL also in case of bipolar myomectomy with saline solution, in healthy women of reproductive age, contains low risk for major complications. Deficits of 1000 mL–2500 mL using saline solution need careful monitoring and termination of surgery at the slightest sign of possible embolism. Deficits of over 2500 mL need immediate termination of surgery (grade 1C).

Recommendation 13: Lower thresholds (750 mL) for fluid deficit should be considered in the elderly and in women with cardiovascular, renal or other co-morbidities (Grade 1B).

FVCOG2024

BSGE/ESGE guideline on management of fluid distension media in operative hysteroscopy

Sameer Umranikar[1] · T. Justin Clark[2] · Ertan Saridogan[3] · Dimitrios Miligkos[1] · Kirana Arambage[4] · Emma Torbe[5] · Rudi Campo[6] · Attilio Di Spiezio Sardo[7] · Vasilios Tanos[8] · Grigoris Grimbizis[9] · British Society for Gynaecological Endoscopy /European Society for Gynaecological Endoscopy Guideline Development Group for Management of Fluid Distension Media in Operative Hysteroscopy

2016

BSGE

BRITISH SOCIETY FOR GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY

European Society for Gynaecological Endoscopy

BSGE/ESGE GUIDELINE ON MANAGEMENT OF FLUID DISTENSION MEDIA IN OPERATIVE HYSTEROSCOPY

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

QUÁ TẢI DỊCH LÀM CĂNG BTC?

BSGE/ESGE GUIDELINE ON MANAGEMENT OF FLUID DISTENSION MEDIA IN OPERATIVE HYSTEROSCOPY

What is the definition of fluid overload?

A fluid deficit of more than 1000 ml should be used as threshold to define fluid overload when using hypotonic solutions in healthy women of reproductive age. [C]

A fluid deficit of 2500 ml should be used as threshold to define fluid overload when using isotonic solutions in healthy women of reproductive age. [GPP]

Quá tải dịch căng BTC ở PN sức khoẻ tốt độ tuổi sinh sản, khi mất :

-> 1000 ml → ngưỡng có quá tải dich khi sử dụng dd nhược trương

-> 2500 ml → ngưỡng có quá tải dịch khi sử dụng dd đẳng trương

FVCOG2024

BSGE/ESGE GUIDELINE ON MANAGEMENT OF FLUID DISTENSION MEDIA IN OPERATIVE HYSTEROSCOPY

What factors pre-dispose to systemic fluid absorption?

Surgeons should understand the factors that can lead to systemic fluid absorption. High intrauterine distension pressure, low mean arterial pressure, deep myometrial penetration, prolonged surgery and large uterine cavities increase the likelihood of systemic fluid absorption. [GPP]

Yếu tố gây quá tải dịch căng BTC:

1.Áp lực BTC
2.Huyết áp ĐM trung bình
3.Độ sâu cắt vào bề dày cơ TC
4.Thời gian phẫu thuật
5.Kích thước BTC

1. Intrauterine pressure – the higher the pressure, the greater the degree of absorption into the body; systemic absorption of fluid increases considerably when intrauterine pressure exceeds mean arterial pressure [13]. In addition, intrauterine pressures > 75 mm Hg increases the volume of media passing back along the fallopian tubes and into the peritoneal cavity [14].
2. Mean arterial pressure – the lower the mean arterial pressure, the lower the intrauterine pressure required to cause passage of fluid into the systemic circulation. Caution is thus required in the elderly and those with cardiovascular co-morbidities [15].
3. Depth of myometrial penetration - when tissue damage extends into the deeper myometrium, instilled fluid can be rapidly absorbed through opened myometrial venous sinuses. The risk of fluid absorption is even greater during myomectomies where large blood vessels are breached facilitating the absorption of fluid under pressure.
4. Duration of surgery – the longer the procedure the more time for fluid to accumulate within the body [16].
5. Size of uterine cavity – larger cavities provide a greater endometrial surface area for fluid absorption and procedures will generally be longer. However, despite requiring more instilled fluid, high intrauterine pressures to allow adequate visualisation are harder to achieve [2].

CHỌN LỰA LOẠI DUNG DỊCH LÀM CĂNG BTC

What type of distension media should be used for operative hysteroscopy?

Isotonic electrolyte-containing distension media such as normal saline should be used with mechanical instrumentation and bipolar electrosurgery because they are less likely to cause hyponatraemia if fluid overload occurs. [D]

Hypotonic, electrolyte-free distension media such as glycine and sorbitol should only be used with monopolar electrosurgical instruments. [D]

Carbon dioxide gaseous media should not be used for operative hysteroscopy. [GPP]

Distension Media [Normal Plasma osmolality (285 mOsm/L)]	Procedure	Electrolyte free	Osmolality	Energy	Comments
Normal saline 285 mOsm/L	Diagnostic and Operative hysteroscopy	No	Iso-osmolar	Mechanical Bipolar Laser	Not recommended with monopolar energy as it disperses electric current without having any surgical effect on the tissue
Ringer's lactate 279 mOsm/L	Diagnostic and Operative hysteroscopy	No			
Glycine 1.5 % 200 mOsm/L	Operative Hysteroscopy	Yes	Hypo-osmolar	Monopolar	
Dextrose 5 %	Operative Hysteroscopy	Yes	Hypo-osmolar	Monopolar	
Sorbitol 3 % 165 mOsm/L	Operative Hysteroscopy	Yes	Hypo-osmolar	Monopolar	
Mannitol 5 % 274 mOsm/L	Operative Hysteroscopy	Yes	Iso-osmolar	Monopolar	

- Dung dịch đẳng trương có điện giải (NaCl 0,9%): **khi sử dung dụng cụ cơ học hay đốt lưỡng cực**, do ít gây hạ Natri máu nếu co quá tải dịch
- Dung dịch nhược trương không điện giải (Glycine, Sorbitol) **chỉ nên sử dụng khi sử dụng đốt đơn cực**
- Khí CO2 **không được** sử dung do NS BTC PT

ÁP LỰC BUỒNG TỬ CUNG CẦN THIẾT TRONG NS BTC PT?

What intraoperative measures can be taken to reduce fluid absorption?

The intrauterine pressure needed for distension should be maintained as low as possible to allow adequate visualisation and kept below the mean arterial pressure. [B]

- Để nhìn rõ trong BTC và để tạo được khoang ảo BTC → **cần áp lực BTC từ 70-100 mmHg**
- Áp lực xoang TM trong cơ TC là 10-15 mmHg
- Huyết áp ĐM trung bình 70 -110 mmHg
- Khi **áp lực BTC cao hơn HA ĐM trung bình** → hấp thu dịch vào long mạch
- **Duy trì áp lực BTC lên đến 100 mmHg** → an toàn và có hiệu quả

For visualisation of the uterine cavity, a distension medium is required to separate the uterine surfaces, needing an intrauterine pressure (IUP) of between 70 and 100 mmHg. The pressure needed depends on the uterine size, muscle thickness and tone. The higher the IUP is, the higher the risk of excessive fluid absorption. The pressure within the venous sinuses in the myometrium is thought to be around 10–15 mmHg [53]. Once the IUP exceeds the mean arterial pressure (normal 70 to 110 mmHg), then significant amount of fluid can get absorbed in the circulation [13]. In a small randomized study [14] 26 women were randomized to either having uncontrolled IUP (mean maximum 135 mmHg) or controlled IUP (mean maximum of 70 mmHg) during surgery. They found a fluid deficit of 1255 ml in the uncontrolled group as compared to no fluid deficit in the controlled group of women highlighting the importance of avoiding high IUP during surgery. Control of the IUP has been shown to reduce the amount of fluid absorption by almost 85 % [13]. Some studies have suggested keeping the IUP between 45 and 80 mmHg as pressures may exceed the mean arterial pressure increasing the likelihood of rapid fluid absorption [54, 55]. For short procedures a minimum intrauterine pressure of around 40 mmHg is feasible [56]. Filling pressures of up to 100 mmHg have been found to be effective and safe in outpatient hysteroscopy [57].

Sethi N, Chaturvedi R, Kumar K (2012) Operative hysteroscopy intravascular absorption syndrome: a bolt from the blue. Indian J Anaesth 556:179–182
Shahid A, Pathak M, Gulumser C, Parker S, Palmer E, Saridogan E (2014) Optimum uterine filling pressure for outpatient diagnostic hysteroscopy: a double-blind, randomized controlled trial. Reprod Biomed Online 28(1):86–91

FVCOG2024

How should fluid deficit be measured during operative hysteroscopy?

Mechanisms should be in place to monitor fluid deficit during operative hysteroscopic surgery. [GPP]
Closed systems should be used as they allow more accurate measurement of the fluid output. [GPP]
Drapes that contain a fluid reservoir should be used as they allow measurement of the fluid output. [GPP]
Automated fluid measurement systems are more accurate than manual measurement but they can still overestimate fluid deficit. Their use cannot guarantee safety but might be useful when undertaking complex hysteroscopic procedures where fluid absorption is anticipated. [D]

THEO DÕI LƯỢNG DỊCH LÀM CĂNG BTC, TRONG QUÁ TRÌNH NS BTC PT?

- Có bình hút dịch để đo lương dịch vào và ra trong quá trình mổ
- Hệ thống kín liên hoàn → cho phép đo lường chính xác luọng dịch
- Đo lượng dịch thám vào khăn vải mổ
- Hệ thông đo lường dịch tự đông chính xác hơn đo bằng ay, nhưng đôi khi sẽ có đánh giá quá mức, nên hữu ích khi PT phức tạp

Nezhat CH, Fisher DT, Datta S (2007) Investigation of often- reported ten percent hysteroscopy fluid overfill: is this accurate? J Minim Invasive Gynecol 14(4):489–493

FVCOG2024

KHUYẾN CÁO LIÊN QUAN NS BTC CẮT NXTC DƯỚI NIÊM

- **Siêu âm ngả AD** là công cụ quan trọng giúp chẩn đoán loại, số luọng, kích thước, vị trí xuất phát….
- **Không** thực hiện NS BTC cắt NXTC có kích thước ≥ 5 cm, > 50% trong cơ (G 2) (Grade 2C)≥
- **Nếu > 3 NXTC, và có NXTC trong cơ hoặc dưới TM** (Grade 2C) → cân nhắc PT qua ngả bụng bóc NXTC hơn là NS BTC
- **Không sử dụng thường qui đồng vận GnRH** trước NS BTC PT cho NXTC dưới niêm, cân nhắc sử dụng khi kích thước >3 cm có gây cường kinh - thiếu máu mãn nặng (giúp giảm thể tích, giảm tang sinh mạch máu, NMTC mỏng , chuẩn bị tốt trước mổ và không cần truyền máu…) (Grade 2C)

Linda D Bradley, MD. **Hysteroscopic myomectomy.** UpToDate 2018

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 268 (2022) 121–128
Contents lists available at ScienceDirect
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology
journal homepage: www.elsevier.com/locate/euro

Hysteroscopic myomectomy: The guidelines of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE)

Alessandro Loddo [a,*], Dusan Djokovic [b,c,d], Amal Drizi [e], Bart Paul De Vree [f,g], Adel Sedrati [h], Bruno J. van Herendael [i,j]

TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ PHỨC TẠP TRONG NS BTC PT QUA PHÂN LOẠI NXTC DƯỚI NIÊM THEO STEP – W

Recommendation 5: The use of STEPW submucosal LM classification system is recommended to predict the complex surgeries, incomplete removal of the LM, long operative time, fluid overload and other major complications (**grade 1B**).

2021

Table 3
STEPW classification system of submucosal LMs (adapted from (24)).

Points	Size	Topography	Extension of the base	Penetration	Lateral wall
0	<2 cm	Low	<1/3	0	+1
1	2–5 cm	Middle	1/3–2/3	<50%	
2	>5 cm	Upper	>2/3	>50%	
Score	_____+	_____+	_____+	_____+	_____
Score 0–4	**Group I**	Low complexity HM			
Score 5–6	**Group II**	High complexity HM, two-step HM, GnRH agonist use			
Score 7–9	**Group III**	An alternative to HM to be considered			

Abbreviation: **GnRH**, gonadotropin-releasing hormone **HM**, hysteroscopic myomectomy; **LMs**, leiomyomas.

FVCOG2024

TÓM TẮT

- NXTC dưới niêm là bệnh lý phổ biến gây cường kinh thiếu máu mãn, có chỉ định phẫu thuật, điều trị lý tưởng là NS BTC cắt NXTC
- Biến chứng nặng điều trị đươc lưu ý: chảy máu, thủng TC đi kèm tổn thương nghiêm trọng các cơ quan trong ổ bụng, quá tải dịch làm căng BTC…
- Siêu âm ngả AD và phân loại NXTC qua NS BTC trước PT và trong PT → là các yếu tố quan trọng quyết định thành công của PT
- Mọi PTV cần được huấn luyện kiến thức, kỹ thuật mổ, sử dụng và quản lý phương tiện nào làm căng, dấu hiệu biến chứng ….→ giúp dự phòng và quản lý các biến chứng nặng

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

EURO PHARM VN

Viên uống nội tiết tự nhiên
từ Thiên ma đen

ZENAFUTA

Duy trì thanh xuân từ

RỄ CÂY THIÊN MA ĐEN

» GIẢM KHỐI U LÀNH TÍNH «

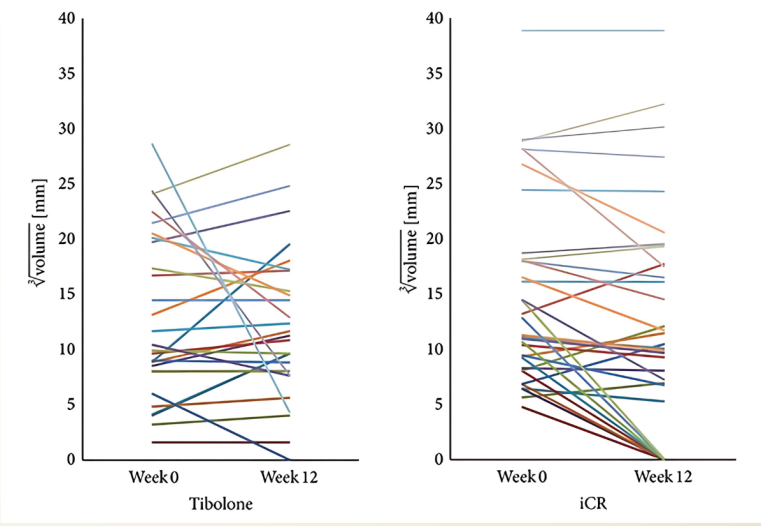
LỰA CHỌN THAY THẾ HOÀN HẢO
CHO LIỆU PHÁP ESTROGEN



Nghiên cứu: Hiệu quả của chiết xuất Isopropanolic Cimicifuga racemosa đối với u xơ tử cung so với Tibolone ở những bệnh nhân trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng

Giảm kích thước khối u ở 70,1% bệnh nhân sử dụng chiết xuất thiên ma

Kích thước khối u trung bình giảm 30,3%



Chiết xuất thiên ma là lựa chọn AN TOÀN đối với những phụ nữ có vấn đề về u xơ tử cung ở thời kỳ mãn kinh.

Xi S, Liske E, Wang S, Liu J, Zhang Z, Geng L, Hu L, Jiao C, Zheng S, Zepelin HH, Bai W. Effect of Isopropanolic Cimicifuga racemosa Extract on Uterine Fibroids in Comparison with Tibolone among Patients of a Recent Randomized, Double Blind, Parallel-Controlled Study in Chinese Women with Menopausal Symptoms. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:717686. doi: 10.1155/2014/717686. Epub 2014 Mar 2. PMID: 24719645; PMCID: PMC3955607.

PHIÊN 1C



Prof.
ĐÀO THU HÀ

CHU Henri-Mondor University,
APHP Republic of France
President of the Franco-Vietnamese Medical Federation

DIPLOMAS

- 1983-1987: Medical resident at Paris Hospital.
- 1987-1989: Director of the Paris Hospital Clinic.
- 1989-1994: Specialist physician at the Curie Institute Cancer Prevention Center.
- 1992-Present: Working at the Verneuil sur Seine Imaging Center.
- 1994-Present: Practicing physician at CHU Henri-Mondor, APHP.

EXPERIENCE

- Head of the Breast Imaging Unit at the Medical Imaging Department.
- Performs mammography, ultrasound, CT scans, MRI, and breast interventions.
- 2002-Present: President of the IMSF (Médecins Sans Frontières Imaging), promoting training and the application of imaging diagnostics in healthcare.

PUBLICATIONS

- Involved in teaching and research at various universities and international conferences.
- Conducted CME courses in Vietnam and West Africa.
- Participated in teaching on cancer and diagnostic methods in several countries, including China, Algeria, and Vietnam.

AWARDS & DISTINCTIONS

- 2016-Present: President of the France-Vietnam Medical Federation, contributing to healthcare cooperation between France and Vietnam.
- President of the "Centre Sein Mondor" Association, promoting knowledge and research on cancer.
- 2021: Mission expert for MSF in Mali.

FVCOG2024

TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

Dr. Thu Ha Dao

Khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Henri-Mondor, Créteil
PHÁP

FVCOG2024

Trí tuệ nhân tạo trong chẩn đoán ung thư vú



TS. Đào Thu Hà

Khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Henri-Mondor, Créteil
PHÁP

CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

- **Chụp XQ tuyến vú: 15% không được phát hiện (8-32%)**
  - **<u>Vấn đề về kỹ thuật 1-2%:</u> cải thiện với việc tầm soát và các kỹ thuật kiểm tra, TTNT?**
  - **<u>Không nhìn thấy 71%</u>**
    + 98% các trường hợp tuyến vú đậm đặc
    + Nằm ngoài các phim chụp
  - **<u>BS chẩn đoán hình ảnh 28%</u>:** tổn thương không nhìn thấy, nhận định kém, các tổn thương khác làm người đọc giảm chú ý



=> sử dụng người đọc thứ 2

=> sử dụng trí tuệ nhân tạo?

Mammographic characteristics of 115 missed cancers later detected with screening mammography and the potential Utility of CAD. RL Birwell, DM Ikeda, KF O' Shaughnessy, EA Sickles
Radiology 2001; 219:192-202

Analysis of cancers missed at screening mammography. RE Bird, TW Wallace, BC Yankaskas
Radiology 1992; 184:613-617

TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG SÀNG LỌC UNG THƯ VÚ

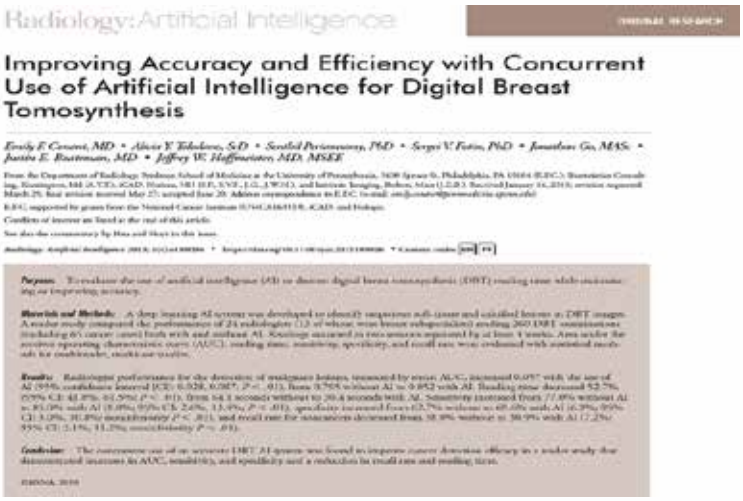


<u>Các phần mềm khác nhau:</u>

- Icad
- Therapixel
- Hera-Mi
- Transpara ….

FVCOG2024

CẢI THIỆN VỀ KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN



Radiology: Artificial Intelligence

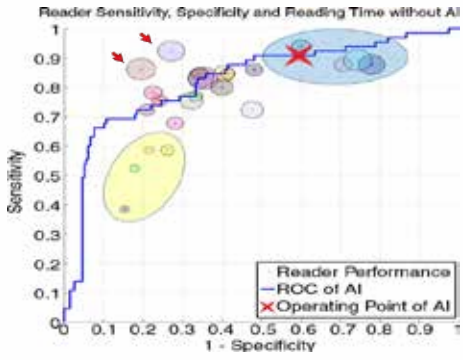
Improving Accuracy and Efficiency with Concurrent Use of Artificial Intelligence for Digital Breast Tomosynthesis

Conant EF, et al.
Radiology: Artificial Intelligence
2019;1(4):e180096 © RSNA

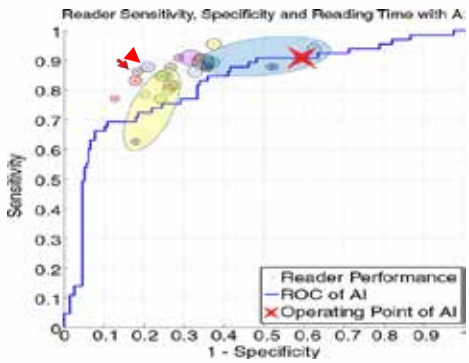
FVCOG2024

CẢI THIỆN VỀ KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN

Không có AI

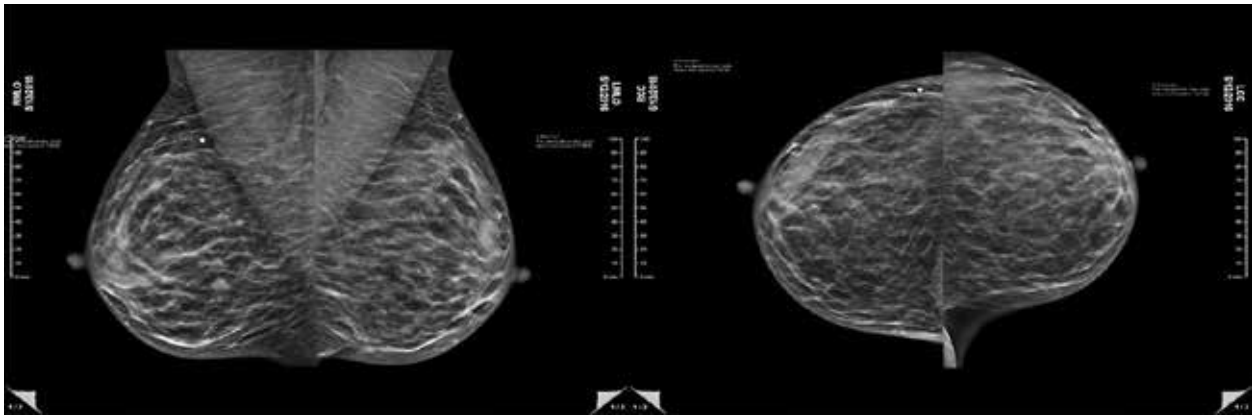


Có AI

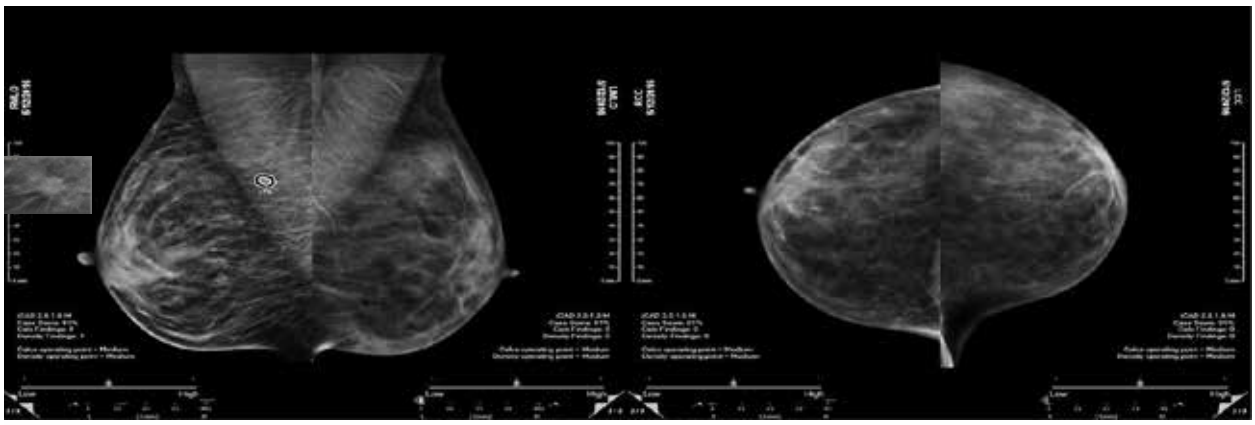


Conant EF, et al. Radiology: Artificial Intelligence 2019;1(4):e180096 © RSNA

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

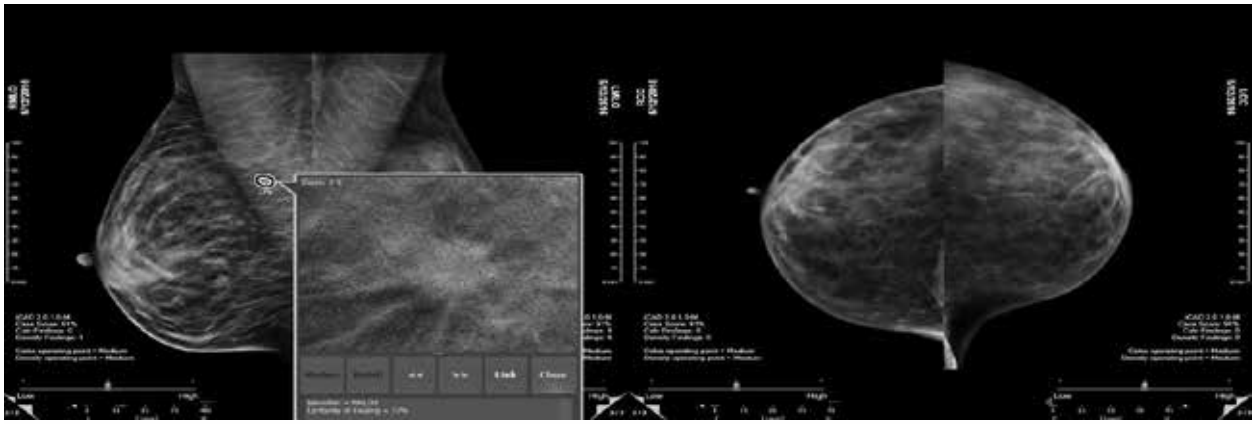


FVCOG2024



FVCOG2024

XÂM NHẬP UNG THƯ BIỂU MÔ ỐNG TUYẾN



FVCOG2024

TTNT TRONG SÀNG LỌC UNG THƯ VÚ

(Giám sát khoa học CA SIFEM 2024)
PHIÊN HỌC VIỆN Y KHOA - THỨ NĂM NGÀY 25 THÁNG 1 NĂM 2024
F. Chamming's, Isabelle Thomassin-Niagarra

- **TTNT có thay thế vai trò của bs CĐHA không?**
- **TTNT để loại bỏ?**
- **TTNT tiên lượng nguy cơ?**
- **TTNT giảm số lượng ung thư**

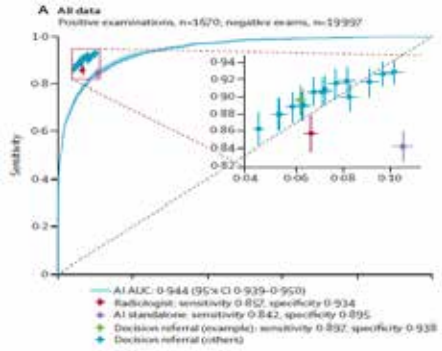
1. Lång K, Josefsson V, Larsson AM, Larsson S, Högberg C, Sartor H, et al.
Artificial intelligence-supported screen reading versus standard double reading in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a clinical safety analysis of a randomised, controlled, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study.
Lancet Oncol. août 2023;24(8):936-44.
2. Dembrower K, Crippa A, Colón E, Eklund M, Strand F, ScreenTrustCAD Trial Consortium.
Artificial intelligence for breast cancer detection in screening mammography in Sweden: a prospective, population-based, paired-reader, non-inferiority study.
Lancet Digit Health. oct 2023;5(10):e703-11.
3. Ng AY, Oberije CJG, Ambrózay É, Szabó E, Serfőző O, Karpati E, et al.
Prospective implementation of AI-assisted screen reading to improve early detection of breast cancer.
Nat Med. déc 2023;29(12):3044-9.

TTNT CÓ THỂ THAY THẾ VAI TRÒ CỦA BS CĐHA KHI ĐỌC PHIM XQ?

KHÔNG

Kết hợp bác sĩ XQ và TTNT để sàng lọc UT vú: một phân tích hồi cứu

Lancet Digit Health 2022;4: e507–19



TRONG THỰC HÀNH, TTNT PHÁT HIỆN UNG THƯ BẰNG PHIM CHỤP XQ TUYẾN VÚ

- **KHI UNG THƯ NHÌN THẤY ĐƯỢC ++** (15%: vú đậm đặc, vấn đề kỹ thuật)
- Khi nó" tinh tế"
- Bởi vì TTNT không nhạy cảm với " các nghiên cứu hoàn hảo" (chẩn đoán các tổn thương thêm vào, mất độ tập trung)
- Tồn tại **sự thay đổi về hiệu suất đọc giữa các phần mềm khác nhau và giữa các phiên bản khác nhau của cùng 1 phần mềm.**

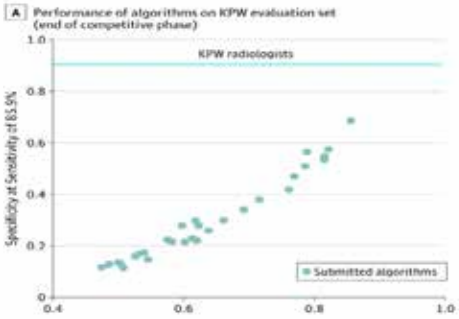
➔ Các nghiên cứu tiến cứu trong điều kiện thường xuyên là cần thiết

Groupe DRIM france IA: guenoun D, zins M, champsaur P, et al (2023) french community grid for the evaluation of radiological artificial intelligence solutions (DRIM france artificial intelligence initiative). Diagn interv imaging S2211-5684(23)00176–6.

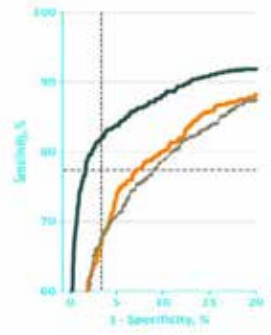
➔ Hệ thống TTNT Pháp có thể cho phép tăng số lượng các trường hợp ung thư được phát hiện mà không làm tăng số ca dương tính giả với điều kiện **TTNT được sử dụng cùng với người đọc là chuyên gia ít nhất lần thứ 2** *(I. Thomassin-Nagarra, SIFEM 2024)*

FVCOG2024

KHÔNG PHẢI TẤT CẢ CÁC GIẢI PHÁP VỀ TTNT ĐỀU CÓ CÙNG HIỆU SUẤT



Thử thách DREAM, 31 giải pháp của mạng lưới mở d'IA *JAMA 2020*



Salim, External Evaluation of 3 Commercial Artificial Intelligence Algorithms for Independent Assessment of Screening Mammograms. JAMA Oncol. 2020 Oct 1;6(10):1581-1588.

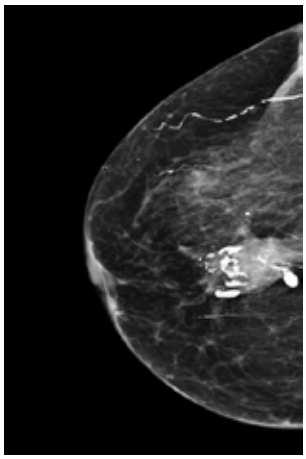
Quy mô: 739 bệnh nhân ung thư/8805 bệnh nhân

FVCOG2024

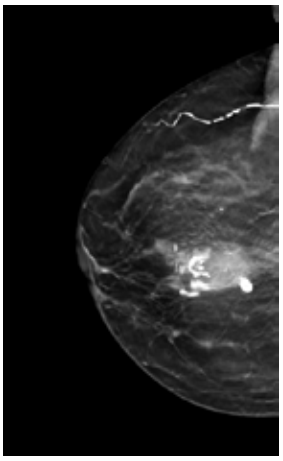
TTNT CÓ THỂ DÙNG ĐỂ PHÂN LOẠI MG/DBT DÙNG ĐỂ ĐỌC?

Các kết quả <u>ít tương đồng:</u>

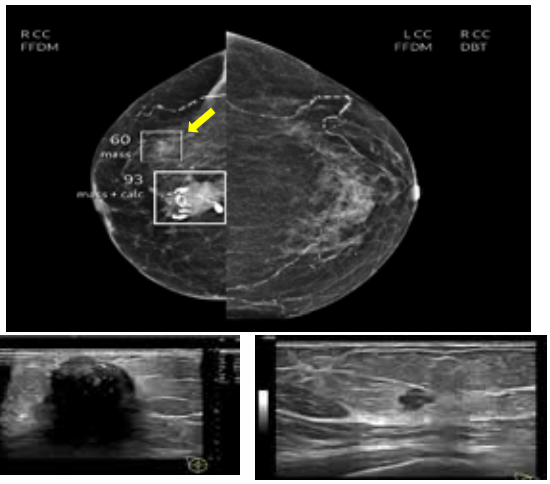
TK	Điểm Transpara	% K bỏ sót	% xét nghiệm tránh được	quần thể sàng lọc	TLTK
MG	≤ 7	8%	67%	ĐỨC 17895 (0,64% K)	Balta et al, Proc Spie 2020
MG	≤ 5	10%	53%	THỤY ĐIỂN 9581 (0,71% K)	Lang et al, Eur Rad 2021
MG	≤ 7	3%	71%	TÂY BA NHA 15986 (0,7% K)	Raya-Podevano, Radiology 2021
DBT	≤ 7	1%	72%	TÂY BA NHA 15986 (0,7% K)	Raya-Podevano, Radiology 2021



2D

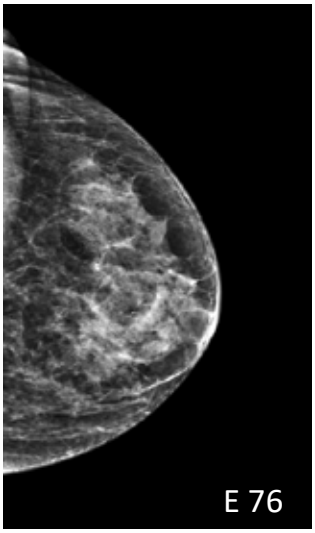


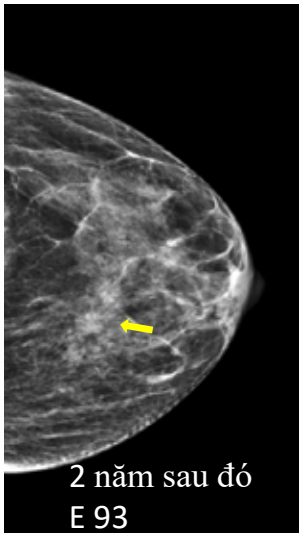
3D



Khối rất rõ ở vị trí 60 trên bề mặt của ung thư

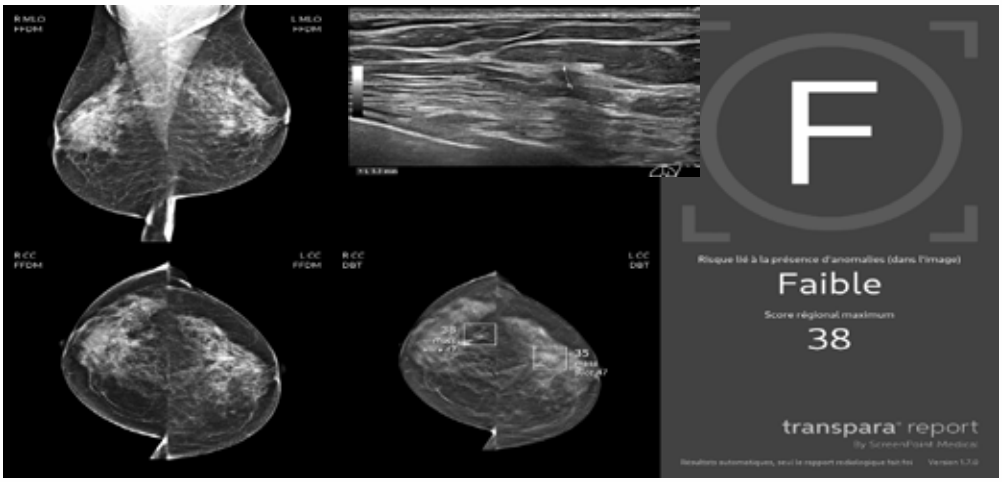
Phim chụp cho kết quả âm tính khi BS CĐHA đọc





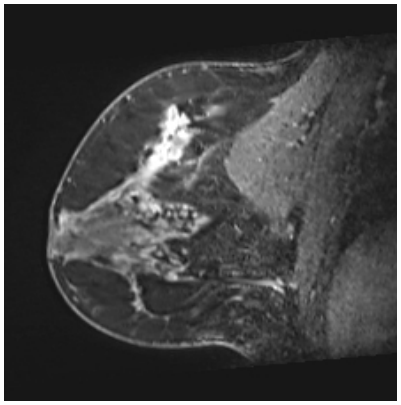
Ung thư được phát hiện…

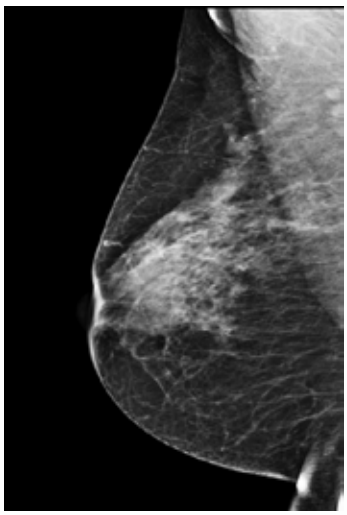
FVCOG2024



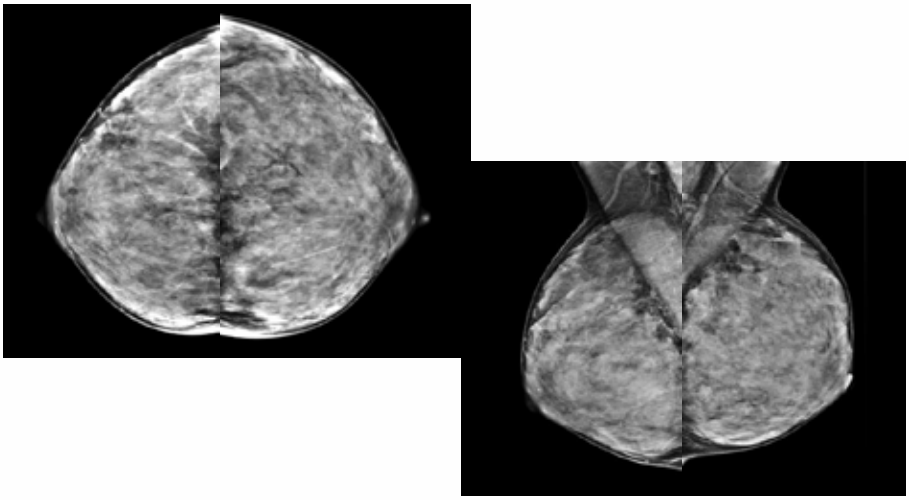
FVCOG2024

Chụp cộng hưởng từ được đề xuất...
Ung thư biểu mô thùy xâm nhập

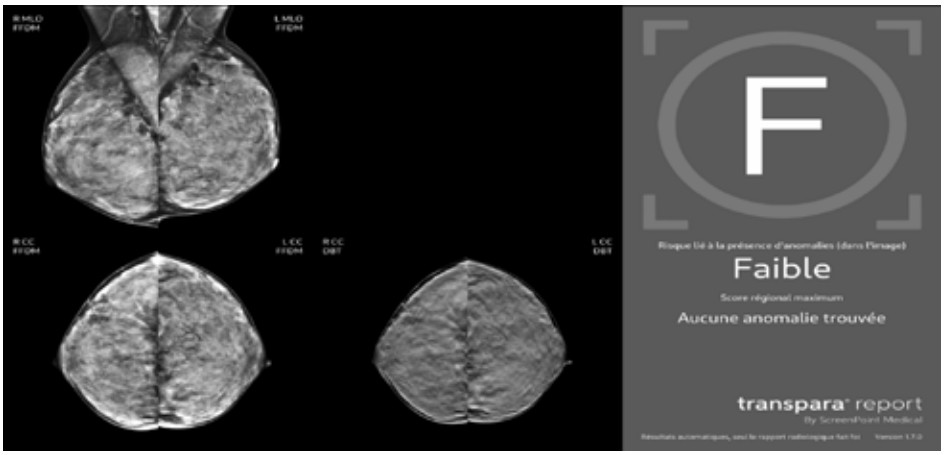




35 tuổi
Tự sờ thấy một khối ở vú phải



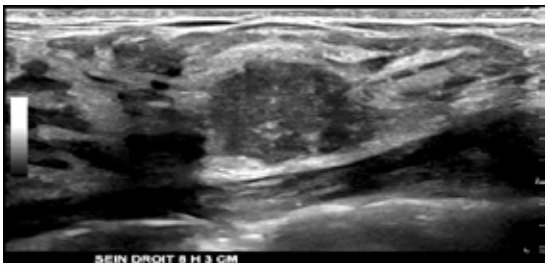
FVCOG2024

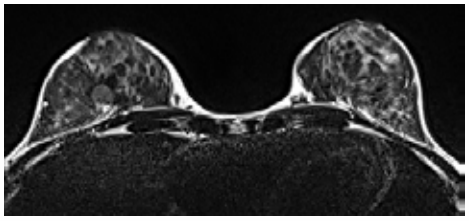


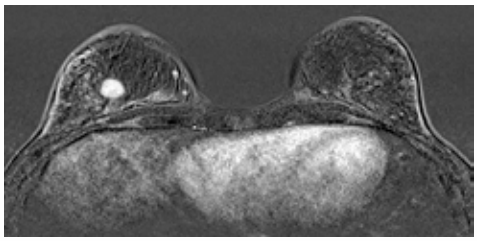
fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

- Ung thư lớn
- Rõ ràng trên siêu âm
- Đơn độc trên cộng hưởng từ







FVCOG2024

KẾT LUẬN:
TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG SÀNG LỌC PHÁT HIỆN UNG THƯ VÚ

- Kỹ thuật rất hứa hẹn
- Nhiều thuật toán và phần mềm được phát triển trên thế giới :
  - Cải thiện trong sàng lọc và chẩn đoán BẰNG PHIM CHỤP XQ VÚ
  - Dự báo nguy cơ từ các số liệu của PHIM CHỤP XQ VÚ?
  - Siêu âm?
  - IRM?
- Tiềm năng sử dụng khi **SÀNG LỌC BẰNG PHIM CHỤP XQ VÚ:**
  - Cần thiết có **mạng lưới** máy chụp Xq trên khắp cả nước?
  - Ô tô di động?

LE COURRIER DU VIETNAM

Nguyên Hồng Dang remporte le premier prix du concours "Détecter le cancer du sein par la mammographie".

Một người Việt đạt giải nhất cuộc thi phát hiện Ung thư vú bằng AI



KẾT LUẬN:
TTNT TRONG SÀNG LỌC UNG THƯ VÚ

- TTNT cho phép nhìn thấy các khối **UNG THƯ CÓ THỂ NHÌN ĐƯỢC** (thậm chí hồi cứu dưới dạng 2D và/hoặc 3D): không làm thay đổi chỉ định khám lâm sàng, sàng lọc bằng siêu âm/ cộng hưởng từ.
- Mặt khác TTNT rất hữu dụng đối với **UNG THƯ " TINH TẾ"** vì nó không bỏ sót : như người đọc thứ 2?
- Cần phải phân tích tất cả các yếu tố gợi ý cho dù nó được xếp vào nguy cơ thấp: tăng chút ít về thời gian và giai đoạn thích nghi
- Nó không nhạy với các "nghiên cứu hoàn hảo" hoặc sự không tập trung của mạng lưới an toàn

FVCOG2024

KẾT LUẬN:
TTNT TRONG SÀNG LỌC UNG THƯ VÚ

- **SỰ ĐA DẠNG VỀ HIỆU SUẤT GIỮA CÁC PHẦN MỀM TTNT VÀ GIỮA CÁC PHIÊN BẢN CỦA CÙNG MỘT PHẦN MỀM**
- **TTNT CÒN ĐƯỢC CẢI THIỆN** (các phiên bản mới nhất):
  - Kiểm tra chất lượng kỹ thuật của chụp Xq tuyến vú
  - So sánh giữa các phim chụp(thẳng – nghiêng)
  - Phân tích mật độ Analyse de la tomosynthèse
  - So sánh với trước đó ++
  - …

➔ Các nghiên cứu tiến cứu trong điều kiện thường xuyên là cần thiết, với nhiều các phần mềm khác nhau, kiểm tra chất lượng ..

- **TTNT KHÔNG THAY THẾ ĐƯỢC VỊ TRÍ CỦA BS CĐHA ++**
- **CÁC KẾT QUẢ TỐT NHẤT CÓ ĐƯỢC LÀ SỰ PHỐI HỢP GIỮA TTNT VÀ BS CĐHA: KHÔNG SỬ DUNG ĐƠN ĐỘC TTNT +++**

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

THIẾT BỊ
SẢN KHOA

024 3789 3246
thutinhtrongongnghiem.com.vn



CHS-EX820

Bàn khám sản hoa CHS-EX820 chạy điện thế hệ hiện đại nhất mang đến cho Quý khách hàng sự hài lòng và tiện ích nhất khi thăm khám.

CHS-E1000

Bàn khám sản khoa CHS- E1000 là lựa chọn hoàn hảo đối với một thiết bị chuyên dụng dành cho công tác khám và điều trị sản khoa, với thiết kế ôm gọn , độ rộng phù hợp CHS – E1000 được rất nhiều các bác sỹ, chuyên gia IVF lựa chọn để thực hiện chọc noãn, chuyển phôi.





JW-G2000

JW – G2000 là sự kết hợp giữa bàn khám sản khoa và bàn siêu âm. Điều này vô cùng hữu ích đối với các bác sỹ sản khoa. Sự kết hợp thông minh này đã giúp khắc phục được nỗi lo về diện tích tại các phòng khám.



CHS-SMT204D

Bàn đẻ CHS-SMT204D hiện đại điều khiển linh hoạt bằng động cơ điện thích hợp với các phương pháp đỡ đẻ bác sĩ mong muốn.



TS. ĐẶNG THỊ HỒNG THIỆN

Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1998: Đại học -Bác sĩ Đa khoa - Đại học Y Hà Nội
- 2003: Tốt nghiệp Bác sĩ nội trú
- 2005: Thạc sỹ - Chuyên ngành Sản phụ khoa - Đại học Y Hà Nội
- 2010: Bác sĩ chuyên khoa cấp 2 - Chuyên ngành Sản phụ khoa - Đại học Y Hà Nội
- 2020: Tiến sĩ - Chuyên ngành Sản phụ khoa - Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2003 đến 2008: Bác sĩ - Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương
- 2008 đến 2015: Phó trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương
- 2015 đến nay: Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương
- Từ 10/01/2024 - nay: Phó trưởng Bộ môn Phụ Sản, trường Đại học Y Dược Thái Bình - Trường Đại học Y Dược Thái Bình (Kiêm nhiệm)

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 2020: Thực trạng mang gen thalassemia ở phụ nữ mang thai có nguy cơ cao và thai nhi tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương giai đoạn 2016-2018 - Tạp chí Y học dự phòng,tập 30 số 10-2020
- 2020: Reference values for ductus venosus doppler indices of normal gestation at 22-37 weeks: A Vietnamese cohort study - Đồng tác giả - Pediatric Reports volume 12: 8535
- 2021: Breus'Mole- khối máu tụ lớn trong bánh rau gây thiếu máu nặng ở thai phụ có thai 19 tuần - Tạp chí Phụ Sản, tập 19(4)
- 2021: Leiomyomatosis peritonealis dissemianata five years after laparoscopic uterine myomectomy: A case report - Annals of Medicine and Surgery 66 (2021) 102377
- 2023: Systematic evaluation of loss function for ovarian tumors segmentation from ultrasound images - Journal of Science and Technology (Technical Universities): Smart Systems and Devices (Tạp chí Khoa học sức khỏe và công nghệ của Đại học Bách khoa Hà Nội)

FVCOG2024

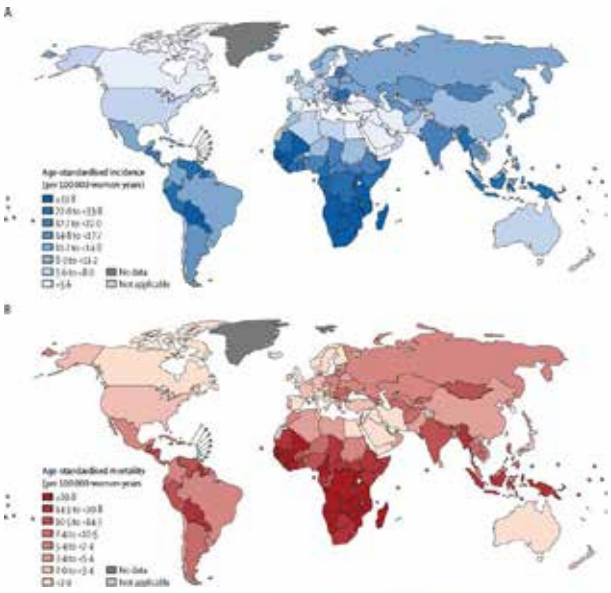
TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

TS. Đặng Thị Hồng Thiện

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

ĐẠI CƯƠNG

- ✓ Bệnh ung thư phổ biến thứ 4 và cũng là nguyên nhân phổ biến thứ 4 gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới[1]
- ✓ WHO 2020: 604.127 trường hợp mắc mới, 341.831 trường hợp tử vung[1]
- ✓ 70% gánh nặng bệnh tật đến từ các khu vực kém phát triển[2]

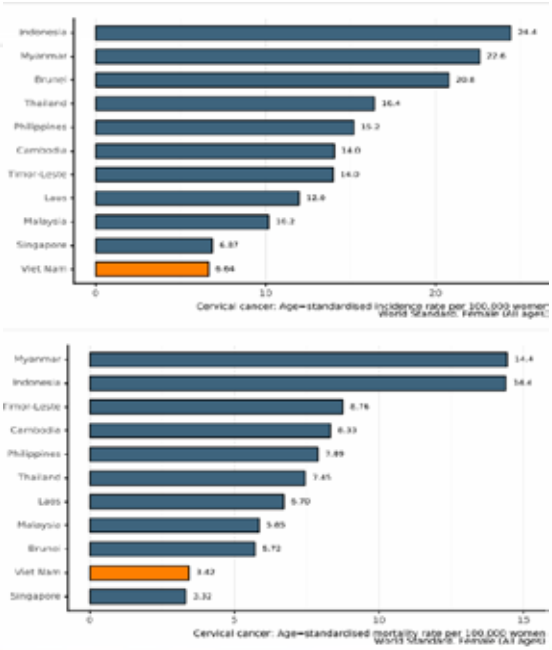


1. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet Global Health*. 2023;11(2):e197-e206.
2. Pimple S, Mishra G. Cancer cervix: Epidemiology and disease burden. *Cytojournal*. 2022;19:21.

FVCOG2024

ĐẠI CƯƠNG

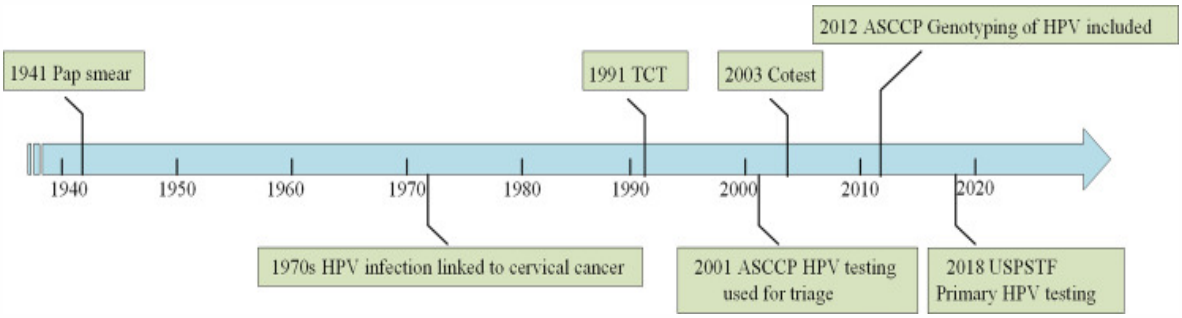
- ✓ Việt Nam: 4123 mới mắc, 2223 trường hợp tử vong
- ✓ Phổ biến thứ 8
- ✓ Nguyên nhân tử vong thứ 7



ICO/IARC HPV Information Centre (2023). Human Papillomavirus and Related Diseases Report. Viet Nam.

FVCOG2024

ĐẠI CƯƠNG



Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial Intelligence in Cervical Cancer Screening and Diagnosis. *Front Oncol*. 2022;12:851367.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

ĐẠI CƯƠNG

ACOG 2021[1]

21-29 tuổi
- TBH mỗi 3 năm
- XN HPV bắt đầu từ 25 tuổi

30- 65 tuổi
- HPV đơn thuần mỗi 5 năm
- Co-testing 5 năm
- TBH mỗi 3 năm

BỘ Y TẾ 2019[2] MINISTRY OF HEALTH

Đối tượng
- 21-65 t
- Ưu tiên tuổi

Các phương pháp sàng lọc
- Test VI
- Tế thuần
- HPV hoặc TBH

1. Updated Cervical Cancer Screening Guidelines. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines

2. Hướng dẫn dự phòng và Kiểm soát ung thư cổ tử cung - Cổng Đoàn Y Tế. https://moh.moh. gov. vn/pages/vanban/5559/Huong-dan-du-phong-va-Kiem-soat-ung-thu-co-tu-cung.html.

ĐẠI CƯƠNG

Giá thành cao

Trang thiết bị hiện đại

Bác sĩ được đào tạo chuyên sâu

ADVANTAGE

Khu vực kém phát triển khó tiếp cận các PP sàng lọc tiêu chuẩn

FVCOG2024

AI TRONG SÀNG LỌC KCTC

AI có thể là một phương pháp hỗ trợ mới để sàng lọc KCTC

Đã được sử dụng trong sàng lọc KCTC tại nhiều nước (XN HPV, XN TBH, soi cổ tử cung..)

Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial Intelligence in Cervical Cancer Screening and Diagnosis. *Front Oncol*. 2022;12:851367.

FVCOG2024

AI TRONG XN HPV

- XN HPV có 1 số nhược điểm: Tỷ lệ âm tính giả và chi phí thực hiện cao[1]
- AI giúp cải thiện độ chính xác và đa dạng hóa việc sử dụng HPV trong sàng lọc K CTC[1]
- 2019: Wong và CS đưa ra hệ thống AI xét nghiệm HPV trên 605 mẫu bệnh phẩm → Độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 94,3% và 90,9%[2].

1. Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial Intelligence in Cervical Cancer Screening and Diagnosis. *Front Oncol*. 2022;12:851367.

2. Wong OGW, Ng IFY, Tsun OKL, Pang HH, Ip PPC, Cheung ANY. Machine Learning Interpretation of Extended Human Papillomavirus Genotyping by Onclarity in an Asian Cervical Cancer Screening Population. J Clin Microbiol (2019) 57(12):e00997–19.

FVCOG2024

AI TRONG XN TẾ BÀO HỌC

- XN TB có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp trong phát hiện tổn thương HSIL+ [1]
- AI ứng dụng trong xét nghiệm tế bào cổ tử cung từ 1992[2]
- 2000: Bao và CS nghiên cứu hiệu quả sàng lọc KCTC dựa vào XN TB bằng AI trên > 700.000 phụ nữ cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu phát hiện CIN1+ lần lượt là 88,9% và 95,8%[3]

1. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Matchar DB, et al.. Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow-Up of Cervical Cytologic Abnormalities: A Systematic Review. *Ann Intern Med* (2000) 132(10):810–9.

2. Bengtsson E, Malm P. Screening for Cervical Cancer Using Automated Analysis of PAP-Smears. *Comput Math Methods Med* (2014) 2014:842037.

3. Bao H, Sun X, Zhang Y, Pang B, Li H, Zhou L, et al.. The Artificial Intelligence-Assisted Cytology Diagnostic System in Large-Scale Cervical Cancer Screening: A Population-Based Cohort Study of 0.7 Million Women. *Cancer Med* (2020) 9(18):6896–906.

FVCOG2024

AI TRONG SOI CỔ TỬ CUNG

- Soi CTC có những thách thức nhất định: Kĩ thuật khó, thời gian đào tạo dài, thiếu nhân lực trình độ cao[1]
- Soi CTC bằng AI được ứng dụng từ 2013, liên tục được nâng cấp và cải thiện chất lượng sàng lọc[2]

1. Xue P, Ng MTA, Qiao Y. The Challenges of Colposcopy for Cervical Cancer Screening in LMICs and Solutions by Artificial Intelligence. *BMC Med* (2020) 18(1):169.

2. Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial Intelligence in Cervical Cancer Screening and Diagnosis. *Front Oncol.* 2022;12:851367.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

Application of AI in colposcopy.

Miyagi et al. (23)	2019	Classification of cervical lesions	310images	CNN	Traditional colposcopy images	Accuracy 82.30%Sensitivity 80.00%Specificity 88.20%
Xue et al. (24)	2020	Classification of cervical lesions	19435patients	CAIADS	Digital colposcopy images	LSIL Sensitivity 90.50%Specificity 51.80%HSIL Sensitivit 71.90%Specificity 93.90%
Yue et al. (75)	2020	Classification of cervical lesions	4753images	CNN,	cervigram images	Accuracy 96.13%Sensitivity 95.09%Specificity 98.22%AUC 0.94
Venkatesan et al. (76)	2021	Classification of cervical lesions	5679images	CNN	colposcopy photographs	Accuracy 83.30%Sensitivity 95.60%
Peng et al. (77)	2021	Classification of cervical lesions	300images	VGG16	colposcopy images	Accuracy 86.30%Sensitivity 84.10%Specificity 89.80%

Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial Intelligence in Cervical Cancer Screening and Diagnosis. *Front Oncol*. 2022;12:851367.

FVCOG2024

MÁY SOI CỔ TỬ CUNG TỰ ĐỘNG DR.CERVICAM C20

- Dr. Cervicam C20 là một thành phần trong hệ thống sàng lọc ung thư cổ tử cung từ xa TeleCervicography
- Hệ thống sàng TeleCervicography bao gồm:
  - Máy Dr. Cervicam C20
  - Các chương trình phần mềm TeleCervico
  - Mạng lưới chuyên gia đánh giá chuyên ngành
- Kho dữ liệu lớn: 100.000 hình ảnh, bao gồm cả hình ảnh bình thường và bất thường



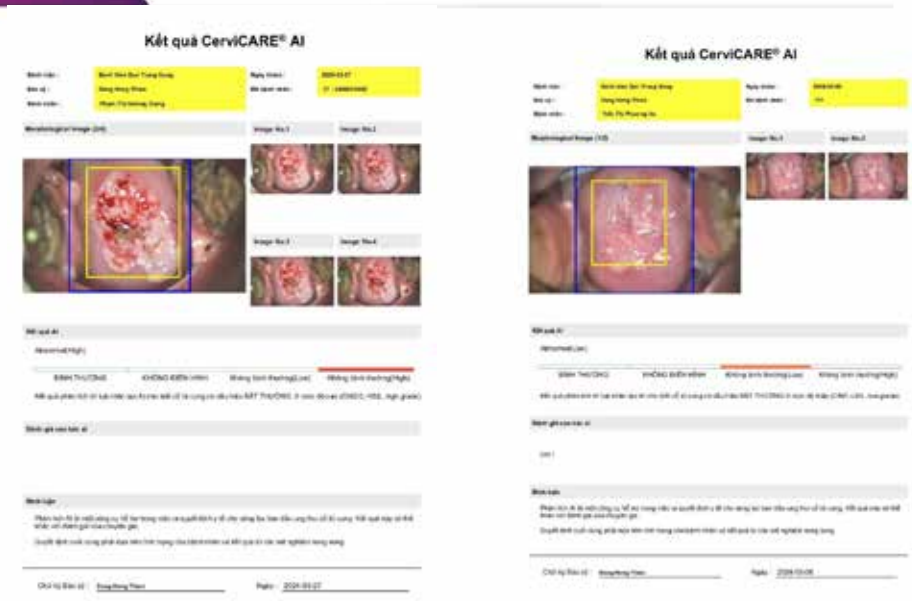
FVCOG2024

MÁY SOI CỔ TỬ CUNG TỰ ĐỘNG DR.CERVICAM C20

- Quy trình thực hiện:
  - Chụp ảnh cổ tử cung có bôi acid acetic (theo quy trình có sẵn)
  - Phân tích hình ảnh dựa vào các chương trình phần mềm TeleCervico
  - Đọc kết quả

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024



FVCOG2024

MÁY SOI CỔ TỬ CUNG TỰ ĐỘNG DR.CERVICAM C20

- Kết quả phân tích Dr.Cervicam C20:
  - Nhận định mức độ tổn thương:
    - Bình thường
    - Không điển hình
    - Tổn thương độ thấp (LSIL)
    - Tổn thương độ cao (HSIL)
  - Xác định vị trí tổn thương → Định hướng vị trí sinh thiết nếu cần

FVCOG2024

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dr. Cervicam C20 được thử nghiệm tại một vài quốc qua (Hàn Quốc, Mông cổ..)

Nghiên cứu của Ouh YT và cộng sự: hiệu quả phát hiện CIN 2+ lên tới 98%[1]

Tại Việt Nam: Chưa có nghiên cứu nào

Đánh giá kế sàng lọc ung tử cung của DR.CERVICA tại Bệnh việ sản Trung u

1. Ouh YT, Kim TJ, Ju W, et al. Development and validation of artificial intelligence-based analysis software to support screening system of cervical intraepithelial neoplasia. *Sci Rep.* 2024;14:1957.

FVCOG2024

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu	• Các bệnh nhân khám phụ khoa và sàng lọc ung cổ tử cung
Địa điểm nghiên cứu	• Bệnh viện Phụ Sản Trung ương
Thời gian nghiên cứu	• Tháng 12/2023 đến tháng 09/2024

FVCOG2024

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu

- n: cỡ mẫu cần nghiên cứu

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

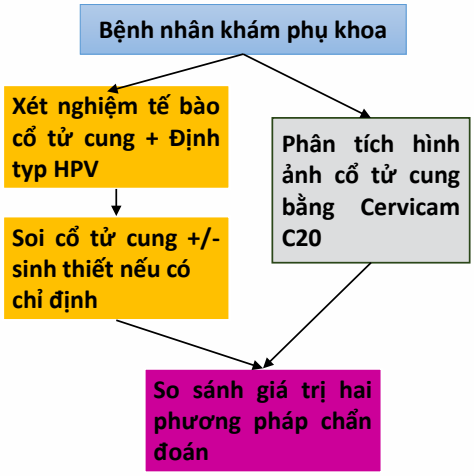
- Z1-α/2 = 1,96
- p: tỷ lệ mắc tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung theo nghiên cứu của Merera D là 15,7%.
- d: khoảng sai lệch theo mong muốn (chọn giá trị 0,06)
- Cỡ mẫu tối thiểu là 142 bệnh nhân. **Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 160 bệnh nhân.**

Đạo đức nghiên cứu

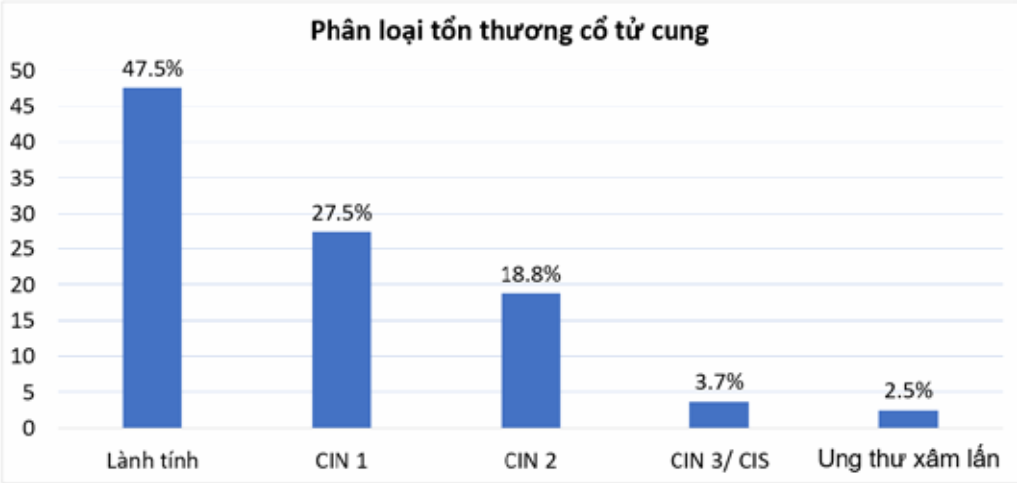
- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu
- Dr Cervicam C20 không ảnh hưởng đến kết quả, phương pháp điều trị, tiên lượng của bệnh nhân trong nghiên cứu

FVCOG2024

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Khả năng phát hiện tổn thương

AI

Độ nhạy: 90,5%

Độ đặc hiệu: 84,2%

Đối chiếu kết quả Dr.Cervicam C20 và tổn thương cổ tử cung (n)		Tổn thương cổ tử cung (n)		Tổng (n)
		Bình thường	Bất thường	
Dr.Cervicam C20 (n)	Bình thường	64	8	72
	Bất thường	12	76	88
Tổng (n)		76	84	160
		Độ đặc hiệu = 84,2%	Độ nhạy = 90,5%	

FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Khả năng phát hiện tổn thương

So sánh với các nghiên cứu khác

AI

Độ nhạy: 90,5%

Độ đặc hiệu: 84,2%

Application of AI in colposcopy

Miyagi et al. (23)	2019	Classification of cervical lesions	310images	CNN	Traditional colposcopy images	Accuracy 82.30%Sensitivity 80.00%Specificity 88.20%
Xue et al. (74)	2020	Classification of cervical lesions	19435patients	CAIADS	Digital colposcopy images	LSIL Sensitivity 90.50%Specificity 51.80%HSIL Sensitivit 71.90%Specificity 93.90%
Yue et al. (75)	2020	Classification of cervical lesions	4753images	CNN,	cervigram images	Accuracy 96.13%Sensitivity 95.09%Specificity 98.22%AUC 0.94
Venkatesan et al. (76)	2021	Classification of cervical lesions	5679images	CNN	colposcopy photographs	Accuracy 83.30%Sensitivity 95.60%
Peng et al. (77)	2021	Classification of cervical lesions	300images	VGG16	colposcopy images	Accuracy 86.30%Sensitivity 84.10%Specificity 89.80%

Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial Intelligence in Cervical Cancer Screening and Diagnosis. *Front Oncol*. 2022;12:851367.

FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Khả năng phát hiện tổn thương

So sánh với tế bào học

TẾ BÀO

Độ nhạy: 81%

Độ đặc hiệu: 82,9%

p < 0,05

AI

Độ nhạy: 90,5%

Độ đặc hiệu: 84,2%

Đối chiếu kết quả tế bào học và tổn thương cổ tử cung (n)		Tổn thương cổ tử cung (n)		Tổng (n)
		Bình thường	Bất thường	
Tế bào học (n)	Bình thường	63	16	79
	Bất thường	13	68	81
Tổng (n)		76	84	160
		Độ đặc hiệu = 82,9%	Độ nhạy = 81,0%	

fvcog2024.vn@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Khả năng phát hiện tổn thương

So sánh với HPV

HPV

Độ nhạy: 98,8%

Độ đặc hiệu: 30,3%

p < 0,05

AI

Độ nhạy: 90,5%

Độ đặc hiệu: 84,2%

Đối chiếu kết quả HPV và tổn thương cổ tử cung (n)		Tổn thương cổ tử cung (n)		Tổng (n)
		Bình thường	Bất thường	
HPV (n)	Bình thường	23	1	24
	Bất thường	53	83	136
Tổng (n)		76	84	160
		Độ đặc hiệu = 30,3%	Độ nhạy = 98,8%	

FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

AI kết hợp các xét nghiệm khác

AI + TBH

Độ nhạy: 97,6%

Độ đặc hiệu: 94,7%

Dr.Cervicam C20 phối hợp xét nghiệm tế bào học (n)		Tổn thương cổ tử cung (n)		Tổng (n)
		Bình thường	Bất thường	
Dr.Cervicam C20 + Tế bào học (n)	Bình thường	72	2	74
	Bất thường	4	82	86
Tổng (n)		76	84	160
		Độ đặc hiệu = 94,7%	Độ nhạy = 97,6%	

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

	Dr.Cervicam C20 phối hợp xét nghiệm HPV (n)		Tổn thương cổ tử cung (n)		Tổng (n)
			Bình thường	Bất thường	
AI kết hợp các xét nghiệm khác	Dr.Cervicam C20 + HPV (n)	Bình thường	66	0	66
AI + HPV		Bất thường	10	84	94
	Tổng (n)		76	84	160
Độ nhạy: 100% Độ đặc hiệu: 86,8%			Độ đặc hiệu = 86,8%	Độ nhạy = 100%	

FVCOG2024

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đánh giá mức độ tổn thương

Bình thường hoặc không điển hình
- CTC bình thường hoặc tổn thương CIN 1 CIN 2

LSIL
- Có tổn thương thực sự
- 65,9% CIN 1
- 34,1% CIN 2 trở lên

HSIL
- Có tổn thương thực sự
- 87% CIN 2 trở lên

Đối chiếu kết quả phân tích Cervicam và tổn thương CTC (n)		Cervicam (n)				Tổng số (n)
		Bình thường	Không điển hình	LSIL	HSIL	
Tổn thương (n)	Lành tính	64	12	0	0	76
	CIN I	5	9	27	3	44
	CIN II	3	3	12	12	30
	CIN III	0	0	2	4	6
	Ung thư xâm lấn	0	0	0	4	4
Tổng số		72	24	41	23	160

KẾT LUẬN

Dr. Cervicam C20 là phương pháp sàng lọc K CTC có hiệu quả cao, có khả năng triển khai rộng rãi

Giúp cải thiện hiệu quả sàng lọc của các phương pháp sàng lọc KCTC tiêu chuẩn

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

CO-TESTING

Lựa chọn đầu tay trong tầm soát ung thư cổ tử cung

T2 GENESIS
Độ nhạy lên tới **90%**





COMPASS STAINER
Cài đặt lên tới **14** chương trình nhuộm



THINPREP T5000
Lên tới **20** mẫu trong 01 lần chạy





I2 - CÔNG NGHỆ AI
Giảm **39%** tỷ lệ âm tính giả



PANTHER - CÔNG NGHỆ mRNA

Phát hiện vùng gen sinh ung thư

Xu hướng lựa chọn phương pháp tầm soát UTCTC tại Hoa Kỳ





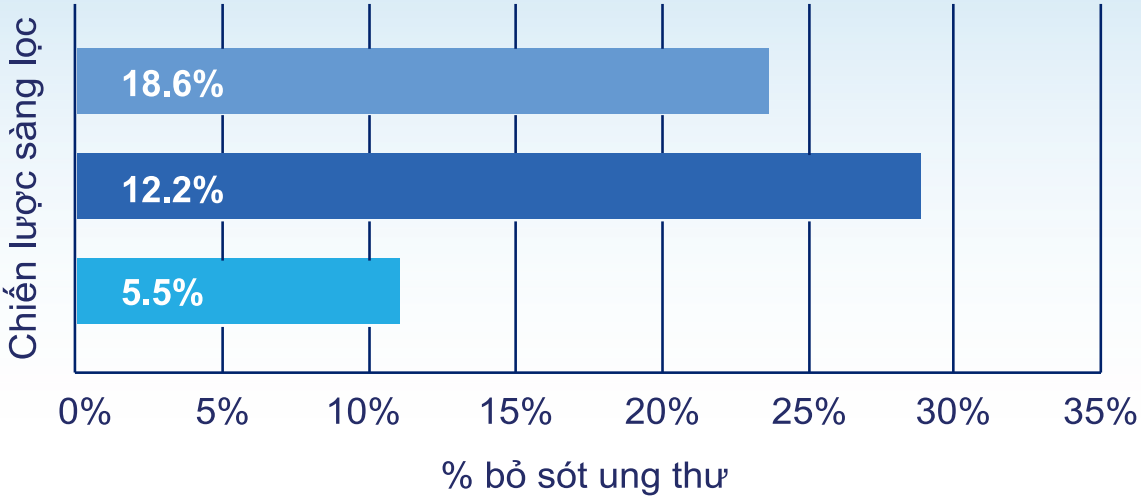
81% phụ nữ tại Mỹ lựa chọn tầm soát bằng Co-testing

★ ★ ★ ★ ★

Nghiên cứu Quest theo dõi trong vòng 81 tháng trên 8,6 triệu phụ nữ tại Mỹ

Kết luận

Xét nghiệm Pap + HPV™ (Co-testing) bỏ sót ung thư và tiền ung thư ít nhất

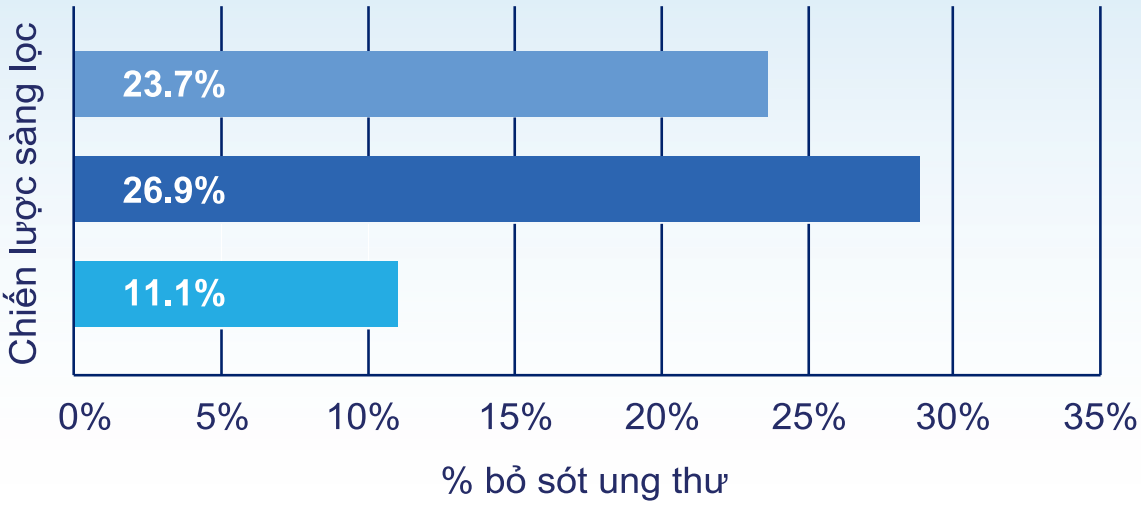


Pap + HPV phát hiện thêm **70%** các ca ung thư bị bỏ sót khi tầm soát chỉ bằng HPV đơn độc

Pap + HPV (Co-testing) bỏ sót Ung thư tế bào biểu mô tuyến ít nhất

2x Trường hợp ung thư tế bào biểu mô tuyến sẽ bị bỏ lỡ khi tầm soát bằng HPV đơn độc so với tầm soát bằng Co-testing

Austin et al., 20181 | % Bỏ sót ADCs



LIÊN HỆ
Nguyễn Thị Lương Minh
0982.37.38.38

GOLDEN GATE

Nhà phân phối tại Việt Nam
CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI CỔNG VÀNG HOLOGIC®
Website: **https://goldengate.vn**



ThS.
VŨ ĐÌNH HỢP

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản -
Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- Năm 2008-2011: Cử nhân công nghệ sinh học, Đại học Quốc tế Thành Phố Hồ Chí Minh
- Năm 2012-2015: Cử nhân khoa học y sinh, Đại học Tây Anh (UWE, United Kingdom)
- Năm 2015-2016: Thạc sĩ khoa học y sinh, Đại học Tây Anh (UWE, United Kingdom)
- Năm 2023-nay: Nghiên cứu sinh, Học viện Hàn lâm Khoa hoc và công nghệ Việt Nam

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 3-12/2017: Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
- Từ 12/2017 - đến nay: Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

FVCOG2024

TỔNG QUAN ỨNG DỤNG AI TRONG LAB IVF: TIỀM NĂNG VÀ THÁCH THỨC

ThS.BS. Vũ Đình Hợp

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

FVCOG2024

1 **KHÁI NIỆM – NGUYÊN LÝ**

ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

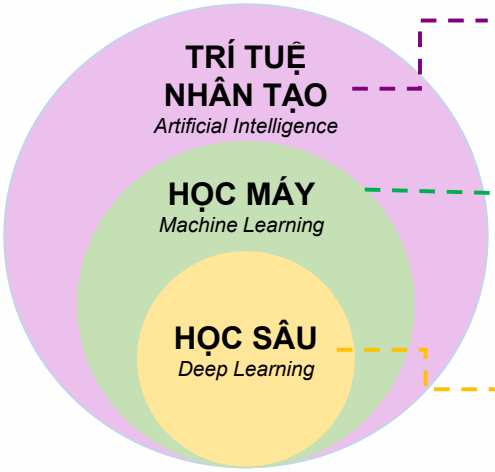
- Đánh giá chất lượng noãn
- Đánh giá và lựa chọn tinh trùng
- ICSI / AH / Đông-rã
- Đánh giá chất lượng phôi
- PGT

ARTIFICIAL INTELLIGENCE

2

3 **TIỀM NĂNG – THÁCH THỨC**

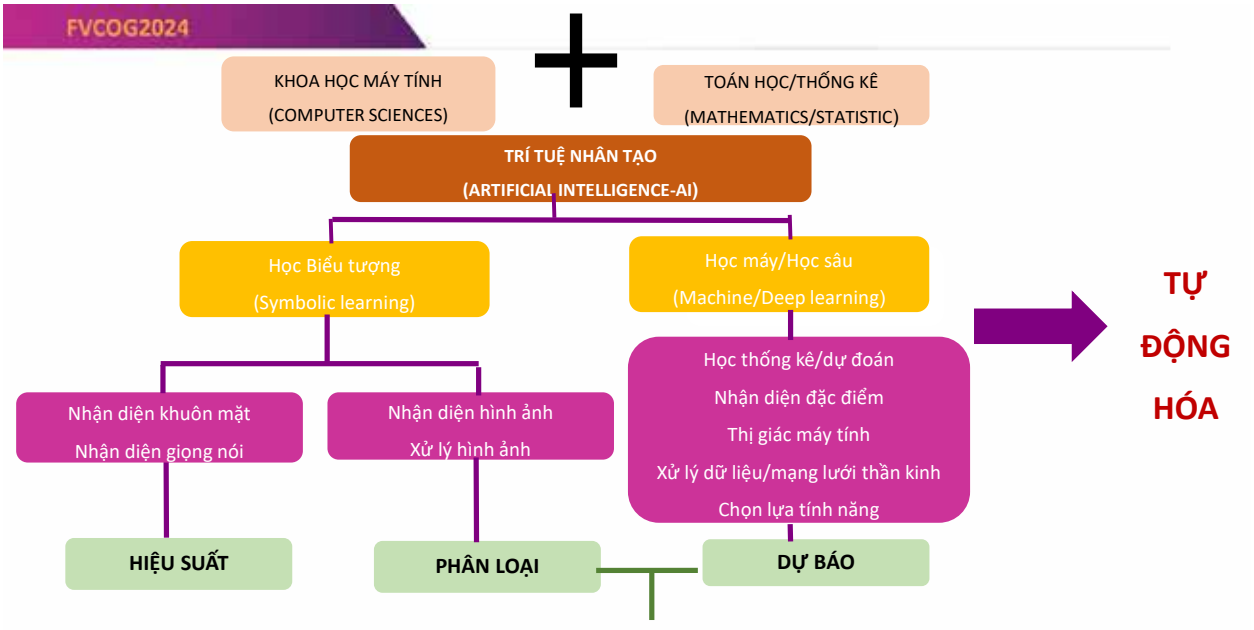
I. KHÁI NIỆM – NGUYÊN LÝ



Nghiên cứu cho phép máy móc bắt chước hành vi thông minh của con người bằng cách sử dụng thuật toán

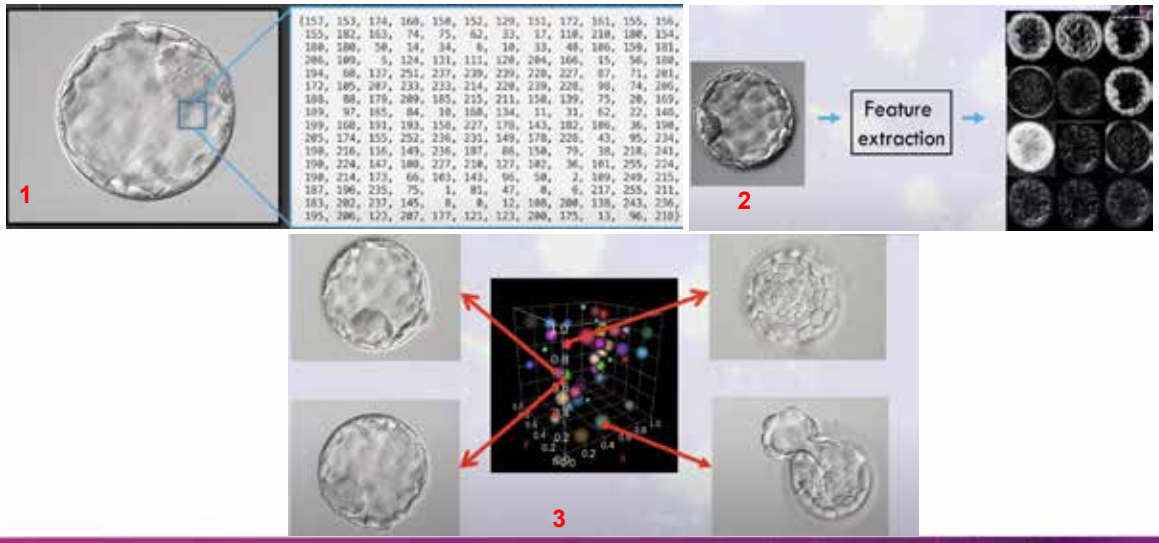
Công cụ của AI, máy móc học tập thông qua dữ liệu để giải quyết vấn đề

Nghiên cứu sử dụng mạng lưới thần kinh nhân tạo để bắt chước chức năng của con người



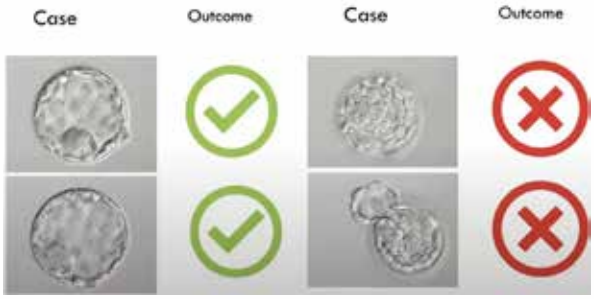
FVCOG2024

THỊ GIÁC MÁY TÍNH - COMPUTER VISION

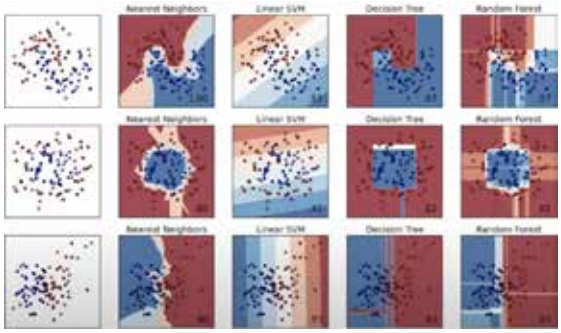


FVCOG2024

GÁN NHÃN/PHÂN LOẠI



Gán nhãn/ Phân loại



Thuật toán

- Xử lý dữ liệu
- Xây dựng mô hình, thuật toán

KIỂM ĐỊNH KẾT QUẢ

Test trên dữ liệu hồi cứu

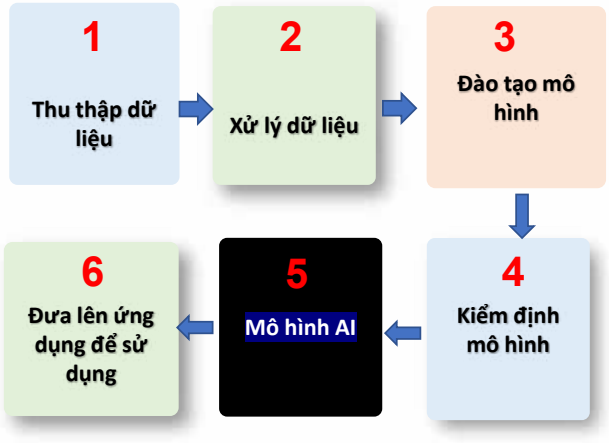
- Đào tạo lại với dữ liệu của trung tâm → hiệu chỉnh mô hì
- Kiểm định chéo

So sánh với CVP

- Không phải luôn là tối ưu
- Hồi cứu / Tiến cứu

So sánh ghép cặp

QUY TRÌNH XÂY DỰNG MỘT MÔ HÌNH AI



- 70% dữ liệu để huấn luyện
- 10% dữ liệu để kiểm định
- 20% dữ liệu để kiểm thử

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

1. Đánh giá chất lượng noãn

RESEARCH Open Access

Semantic segmentation of human oocyte images using deep neural networks

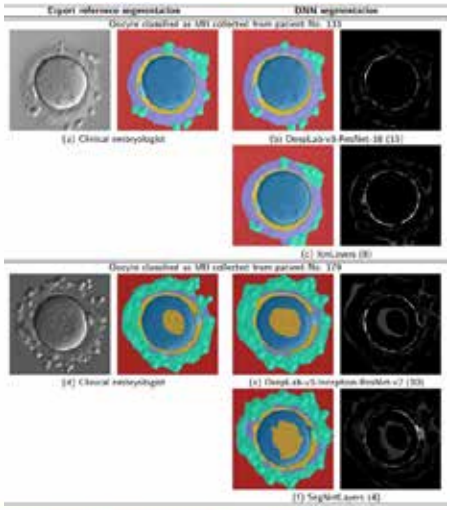
Anna Targosz[1,2*], Piotr Przystalka[1], Ryszard Wiaderkiewicz[1] and Grzegorz Mrugacz[1]

Xác định các đặc điểm của noãn:

Độ sáng bào tương, mức độ hạt, cụm SER, bào tương sậm, không bào, PB1, Mx, PB phân mảnh, khoang PVS, ZP, tế bào hạt, GV

71 mô hình Deep neural network

KQ: mô hình tốt nhất đạt độ chính xác 85% (training) và 79% (validation)



FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

1. Đánh giá chất lượng noãn

Một số phần mềm đang trong quá trình NC

MAGENTA™ FOR IVF

Evaluating and scoring egg quality to inform decision-making, assess IVF cycle outcomes, and plan for future cycles

ESHRE 2022 – O-204:

Magenta được đào tạo từ hình ảnh của 16373 noãn, thang điểm 1 - 10

→ NC tiến cứu, kiểm định trên 392 hình ảnh noãn (46 BN)

1.0 – 4.0 (188 noãn)	26.6%
4.1 – 7.0 (188 noãn)	32.0%
7.1 – 10.0 (188 noãn)	46.1%

Nhóm phôi nang có điểm Magenta trung bình cao hơn (5.0 vs 4.2, $p < 0.05$)

Hạn chế: Cỡ mẫu nhỏ, Chưa loại tinh trùng PT, hình ảnh chất lượng kém

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

1. Đánh giá chất lượng noãn

Một số phần mềm đang trong quá trình NC

MAGENTA™
FOR IVF
Evaluating and scoring egg quality to inform decision-making, assess IVF cycle outcomes, and plan for future cycles.

VIOLET™
FOR EGG FREEZING
Measuring egg quality for an objective view of the probability of successful fertilization and blastocyst development to guide egg freezing cycles.



II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng



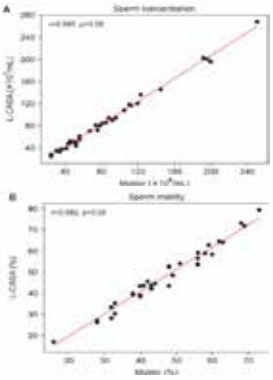
Park (2021) "Accuracy comparison study of new smartphone-based semen analyzer versus laboratory sperm quality analyzer"

FVCOG2024

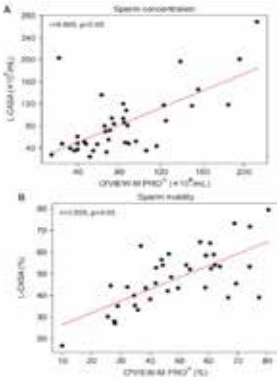
II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng

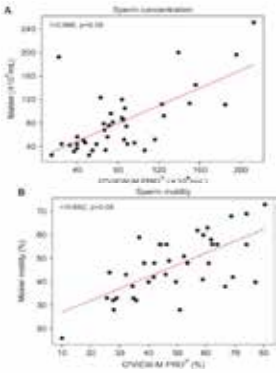
CASA vs Thủ công



CASA vs O'VIEW M-PRO



Thủ công vs O'VIEW M-PRO



Park (2021) "Accuracy comparison study of new smartphone-based semen analyzer versus laboratory sperm quality analyzer"

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng

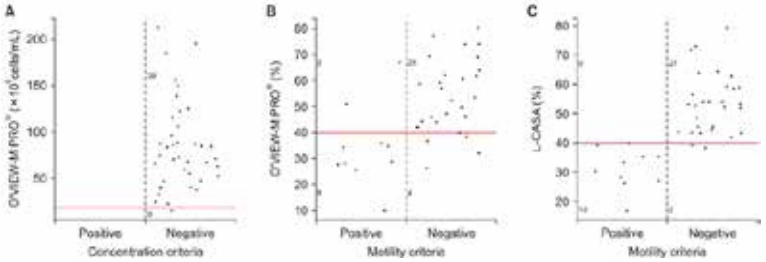


Table 4. PPA and NPA on sperm motility between the devices performance

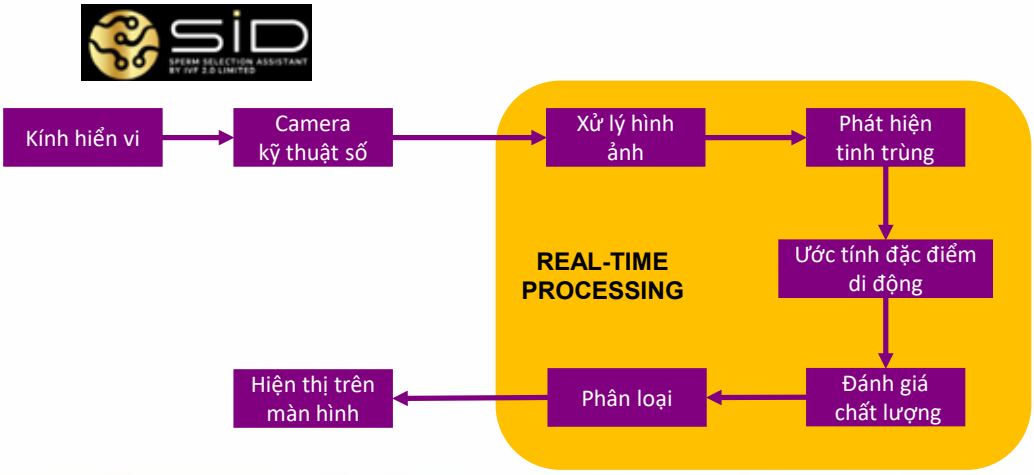
Device	Criterion	n	PPA (%)	NPA (%)	FP cases	Accuracy (%)
O'VIEW-M PRO®	Makler	39	86.2	80.0	4	84.6
O'VIEW-M PRO®	L-CASA	39	85.2	66.7	4	79.5
L-CASA	Makler	39	93.1	100.0	2	94.9

PPA, positive percent agreement; NPA, negative percent agreement; FP, false positive.

Park (2021) "Accuracy comparison study of new smartphone-based semen analyzer versus laboratory sperm quality analyzer"

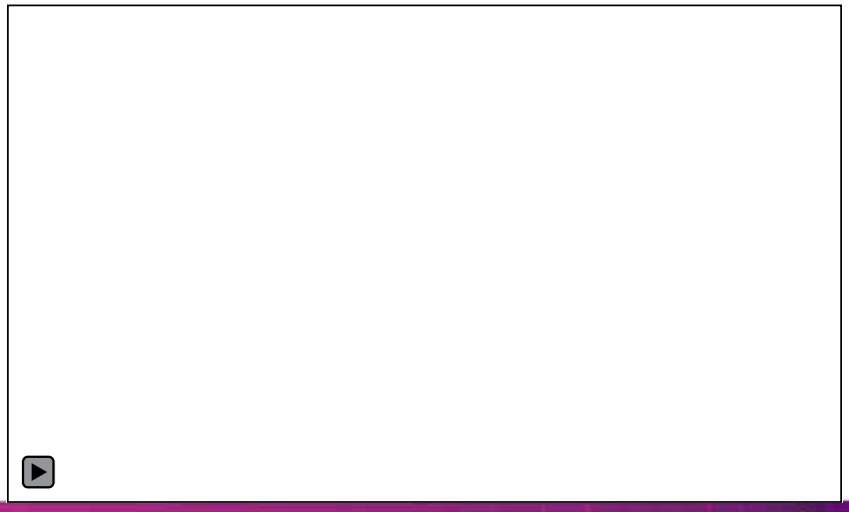
II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng



II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng



FVCOG2024

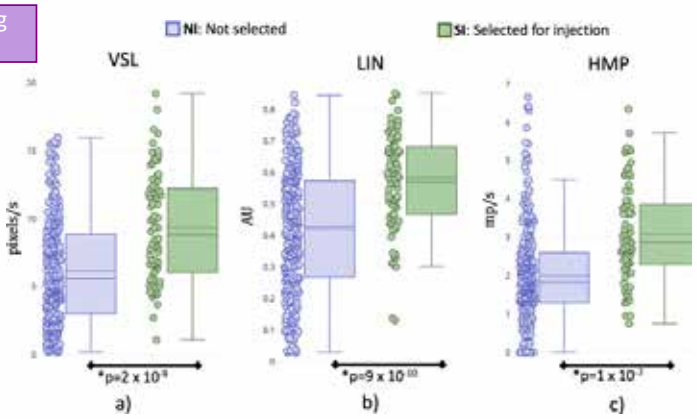
II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng

383 tinh trùng

78 – chọn

305 – không được chọn



Mendizabal-Ruiz (2022) "Computer software (SiD) assisted real-time single sperm selection associated with fertilization and blastocyst formation

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

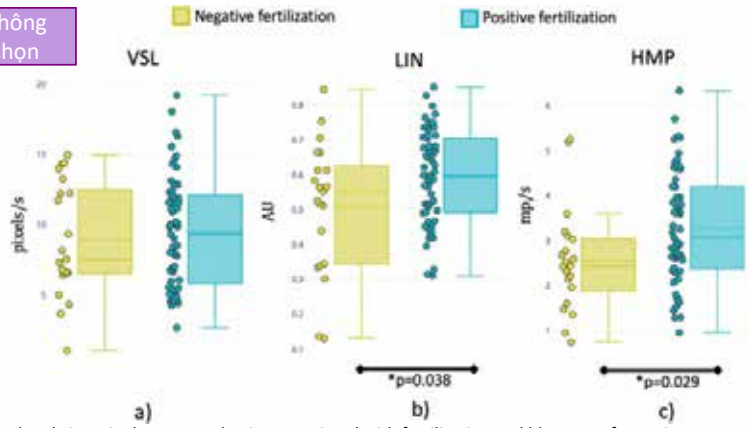
2. Đánh giá chất lượng tinh trùng

383 tinh trùng

78 – chọn

305 – không được chọn

21 (-) thụ tinh
57 (+) thụ tinh



Mendizabal-Ruiz (2022) "Computer software (SiD) assisted real-time single sperm selection associated with fertilization and blastocyst formation

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng

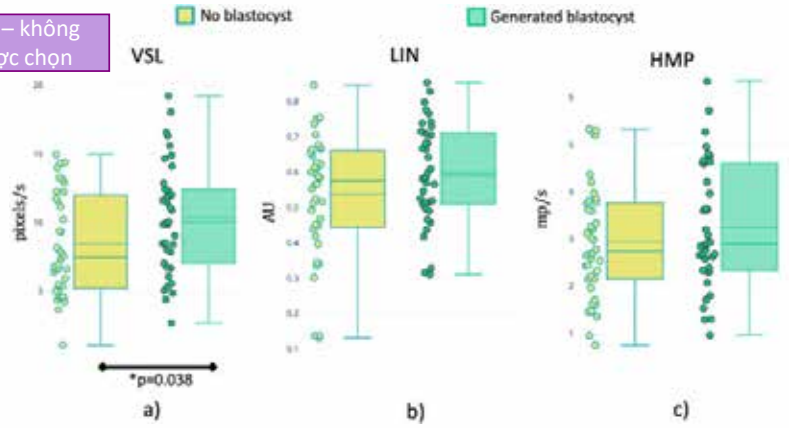
383 tinh trùng

78 – chọn

305 – không được chọn

21 (-) thụ tinh
57 (+) thụ tinh

38 (-) phôi nang
40 (+) phôi nang



Mendizabal-Ruiz (2022) "Computer software (SiD) assisted real-time single sperm selection associated with fertilization and blastocyst formation

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

2. Đánh giá chất lượng tinh trùng

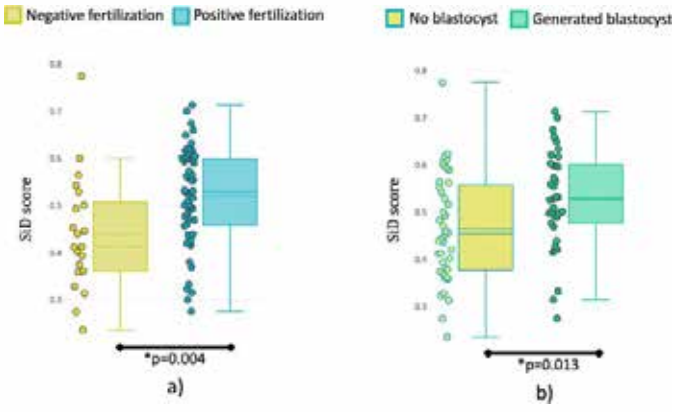
383 tinh trùng

78 – chọn

305 – không được chọn

21 (-) thụ tinh
57 (+) thụ tinh

38 (-) phôi nang
40 (+) phôi nang



Mendizabal-Ruiz (2022) "Computer software (SiD) assisted real-time single sperm selection associated with fertilization and blastocyst formation

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

3. ICSI

TÁCH NOÃN

Siêu âm + vi dòng chảy

Mokhtare (2021): So sánh

SAW 80 / 200 MHz / thủ công

Kết quả:

- Sống: 82.5 – 84.0 – 83.3%
- Thụ tinh: 80 – 80 – 83%
- Tạo PN: 72.5 – 82 – 66.7%
- 13 ca live birth



FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

3. ICSI

TÁCH NOÃN

Siêu âm + vi dòng chảy

Mokhtare (2021): So sánh

SAW 80 / 200 MHz / thủ công

Kết quả:

- Sống: 82.5 – 84.0 – 83.3%
- Thụ tinh: 80 – 80 – 83%
- Tạo PN: 72.5 – 82 – 66.7%
- 13 ca live birth



LỰA CHỌN NOÃN + VỊ TRÍ

Saadat (2018):

Thuật toán biến đổi Hough:

→ **Phân biệt noãn và thể cực**

Kết quả:

- 100% phát hiện được noãn và Pb, bất kể màu nền, độ phóng đại, vị trí – hướng xoay
- Độ chính xác giảm khi ảnh mờ



II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

3. ICSI

TÁCH NOÃN	LỰA CHỌN NOÃN + VỊ TRÍ	BẤT ĐỘNG TINH TRÙNG
Siêu âm + vi dòng chảy ***Mokhtare (2021):*** So sánh SAW 80 / 200 MHz / thủ công **Kết quả:** - Sống: 82.5 – 84.0 – 83.3% - Thụ tinh: 80 – 80 – 83% - Tạo PN: 72.5 – 82 – 66.7% - 13 ca live birth 	***Saadat (2018):*** Thuật toán biến đổi Hough: → **Phân biệt noãn và thể cực** **Kết quả:** - 100% phát hiện được noãn và Pb, bất kể màu nền, độ phóng đại, vị trí – hướng xoay - Độ chính xác giảm khi ảnh mờ 	***Zhang (2019):*** Tay robot + thuật toán điều khiển trực quan **Kết quả:** - Phát hiện đầu tinh trùng: 96% - Bất động tinh trùng: 94.5% - Cần kết hợp thêm với đánh giá hình thái thủ công 

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

3. ICSI

TÁCH NOÃN	LỰA CHỌN NOÃN + VỊ TRÍ	BẤT ĐỘNG TINH TRÙNG	ICSI
Siêu âm + vi dòng chảy ***Mokhtare (2021):*** So sánh SAW 80 / 200 MHz / thủ công **Kết quả:** - Sống: 82.5 – 84.0 – 83.3% - Thụ tinh: 80 – 80 – 83% - Tạo PN: 72.5 – 82 – 66.7% - 13 ca live birth 	***Saadat (2018):*** Thuật toán biến đổi Hough: → **Phân biệt noãn và thể cực** **Kết quả:** - 100% phát hiện được noãn và Pb, bất kể màu nền, độ phóng đại, vị trí – hướng xoay - Độ chính xác giảm khi ảnh mờ 	***Zhang (2019):*** Tay robot + thuật toán điều khiển trực quan **Kết quả:** - Phát hiện đầu tinh trùng: 96% - Bất động tinh trùng: 94.5% - Cần kết hợp thêm với đánh giá hình thái thủ công 	***Costa-Borges (2023):*** **ICSIA** – đứa trẻ đầu tiên - Tự động hóa QT - Thử nghiệm động vật → tiêm vi hạt noãn người → ICSI (~ 3 noãn/2p) 13/14 thụ tinh 4 phôi chuẩn bội → 3 FET → 2 em bé 

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

4. Hỗ trợ thoát màng, đông – rã phôi

Hỗ trợ phôi thoát màng	Đông - Rã
Kelly (ASRM 2021): Sử dụng mô hình Deep Learning CNN để **xác định vị trí AH** với phôi phân chia (70h). Chia 12 nhóm vị trí (~ đồng hồ) → CVP gán nhãn Đào tạo: 13 908 hình → Kiểm định: 1908 hình → Test: 3888 hình **Kết quả:** - Độ chính xác: 99.41% (95% CI 99.11 – 99.62%) 	***Arav (2018):*** Thiết bị Sarah ® → đông lạnh, Helia ® → rã đông *(FertileSafe)* - Load phôi lên cọng - Sử dụng tay robot → nhúng qua các loại môi trường → LN2 **Kết quả:** - Tỉ lệ sống: 100% (phôi), 95% (noãn) **Hạn chế:** - Phôi/noãn động vật - Bán tự động 

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

5. Đánh giá chất lượng phôi

Hệ thống	Tác giả (báo)	Loại dữ liệu	Kết quả chính
Convolutional Neural Networks (CNN)	Thirumalaraju 2021	Ảnh phôi nang	Phân loại hình thái
IVY (iDAScore)	**Tran 2019**	**Video Timelapse**	**Tim thai**
Life Whisperer	VerMilyea 2020	Ảnh phôi nang	Tim thai
IVFVision.ai	Hardy 2020	Ảnh phôi nang	Tim thai
CHLOE	Các báo cáo ESHRE 2022	Video Timelapse	Phôi nang/ Làm tổ
EEVA	**Valera 2023**	**Video Timelapse**	**Phôi nang**
ERICA	Chavez-Badiola 2020	Ảnh phôi nang	Phôi chuẩn bội/Làm tổ
EPA	Huang 2021	Video Timelapse	Phôi chuẩn bội

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

5. Đánh giá chất lượng phôi

ERICA

Chavez-Badiola (2020)

- 1231 hình ảnh phôi nang → Đào tạo: 90% + Test: 10%
- Deep neural networks và thị giác nhân tạo → 94 đặc điểm

Kết quả:

- Độ chính xác: 0.70 (kiểm định)
- Trên dữ liệu test:
  - Độ chính xác: 0.70
  - AUC = 0.74

ESHRE 2021 (P243, P244)

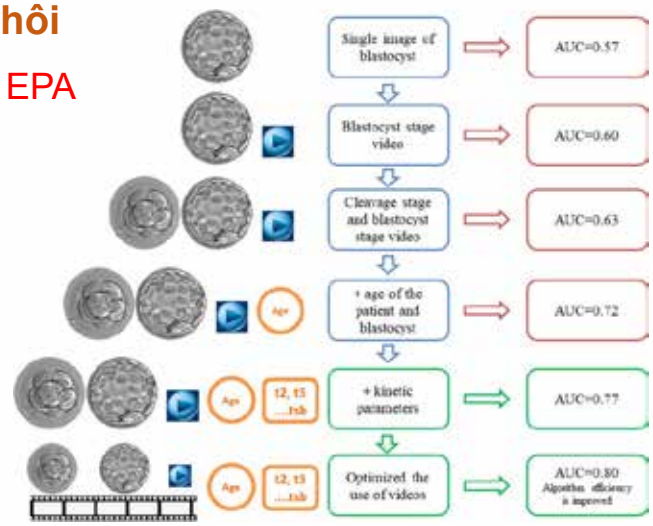
- Độ ERICA thấp tương quan với tỉ lệ sảy thai
- Có thể tinh chỉnh thuật toán theo phác đồ + QT

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

5. Đánh giá chất lượng phôi

EPA



Huang (2021)

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

5. Đánh giá chất lượng phôi



ARTICLE

External validation of a model for selecting day 3 embryos for transfer based upon deep learning and time-lapse imaging

Jiahong Zhu [1,2], Lihong Wu [1,2], Junxia Liu [1,2], Yanfeng Liang [1,2], Jiayi Zou [1,2], Xiangwei Hao [1,2], Guoning Huang [1,2] ✉, Wei Hon [1,2] ✉

Zhu, 2023. 7786 phôi, 4328 chu kỳ, iDASCore V2 vs Morphologcal assessment. SET, AUC 0.63 vs 0.60, p=0.043



Improved pregnancy prediction performance in an updated deep-learning embryo selection model: a retrospective independent validation study

Satoshi Ueno [1], Jorgen Berntsen [1], Tadashi Okimura [1], Keiichi Kato [1] ✉

Ueno, 2024. iDAScore V2 vs Morphological assessment. SET, AUC 0.736 vs 0.702.
>42 tuổi: AUC 0.745 vs 0.696
p<0.0001



Clinical validation of an automatic classification algorithm applied on cleavage stage embryos: analysis for blastulation, euploidy, implantation, and live-birth potential

M A Valera [1,2], B Aparicio-Ruiz [1], S Pérez-Albalá [1], L Romany [1], J Remohí [1], M Meseguer [1,2]

Valera, 2023. EEVA tiên lượng phôi nang, AUC = 0.768 cho tất cả phôi, 0.762 cho phôi hiến, 0.757cho phôi PGT

FVCOG2024

II. ỨNG DỤNG CỦA AI TRONG LAB IVF

6. Xét nghiệm di truyền tiền làm tổ

PGT

Wilcox (2019):

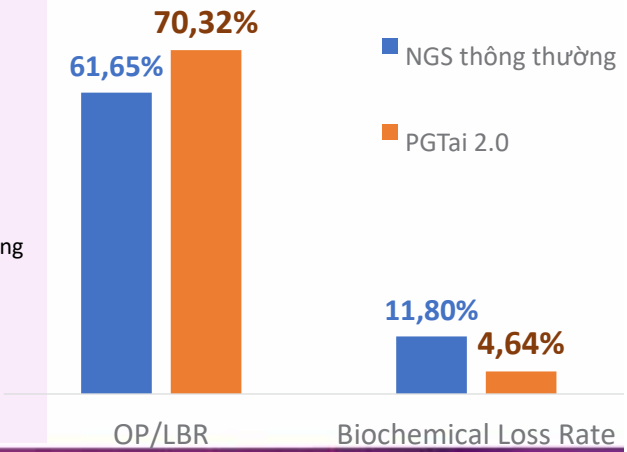
So sánh kết quả đọc NGS của PGTai với kỹ thuật viên

Kết quả:

- Tỉ lệ nguyên bội: PGTai > E (45.8% vs 33.1%, p < 0.05)
- Tỉ lệ khảm thấp: PGTai < E (5.1% vs 12.6%, p < 0.05)
- Tỉ lệ khảm cao (40%-80%), lệch bội, đa bất thường: tương đương

PGTai℠

Licciardi (ASRM 2020):



III. TIỀM NĂNG VÀ THÁCH THỨC

Tiềm năng

➢ **Giảm yếu tố chủ quan từ con người:**






- Cảm xúc
- Sức khỏe, mệt mỏi
- Kinh nghiệm làm việc

- Không bị ảnh hưởng cảm xúc
- Làm việc 24/7
- Dựa trên bộ dữ liệu đào tạo
- Kết quả đồng nhất

FVCOG2024

III. TIỀM NĂNG VÀ THÁCH THỨC

Tiềm năng

➢ **Bước đầu cho thấy tăng độ chính xác**

Kỹ thuật không xâm lấn



↑ tính thống nhất, khách quan



Khai thác dữ liệu



Thay thế thống kê truyền thống, RCT



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

III. TIỀM NĂNG VÀ THÁCH THỨC

Thách thức

➢ Thách thức về dữ liệu

- **Dữ liệu đầu vào**
  - Mô hình xây dựng theo trung tâm
  - Số lượng ít
  - Không đa dạng
  - Nhiễu dữ liệu

→ Thường chỉ hiệu quả tại Trung tâm

- **Đào tạo dữ liệu**

Không có thai **Có thai**



Gắn nhãn sai → Mô hình sai → Kết quả sai

Địa lý
Con người
Quy trình lab
Môi trường
Thiết bị

Dữ liệu khác nhau trên thế giới, giữa các trung tâm → Hiệu quả không được đảm bảo khi áp dụng thực tế giữa các nơi khác

Jerome Chambost và cs., Artificial intelligence in ART, ASRM 2021

Montag, M. A Practical Guide to Selecting Gametes and Embryos (2014)

FVCOG2024

III. TIỀM NĂNG VÀ THÁCH THỨC

Thách thức

➢ Kiểm định phương pháp xây dựng mô hình

Cùng một mô hình
- Cách viết code
- Tham số học
- Số lượng hình ảnh lặp lại

<u>Khác nhau giữ mỗi người</u>

→Trung tâm khác không thể thực nghiệm lại kết quả

→Mô hình sai→ không thể sửa, không thể hiệu chỉnh

Jerome Chambost và cs., Artificial intelligence in ART, ASRM 2021

➢ Chưa kết hợp dữ liệu lâm sàng

Mô hình lựa chọn phôi
- Hình ảnh, video, chỉ số động học, tuổi, BMI, đặc điểm lâm sàng…

→ **Các mô hình hiện tại chưa khai thác kết hợp hết các dữ liệu**



"Bề nổi của tảng băng chìm"

FVCOG2024

III. TIỀM NĂNG VÀ THÁCH THỨC

Thách thức

ĐẶC ĐIỂM THUẬT TOÁN	PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
- Chất lượng dữ liệu và cỡ mẫu	- Khó kiểm định phương pháp xây dựng mô hình
- Khó diễn giải nhân-quả	- Đa số chưa có ngoại kiểm
- Chỉ đúng với điều kiện của mô hình	- Đa số chưa có thử nghiệm lâm sàng
	- Ít NC kết hợp với các dữ liệu LS
- Chọn đặc điểm không mong muốn	- Ít NC tập trung vào kết quả trẻ sinh sống
- Kém nhận diện đặc điểm hiếm gặp	- Hiện tượng Blackbox

Montag, M. A Practical Guide to Selecting Gametes and Embryos (2014)
Jerome chambost và cs., Artificial intelligence in ART, ASRM 2021; Voter và cs., 2021

FVCOG2024

KẾT LUẬN



- AI là công cụ tiềm năng để giải quyết nhiều vấn đề trong Lab IVF, hỗ trợ đưa ra quyết định
- AI chưa giúp nâng cao hiệu quả lâm sàng rõ rệt
- Chiến lược tiếp cận, xây dựng và phát triển ứng dụng AI phù hợp ở mỗi trung tâm


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

eurofins

GENTIS

GENTIS

PIONEERING IN THE FIELD OF GENETIC ANALYSIS

02 high standard laboratories with a total area of > 2,500 m2 in Hanoi and Ho Chi Minh City

GENTIS's genetic testing is available in many countries around the World

>50 sample collection points nationwide

Cutting-edge equipment and most advanced facility in Asia

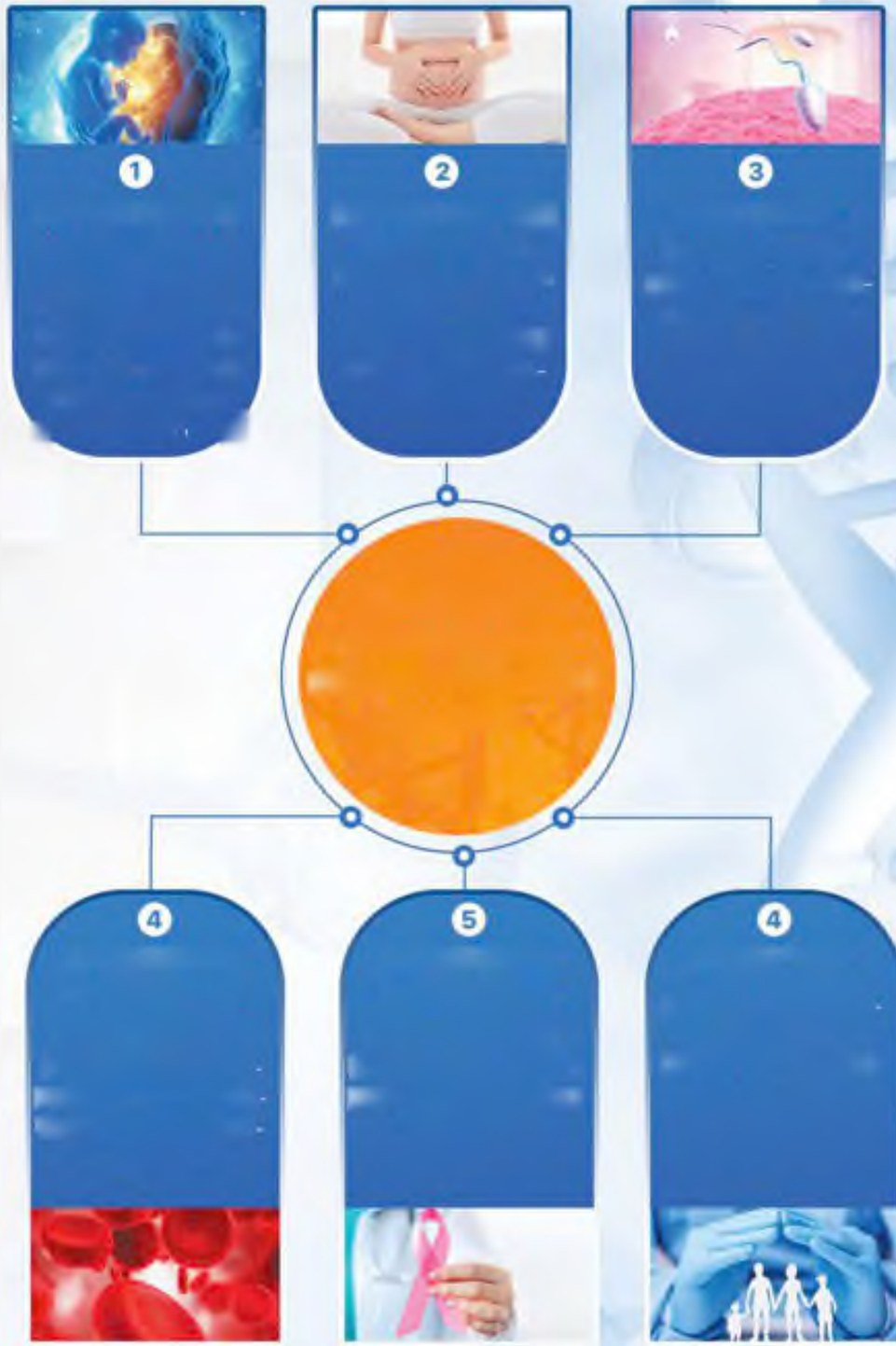
ISO 9001:2015, ISO15189:2022, ISO/IEC 27001:2022, applying CAP - the world's most stringent quality standard in the field of genetic testing

A team of top experts and doctors in the field of genetics

Scan QR for free document

eurofins

GENTIS



eurofins

GENTIS
NIỀM TIN TRỌN VẸN

GENTIS

PIONEERING IN THE FIELD OF GENETIC ANALYSIS

- 02 high standard laboratories with a total area of > 2.500 m2 in Hanoi and Ho Chi Minh City
- GENTIS's genetic testing is available in many countries around the World
- >50 sample collection points nationwide
- Cutting-edge equipment and most advanced facility in Asia
- ISO 9001:2015, ISO15189:2022, ISO/IEC27001:2022, applying CAP - the world's most stringent quality standard in the field of genetic testing
- A team of top experts and doctors in the field of genetics

Scan QR for free document

eurofins

GENTIS
NIỀM TIN TRỌN VẸN



1 REPRODUCTIVE SUPPORT

Pioneering genetic testing for personalized infertility treatment: PGT-M for over 100 rare diseases, PGT-Max 1



2 OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Providing comprehensive, safe, accurate GenEva 92 (NIPT IVD) testing with international quality



3 ANDROLOGY

Offering a complete suite of tests in andrology: CFTR, sperm aneuploidy testing

COMPREHENSIVE GENETIC ECOSYSTEM AT GENTIS

4 HEMATOLOGY IMMUNOLOGY

Genetic analysis for hematology, immunology, organ transplantation, and musculoskeletal conditions



5 HEMATOLOGY IMMUNOLOGY

Newborn screening tests for 83 diseases to ensure a healthy future for children



6 FAMILY TEST

Decoding genes to determine lineage DNA and non-invasive fetal DNA testing



GENETIC TESTING SERVICE JOINT STOCK COMPANY

GENTIS Hanoi: 3rd Floor, 505 Minh Khai, Vinh Tuy Ward, Hai Ba Trung District, Hanoi

GENTIS HCM: 8/24 Nguyen Dinh Khoi, Ward 4, Tan Binh District, Ho Chi Minh City

Hotline: (84) 1800.2010 - (84) 0988.00.2010 **Website:** www.gentis.com.vn/en



ThS.BS. NGUYỄN VIỆT QUANG

Giám đốc Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia – Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2004 – 2010: Bác sĩ Y khoa, Học viện Quân Y, Việt Nam
- 2011: Quản lý chất lượng, PGD và Chiến lược điều trị vô sinh, Đại học Monash, Melbourne, Úc.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 2010 - 2017: Bác sĩ tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia - Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
- Từ: 2017 - 2020: Phó Giám Đốc - Trung tâm Hỗ trợ Sinh sản Quốc gia - Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
- Từ: 2020 - Nay: Giám Đốc Trung tâm hỗ trợ Sinh sản Quốc gia - Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 2024: Biến thể gen FSHR và kết quả kích thích nhẹ buồng trứng ở bệnh nhân Poseidon nhóm 3 và 4 - Tạp chí nghiên cứu Y học
- 2023: So sánh giữa việc kích thích bằng hCG và kích thích kép cho sự trưởng thành cuối cùng của noãn ở những bệnh nhân có đáp ứng buồng trứng kém đang trải qua quá trình kích thích tối thiểu - Kỷ yếu "Fertility and Reproduction" – Hội nghị Aspire
- 2023: Ý nghĩa của xét nghiệm Nipt trong quản lý đa thai - Tác giả - Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp
- 2022: Hoang tưởng mang thai hay giả mang thai? - Tạp chí Y học Việt Nam
- 2021: Bạo lực của bạn đời trong thai kỳ tại Việt Nam: vai trò của các ông chồng - Tạp chí tâm thần học phụ nữ

FVCOG2024

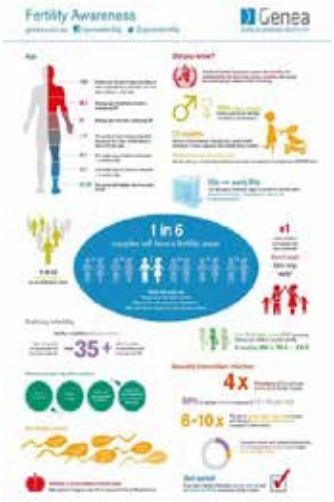
TIẾP CẬN XU HƯỚNG TỦ NUÔI CẤY PHÔI TIME-LAPSE VÀ PHẦN MỀM ĐÁNH GIÁ PHÔI TÍCH HỢP AI

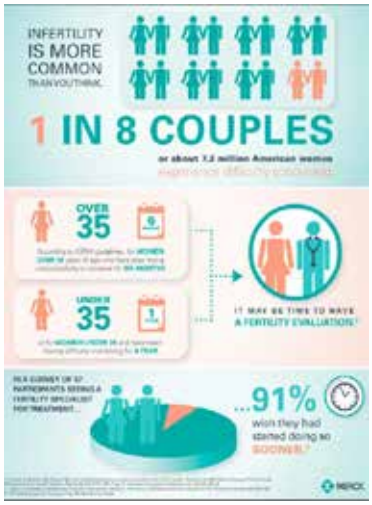
ThS. Nguyễn Việt Quang

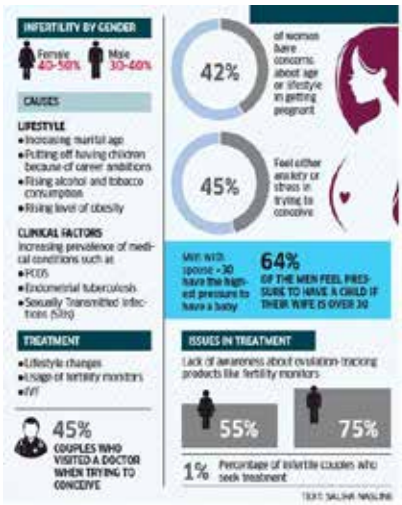
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

FVCOG2024

TỈ LỆ HIẾM MUỘN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ







fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Cải tiến tủ nuôi cấy phôi theo thời gian

25.07.1978











FVCOG2024

Cải tiến tủ nuôi cấy phôi theo thời gian







Tủ nuôi cấy lớn

- Nhiệt độ phục hồi chậm (FORMA 20')[1]
- Diện tích lớn có thể dẫn đến sự phân tầng nhiệt độ
- Phục hồi chậm CO_2 (khoảng 10')
- Tất cả phôi bị ảnh hưởng bởi việc thay đổi điều kiện môi trường
- Cần diện tích lớn

FVCOG2024

Cải tiến tủ nuôi cấy phôi theo thời gian



Tủ nuôi cấy Bench-top

- Khôi phục nhiệt độ nhanh chóng
- Khôi phục nhanh chóng CO_2
- Kiểm soát tốt hơn & nhiệt độ ổn định
- Số đĩa nuôi cấy/ buồng ít hơn
- Chiếm diện tích nhỏ



FVCOG2024

Cải tiến tủ nuôi cấy phôi theo thời gian





Tủ nuôi cấy time-lapse

- Tự động thu thập hình ảnh phôi trong tủ cấy
- Theo dõi phôi liên tục mà không gián đoạn môi trường nuôi cấy phôi
- Một số máy có tích hợp trí tuệ nhân tạo



FVCOG2024

Tủ nuôi cấy lớn vs Time-lapse

Tủ nuôi cấy lớn

- Nhiệt độ phục hồi chậm (FORMA 20')[1]
- Diện tích lớn có thể dẫn đến sự phân tầng nhiệt độ
- Phục hồi chậm CO_2 (khoảng 10')
- Tất cả phôi bị ảnh hưởng bởi việc thay đổi điều kiện môi trường
- Cần diện tích lớn

Tủ nuôi cấy Time-lapse

- Khôi phục nhiệt độ nhanh chóng (**khoản1'**)[1]
- Kiểm soát tốt hơn & nhiệt độ ổn định

- Khôi phục nhanh chóng CO_2 (**khoản 3'**)[1]
- Số đĩa nuôi cấy/ buồng ít hơn
- Chiếm diện tích nhỏ
- **Một số máy có nuôi cấy ẩm**

1. QFRM422 Geri/Geri+ User Manual

FVCOG2024

Human Reproduction Open, pp. 1–26, 2020
doi:10.1093/hropen/hoaa008

human reproduction open | ESHRE PAGES

Good practice recommendations for the use of time-lapse technology†

Khuyến nghị thực hành tốt trong việc sử dụng công nghệ Time-lapse

ESHRE Working group on Time-lapse technology, Susanna Apter[1], Thomas Ebner[2], Thomas Freour[3], Yves Guns[4], Borut Kovacic[5], Nathalie Le Clef[6], Monica Marques[7], Marcos Meseguer[8], Debbie Montjean[9], Ioannis Sfontouris[10], Roger Sturmey[11], and Giovanni Coticchio[12,*]

[1]Livio, Stockholm, Sweden [2]Department of Gynecology, Obstetrics, and Gynecological Endocrinology, Kepler Universitätsklinikum, Linz, Austria [3]Médecine de la Reproduction, CHU de Nantes, Nantes, France [4]Center for Reproductive Medicine, UZ Brussel, Brussels, Belgium [5]Department of Reproductive Medicine and Gynecologic Endocrinology, Universitetni klinicni center Maribor, Maribor, Slovenia [6]European Society of Human Reproduction and Embryology, Grimbergen, Belgium [7]CEMEARE, Lisbon, Portugal [8]IVF Laboratory, Instituto Valenciano de Infertilidad, Valencia, Spain [9]Médecine et Biologie de la Reproduction, Hopital Saint Joseph, Marseille, France [10]Assisted Reproduction Unit, Eugonia, Athens, Greece [11]Centre for Atherothrombosis and Metabolic Disease, Hull York Medical School, University of Hull, Hull, UK [12]9.baby Family and Fertility Center, Bologna, Italy

*Correspondence address. 9.baby Family and Fertility Center, via Dante 15, 40125 Bologna, Italy. E-mail: giovanni.coticchio@gmail.com https://orcid.org/0000-0003-1635-9205

Submitted on December 5, 2019; resubmitted on December 5, 2019; editorial decision on January 29, 2020

Human Reproduction Open, pp. 1–26, 2020
doi:10.1093/hropen/hoaa008

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Bảng I. Các đặc điểm phân chia không điển hình của phôi được quan sát bằng công nghệ Time-lapse so với đánh giá hình thái phôi truyền thống mỗi ngày một lần

Tên đặc điểm	Diễn giải	Chỉ được quan sát bởi TLT hoặc tốt hơn nhờ TLT	Tài liệu tham khảo
Bất thường giai đoạn syngamy	Chuyển động PN bất thường trong tế bào chất	Chỉ được quan sát bởi TLT	Athayde Wirka et al., 2014, Coticchio et al., 2018
Sự xuất hiện không đồng bộ của hai tiền nhân	Sự biến mất của một tiền nhân và sự xuất hiện của một tiền nhân khác	Chỉ được quan sát bởi TLT	Coticchio et al., 2018
Khác biệt về kích cỡ tiền nhân	Sự khác biệt về kích thước của tiền nhân ngay trước khi màng tiền nhân biến mất	Chỉ được quan sát bởi TLT	Otsuki et al., 2017
Tiền nhân tái xuất hiện	Tiền nhân biến mất và xuất hiện trở lại	Chỉ được quan sát bởi TLT	Coticchio et al., 2018
Biểu hiện bất thường của tiền nhân cái	Sự tống xuất của thể cực thứ 3 thay cho sự xuất hiện của tiền nhân cái	Chỉ được quan sát bởi TLT	Mio et al., 2014
Sự phân mảnh của tiền nhân	Sự hình thành của các vi hạt nhân	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Mio et al., 2014
Sự dung hợp của hai tiền nhân	Một tiền nhân được hình thành do sự hợp nhất của hai tiền nhân có từ trước	Chỉ được quan sát bởi TLT	Mio et al., 2014
Rãnh phân cắt đơn cực	Xuất hiện rãnh phân cắt trên một phía của hợp tử	Chỉ được quan sát bởi TLT	Hojnik et al., 2016, Wong et al., 2010
Rãnh phân cắt tam cực	Xuất hiện 3 rãnh phân cắt trên hợp tử	Chỉ được quan sát bởi TLT	Wong et al., 2010
Rãnh giả	Hợp tử biểu hiện màng oolema xù xì trước khi phân chia tế bào chất	Chỉ được quan sát bởi TLT	Athayde Wirka et al., 2014, Wong et al., 2010
Không xuất hiện phân chia	Dừng lại ở giai đoạn hợp tử mặc dù thụ tinh bình thường	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Barrie et al., 2017

Human Reproduction Open, pp. 1–26, 2020
doi:10.1093/hropen/hoaa008

FVCOG2024

Bảng I. Các đặc điểm phân chia không điển hình của phôi được quan sát bằng công nghệ Time-lapse so với đánh giá hình thái phôi truyền thống mỗi ngày một lần

Tên đặc điểm	Diễn giải	Chỉ được quan sát bởi TLT hoặc tốt hơn nhờ TLT	Tài liệu tham khảo
Phân chia trực tiếp	Sự phân chia hợp tử thành ba tế bào hoặc một phôi bào thành ba tế bào trong chu kỳ phân bào thứ nhất (t3-t2 = 0) hoặc thứ hai (hai tế bào thành năm hoặc sáu tế bào), cần phân biệt với phân chia nhanh (t3-t2 <5 giờ)	Chỉ được quan sát bởi TLT	Athayde Wirka et al., 2014, Barrie et al., 2017, Fan et al., 2016, Lagalla et al., 2017, Meseguer et al., 2011, Rubio et al., 2012, Zhan et al., 2016
Phân chia ngược	Sự kết hợp của hai tế bào thành một phôi bào	Chỉ được quan sát bởi TLT	Barrie et al., 2017, Desai et al., 2014, Goodman et al., 2016, Liu et al., 2014b
Sự chuyển động phôi bào	Sự di chuyển kéo dài của phôi bào được gây ra bởi sự chậm trễ trong quá trình biến mất của tiền nhân và sự phân bào đầu tiên	Chỉ được quan sát bởi TLT	Ezoe et al., 2019
Đa nhân	Phôi bào có > 1 nhân	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Balakier et al., 2016, Desai et al., 2014, Ergin et al., 2014, Goodman et al., 2016, Hashimoto et al., 2016
Sự hoà nhập các phân mảnh phôi bào	Các phân mảnh được tái hấp thu vào một phôi bào mẹ	Chỉ được quan sát bởi TLT	Hardarson et al., 2002, Mio et al., 2014
Sự phân chia hỗn loạn bất thường	Hành vi phân chia rối loạn với sự phân chia không đồng đều và phân mảnh	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Athayde Wirka et al., 2014, Barrie et al., 2017
Sự nén phôi sớm	Hình thành các điểm nén chặt giữa các phôi bào ở phôi ngày 3 hoặc ngày 2	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Iwata et al., 2014, Le Cruguel et al., 2013
Sự trục xuất phôi bào	Loại trừ một hoặc nhiều phôi bào ra khỏi sự hình thành phôi dâu hoặc phôi nang	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Coticchio et al., 2019, Lagalla et al., 2017
Sự co rút (collapse) của phôi nang	Sự biến mất hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn của dịch khoang phôi và hậu quả là sự co rút phôi nang.	Quan sát tốt hơn nhờ TLT	Bodri et al., 2016b, Kovacic et al., 2018, Marcos et al., 2015

Human Reproduction Open, pp. 1–26, 2020
doi:10.1093/hropen/hoaa008

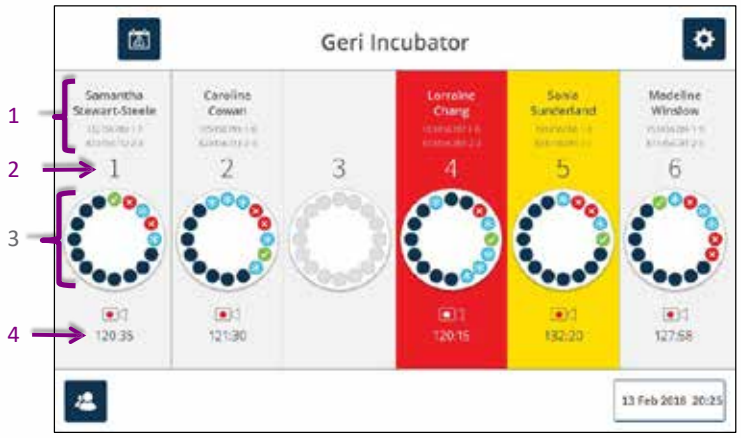
fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

Tủ nuôi cấy Time-lapse
Màn hình chính

Xem toàn bộ các buồng nuôi cấy

1. Thông tin bệnh nhân
2. Số buồng nuôi cấy
3. Tùy chọn gắn thẻ cho phôi
4. Thời gian ghi nhận dữ liệu

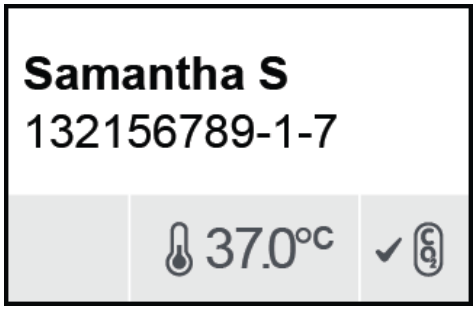


FVCOG2024

Tủ nuôi cấy Time-lapse
Màn hình bên ngoài mỗi buồng

Màn hình LCD ở mỗi buồng với các thông tin chính:

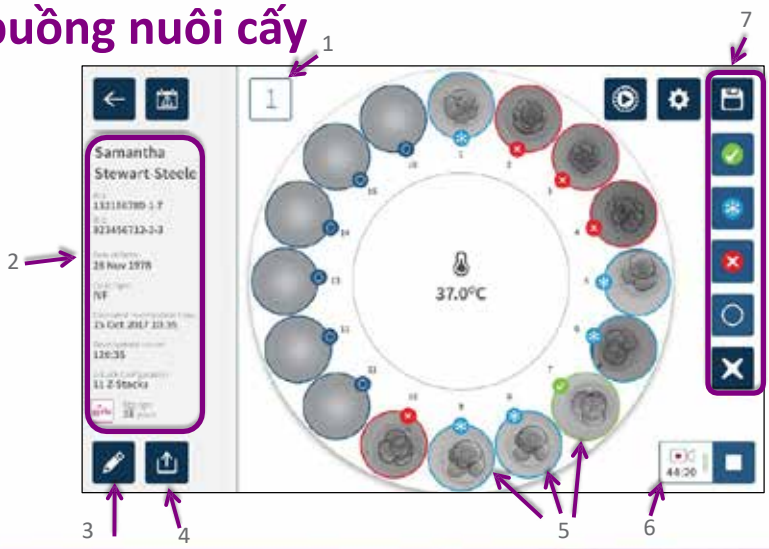
- Tên Bệnh nhân
- ID bệnh nhân
- Nhiệt độ của buồng (trung bình của 4 cảm biến)
- Tình trạng CO_2
- Độ ẩm (*)



Tủ nuôi cấy Time-lapse
Theo dõi từng buồng nuôi cấy

Xem toàn bộ phôi của bệnh nhân

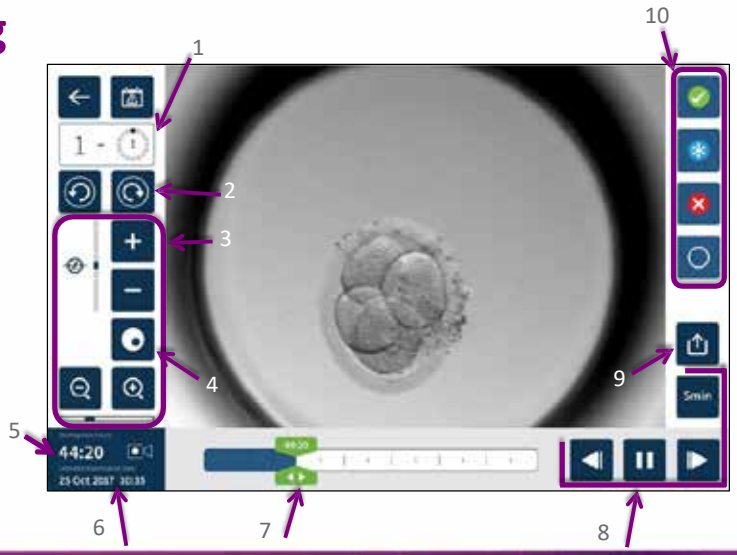
1. Số buồng nuôi cấy
2. Thông tin bệnh nhân
3. Icon điều chỉnh thông tin
4. Icon xuất dữ liệu
5. Hình ảnh phôi gần nhất
6. Thời gian ghi nhận dữ liệu
7. Tùy chọn gắn thẻ cho phôi



Tủ nuôi cấy Time-lapse
Màn hình vi giếng

Màn hình xem từng phôi trong vi giếng

1. Số buồng nuôi cấy & vị trí vi giếng
2. Chuyển sang vị trí đĩa tiếp theo/trước đó
3. Chức năng trục z hoặc phóng to/ thu nhỏ (zoom)
4. Chuyển đổi nền tối
5. Thời gian ghi nhận dữ liệu
6. Thời gian & ngày thụ tinh ước tính
7. Thanh thời gian
8. Điều khiển dòng thời gian
9. Xuất file
10. Tùy chọn gắn thẻ cho phôi



FVCOG2024

Khuyến nghị nuôi cấy ẩm có tỉ lệ thai diễn tiến cao hơn nuôi cấy khô

Humid versus dry incubator: a prospective, randomized, controlled trial

Mohamed Fawzy, M.D.,[a] Mohamed Y. AbdelRahman, M.D.,[b] Mohamed H. Zidan, M.Sc.,[c] Faten F. Abdel Hafez, M.D.,[d] Hazem Abdelghafar, M.D.,[b] Hesham Al-Inany, M.D., Ph.D.,[e] and Mohamed A. Bedaiwy, M.D., Ph.D.[d,f]

Objective: To evaluate the efficacy of a dry versus humidified incubator on human embryo development ex vivo.
Design: Prospective, double-blind, randomized, controlled trial.
Setting: Private fertility centers.
Patient(s): A total of 297 women undergoing in vitro fertilization randomized into two groups.
Intervention(s): From days 0 to day 5 or 6 of culture, intervention group embryos exposed to dry culture and control group embryos exposed to humidified culture.
Main Outcome Measure(s): Subsequent ongoing pregnancy rate.
Result(s): After transfer of embryos, there were statistically significantly lower rates of clinical and ongoing pregnancy in the dry culture arm than in the humidified culture arm (odds ratio [OR] 0.57; 95% confidence interval [CI], 0.36–0.91; versus OR 0.54; 95% CI, 0.34–0.85). On day 3 of culture, embryo quality and compaction were lower in the dry culture group (OR 0.38; 95% CI, 0.32–0.45) than in the group exposed to humidified culture (OR 0.23; 95% CI, 0.19–0.27). On day 5 of culture, embryos in dry culture had a lower rate of blastocyst formation (OR 0.39; 95% CI, 0.33–0.46), quality (OR 0.34; 95% CI, 0.29–0.40), and cryopreservation (OR 0.41; 95% CI, 0.35–0.48).
Conclusion(s): In this study, human embryos cultivated ex vivo in a dry incubator had statistically significantly decreased implantation and clinical and ongoing pregnancy rates. Our findings indicate the need for larger multicenter, randomized, controlled trials.
Clinical Trial Registration Number: NCT01695096. (Fertil Steril® 2017;108:277–83. ©2017 by American Society for Reproductive Medicine.)

FVCOG2024

Humid versus dry incubator: a prospective, randomized, controlled trial

Mohamed Fawzy, M.D.,[a] Mohamed Y. AbdelRahman, M.D.,[b] Mohamed H. Zidan, M.Sc.,[c] Faten F. Abdel Hafez, M.D.,[d] Hazem Abdelghafar, M.D.,[b] Hesham Al-Inany, M.D., Ph.D.,[e] and Mohamed A. Bedaiwy, M.D., Ph.D.[d,f]

TABLE 2

Embryologic outcomes in the dry versus humid culture groups.

Outcome	Dry culture (n = 147)	Humid culture (n = 150)	Odds ratio (95% CI)	*P* value
Maturation rate/collected oocytes	1,856/2,425 (77)	1,928/2,510 (77)	0.98 (0.86–1.12)	.82
Fertilization rate/injected MII oocytes	1,399/1,856 (75)	1,407/1,928 (73)	1.13 (0.98–1.31)	.091
Per fertilized oocytes				
Cleavage rate	1,387/1,399 (99)	1,392/1,407 (99)	1.24 (0.58–2.67)	.57
Top-quality day-3 embryos	909/1,399 (65)	1,168/1,407 (83)	0.38 (0.32–0.45)	<.0001
Compaction rate on day 3	308/1,399 (22)	774/1,407 (55)	0.23 (0.19–0.27)	<.0001
Blastocyst formation rate	714/1,399 (51)	1,022/1,407 (73)	0.39 (0.33–0.46)	<.0001
High-quality blastocyst	490/1,399 (35)	858/1,407 (61)	0.34 (0.29–0.40)	<.0001
Cryopreserved blastocyst rate	464/1,399 (33)	769/1,407 (55)	0.41 (0.35–0.48)	<.0001

Note: Data are presented as proportions, n (%), unless specified otherwise.

Fawzy. Humidity influences embryo development. Fertil Steril 2017.

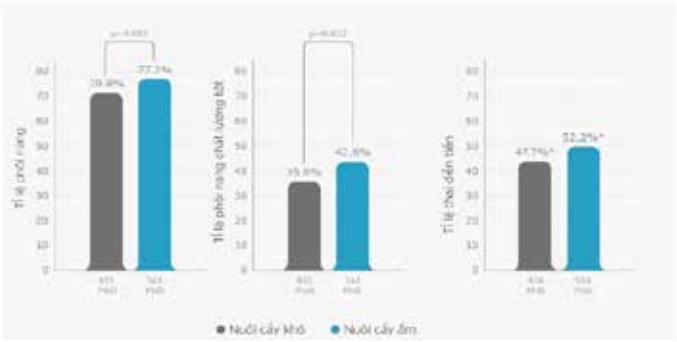
fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

ĐẶC BIỆT TỦ NUÔI CẤY TIME-LAPSE CÓ THỂ TÙY CHỌN NUÔI CẤY ẨM

Trong nuôi cấy *in vivo*, điều kiện nuôi cấy là nuôi cấy ẩm.[9-11] Geri® được thiết kế để cung cấp điều kiện môi trường nuôi cấy tùy chọn cho mỗi buồng nuôi cấy của thiết bị.[1] Một điều kiện khí ẩm cao giúp thúc đẩy sự phát triển của phôi và có thể có ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng trong hỗ trợ sinh sản.[9-11]

SỐ PHÔI NANG VÀ PHÔI NANG CHẤT LƯỢNG TỐT NHIỀU HƠN KHI NUÔI CẤY ẨM Ở TỦ NUÔI CẤY GERI®.[*,10]

NUÔI CẤY ẨM CỦA GERI® CÓ THỂ GIÚP TĂNG TỈ LỆ CÓ THAI DIỄN TIẾN.[*]



9. De los Santos JM, et al., "The eect of high humidity culture conditions over embryo development: a continuous embryo monitoring assessment", ESHRE 2019 abstract.
10. Fawzy, M., et al. "Humid versus dry incubator: A prospective, randomized, controlled trial." Fertility and sterility 108.2 (2017): 277-283..
11. Perez Albala, S.,et al., "Embryo culture conditions under high humidity significantly enhances blastocysts formation and quality according to an automatic time-lapse algorithm", ESHRE 2019 abstract.
* Not statistically significant dierences.

FVCOG2024

22 REMO VOLUME 39 ISSUE 1 2019

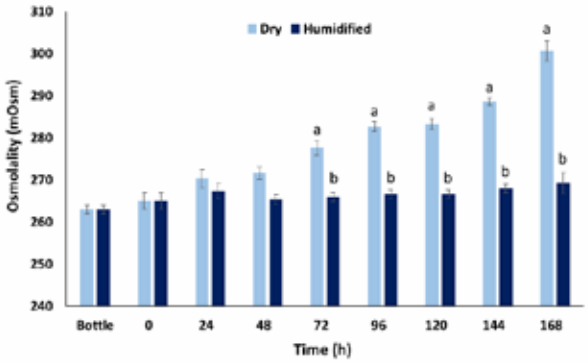


FIGURE 2 Culture media can evaporate while under mineral oil, as indicated by rising media osmolality. This is exacerbated by use of dry incubators and increases over time (data from *Swain et al., 2016*). Data show media osmolality over time after incubation, presented as the mean ± SEM. Significant differences occur between dry and humidified (>90% humidity) incubators by around 72 h (different superscripts between treatments within a time point indicate significant differences; $P < 0.05$). Conditions used were a 35-mm dish with 25-µl media drops covered in 3 ml of paraffin oil.

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

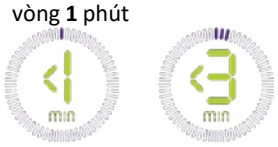
TÓM TẮT TỦ NUÔI CẤY PHÔI TIME-LAPSE

Thiết kế cá thể hoá

- Các buồng nuôi cấy độc lập
- Đường dẫn khí, bộ phận gia nhiệt, camera và cảm biến CO_2 chuyên biệt cho mỗi buồng

Tối ưu hóa điều kiện ổn định

- Môi trường nuôi cấy khô và/hoặc ẩm
- Khôi phục CO_2 trong vòng **3** phút
- Khôi phục nhiệt độ trong vòng **1** phút



KHÔI PHỤC NHIỆT ĐỘ | KHÔI PHỤC KHÍ

Theo dõi phôi liên tục

- Cung cấp hình ảnh phôi liên tục mỗi 5', từ 5- 11 tiêu cự
- Kết nối phần mềm đánh giá tự động kết hợp AI chấm điểm phôi tự động

FVCOG2024

Server kết nối tủ Time-lapse

Có thể kết nối và truy cập dữ liệu từ xa để tham gia cùng chuẩn đoán, quyết định



Kết nối cùng lúc nhiều máy Time-lapse





Nhiều người dùng có thể truy cập cơ sở dữ liệu cùng một lúc

➡ Hồ sơ y tế điện tử

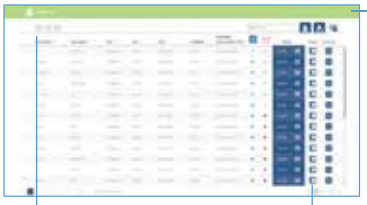
External services

Server kết nối tủ Time-lapse giúp quản lý dữ liệu chặt chẽ, đơn giản

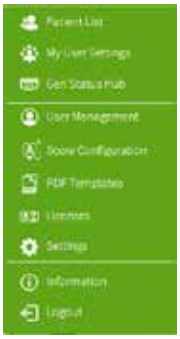
Truy cập bằng trình duyệt web



Quản lý cơ sở dữ liệu bệnh nhân



GCA menus

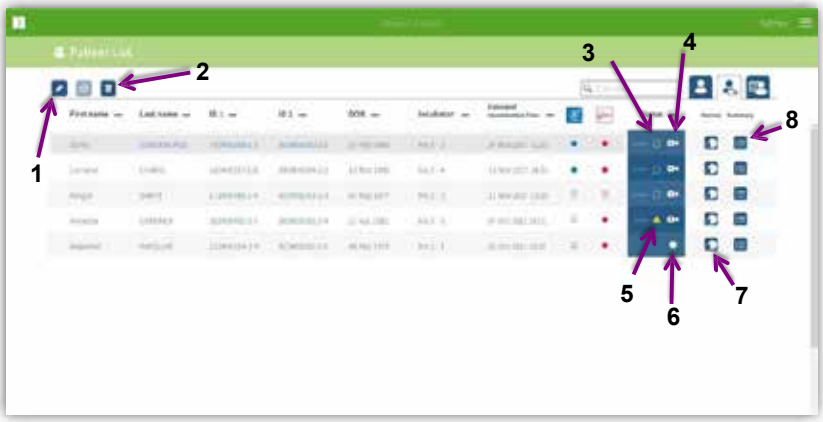


Có thể điều chỉnh đến 1 bệnh nhân cụ thể

Tạo danh sách bệnh mới

Thông tin dữ liệu
Từng phôi được ghi nhận đầy đủ và chính xác

Hoàn thành chu kỳ nuôi cấy, bệnh nhân được cung cấp:
-Toàn bộ lịch sử thông tin nuôi cấy
-Video phát triển từng phôi
-Hình ảnh phát triển mỗi 24h của từng phôi
-File dữ liệu định dạng .csv để phục vụ nghiên cứu lâm sàng



Allocated patients are those that have been allocated/assigned to a chamber, which is listed in the Incubator column. They could be allocated, but not recording or allocated and actively recording.

FVCOG2024

Tóm tắt Server Connect

Không chỉ là một tủ nuôi cấy:
Có thể kết nối nhiều tủ thông qua mạng LAN. Dữ liệu sẽ được đồng bộ, tạo ra một trung tâm dữ liệu cho tất cả bệnh nhân.[1]

Truy cập từ xa:
người dùng có thể đăng nhập, xem lại dữ liệu và video Time-lapse từ các máy tính được kết nối với mạng LAN.[1]

Cung cấp **chức năng giống như bạn đang ở phòng lab, trực tiếp vận hành tủ** Geri®/Geri®+ và điều này tác động tích cực đến quy trình làm việc và quản lý phòng lab.

Hiệu quả phòng lab:
Bệnh nhân có thể được thêm, chỉnh sửa hoặc lưu trữ trực tuyến – tiết kiệm thời gian để truy xuất thông tin bằng cách lưu trữ trực tiếp vào các thư mục trong mạng nội bộ.[1]

Quản trị chất lượng:
Hai mức độ truy cập, cung cấp định nghĩa rõ ràng về vai trò và quyền hạn chỉnh sửa trong phần mềm, với truy xuất đầy đủ nguồn gốc các hành động.[1]

hỗ trợ giao tiếp với bệnh nhân, trong quá trình tư vấn hoặc ở nhà. Màn hình đánh giá bệnh nhân chỉ hiển thị thông tin duy nhất của một bệnh nhân. Có thể xuất dữ liệu (video hoặc hình ảnh mang về) hoặc chia sẻ từ giao diện màn hình với bệnh nhân.



Tối ưu hóa việc đánh giá phôi:
Một giao diện cho phép 03 **module phần mềm đánh giá phôi khác nhau để phát triển dữ liệu hình ảnh từ Time-lapse** dựa trên kiến thức và mong muốn của mỗi trung tâm.[1]

Truy cập từ xa:
Hiển thị các điều kiện môi trường và trạng thái kết nối của mỗi tủ , lịch sử cảnh báo và báo động.[1]

FVCOG2024

Phần mềm đánh giá trí tuệ nhân tạo
Tự động ghi nhận tất cả các sự kiện phát triển của phôi
đánh giá chất lượng phôi dựa trên hình thái học



Phần mềm đánh giá trí tuệ nhân tạo





FVCOG2024

TÓM TẮT PHẦN MỀM ĐÁNH GIÁ PHÔI TỰ ĐỘNG TÍCH HỢP AI

TỰ ĐỘNG XÁC ĐỊNH GIAI ĐOẠN PHÔI VÀ THUẬT TOÁN CHẤM ĐIỂM TUỲ CHỈNH

Là một công cụ đánh giá sự phát triển phôi dựa **trên trí tuệ nhân tạo - tự động phát hiện và chú thích các sự kiện và sự quan sát khi chúng xảy ra.**[1,2]

Cung cấp khả năng kết hợp các thuật toán chấm điểm tùy chỉnh, có thể riêng lẻ hoặc phối hợp, kết hợp các ghi chú được xác định tự động trên sự phát triển phôi cùng với một tập hợp các điều kiện do người dùng xác định, để đưa ra điểm số phôi cuối cùng.[1]



√ **Chuẩn hóa thực hành chú thích** bằng cách xác định tự động các sự kiện dựa trên các nghiên cứu được công bố [2-4] so với sự sai lệch khi chú thích thủ công bởi các embryologist.[5]

√ **Tiết kiệm thời gian và cải thiện quy trình công việc** với Assess 2.0 hỗ trợ các embryologist xác định các mốc phát triển quan trọng trong thời gian phát triển của phôi.[1]

√ **Hỗ trợ trong việc ra quyết định** trước khi chuyển phôi* bằng cách cung cấp kết quả đánh giá động học/hình thái, hỗ trợ cho việc xếp loại phôi.[1,6]

DKSH

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Tủ nuôi cấy Time-Lapse & phần mềm AI tích hợp đi đầu xu hướng IVF và mang lại trải nghiệm chất lượng cho bệnh nhân



Tính năng kỹ thuật



Phần mềm AI tích hợp



Trải nghiệm bệnh nhân

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

GENOLIFE®
My Genome - My Life



Xét nghiệm
NIPT - GENOLIFE

>15 triệu mẹ bầu tin chọn

2909/HNO-GPHĐ
Sở Y tế Hà Nội cấp giấy phép hoạt động cho DV xét nghiệm di truyền

CE-IVD
Hóa chất, trang thiết bị & phần mềm đạt tiêu chuẩn CE-IVD

ISO 15189
Phòng lab đạt tiêu chuẩn ISO 15189:2012 - Số hiệu VILAS Med 182

DNBSEQ
Công nghệ độc quyền: Kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ mới tiên tiến

EMQN
Genolife xuất sắc vượt qua chương trình ngoại kiểm tiêu chuẩn Anh Quốc

Offline
Phần mềm phiên giải được cài đặt Offline tại phòng Lab Genolife

PHÒNG XÉT NGHIỆM TRỰC THUỘC VIỆN CÔNG NGHỆ DI TRUYỀN GENOLIFE

Trụ sở chính: TT03A-6 Hoàng Thành City, KĐT Mỗ Lao, P. Mộ Lao, Q. Hà Đông, Hà Nội

Văn phòng HCM: Số 6, Đường số 11, KDC Him Lam, P. Tân Hưng, Q7, TP. Hồ Chí Minh



Chìa Khóa Tìm Nguyên Nhân Sảy Thai Liên Tiếp

Xét nghiệm Microarray (CMA)

Giải pháp CytoScan (Thermo Fisher)

Tăng tỷ lệ chẩn đoán lên tới **15%** so với phương pháp Karyotype

Khảo sát đa bội, lệch bội, thêm/mất đoạn, LOH/AOH và khảm trên **toàn bộ bộ gen**

Độ phân giải lên tới **200kb** cho mất đoạn và **400kb** cho lặp đoạn

Giải pháp xét nghiệm trước sinh được khuyến nghị bởi **ACOG**

PHIÊN 1D



PGS.TS NGUYỄN VIẾT NHÂN

Giám đốc Khối Di truyền
Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1976 – 1982: Tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa , Trường Đại học Y khoa Huế
- 2000: Tiến sĩ Y học - Trường Đại Học Y Hà Nội
- 12/1 đến 24/2/006: Tập huấn về kỹ thuật di truyền học phân tử tại MAYO CLINIC, Rochester, Hoa Kỳ từ
- 2007: Phó Giáo sư chuyên ngành Y học
- 2008: Tham gia đề án "Các phương pháp, chiến lược và đạo đức trong sàng lọc di truyền trước sinh tại Việt Nam", Global Health Faculty Research Partnership - Đại Học North Carolina, Hoa Kỳ
- 2016: Giảng viên cao cấp
- 2018: Nhà giáo ưu tú
- Thành viên Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Huế
- Thành viên ban biên tập Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 10/2018 - 12/2018: Cán bộ giảng dạy, Bộ môn Di truyền Y học, ĐH Y Dược Huế
- 01/2019 - 06/2022: Chuyên gia Di truyền Y học. Công ty cổ phần Bệnh viện ĐK QT Vinmec
- 06/2022 - 07/2023: Giám đốc Kỹ thuật – Chuyên ngành Di truyền. Công ty cổ phần Bệnh viện ĐK QT Vinmec
- 06/2022 - 07/2023: Trường Đại học VinUni Giảng viên kiêm nhiệm môn Di truyền Y học. Năm 2, Khoa Y
- 03/2023 - 07/2023: Trưởng Đơn nguyên Di truyền Y học Lâm sàng. Vinmec Times City
- 08/2023 - 10/2023: Phó Giám đốc Phụ trách Đào tạo, Nghiên cứu khoa học và Thử nghiệm lâm sàng - Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh Hà Nội
- 11/2023 - nay: Giám đốc Kỹ thuật – Chuyên ngành Di truyền. Công ty cổ phần Bệnh viện ĐK QT Vinmec; Giám đốc Khối Y học Hệ Gen. Trung tâm Công Nghệ Cao. Hệ thống y tế Vinmec

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả và đồng tác giả của 33 bài báo đăng trên các tạp chí y học trong nước
- Đồng tác giả 9 bài báo trên các tạp chí y học nước ngoài
- Tác giả và đồng tác giả 11 cuốn sách trong lãnh vực Sinh học, Di truyền Y học, Dị tật bẩm sinh, Chăm sóc tiền thai, nhiễm trùng thai nhi
- Tham gia biên soạn 14 tài liệu tập huấn, hướng dẫn thực hành lâm sàng lưu hành nội bộ trong hệ thống Vinmec
- Giáo trình hướng dẫn sinh viên môn Di truyền Y học, Năm thứ 2, Khoa Y, VinUni. Tiếng Anh, dựa trên bài giảng của Đại học Pennsylvania, Hoa Kỳ

FVCOG2024

NHỮNG TIẾN BỘ KỸ THUẬT DI TRUYỀN ỨNG DỤNG TRONG SẢN PHỤ KHOA

PGS. TS. BS. Nguyễn Viết Nhân

Giám đốc Kỹ thuật Di truyền
HỆ THỐNG Y TẾ VINMEC

Với su đóng góp của Lý Thanh Hà, Đỗ Huy Dương, Nguyễn Hồng Thanh, Nguyễn Đình Dũng, Vũ Minh Đức, Hàn Thị Thu Hương
KHỐI Y HỌC HỆ GEN - TRUNG TÂM CÔNG NGHỆ CAO VINMEC

NỘI DUNG

1. CÁC LOẠI BỆNH DI TRUYỀN
2. NGUYÊN NHÂN DỊ TẬT BẨM SINH
3. CÁC LOẠI BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ VÀ CÁC XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN LIÊN QUAN
4. CÁC LOẠI BIẾN THỂ LIÊN QUAN ĐẾN 1 GEN VÀ CÁC XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN LIÊN QUAN
5. GIẢI TRÌNH TỰ TOÀN BỘ HỆ GEN VÀ ỨNG DỤNG LÂM SÀNG
6. CÁC XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TRONG LĨNH VỰC IVF

■ Các Loại Bệnh Di Truyền

- **Đột biến gây bệnh di truyền có thể xảy ra ngẫu nhiên hoặc do phơi nhiễm với môi trường**
- **Có thể được di truyền từ bố mẹ hoặc mắc phải trong cuộc đời của cá thể**

Các bất thường nhiễm sắc thể

- Thay đổi trong cấu trúc hoặc số lượng của toàn bộ nhiễm sắc thể
- Ví dụ: Hội chứng Down (Trisomy 21), Hội chứng Turner, Hội chứng Klinefelter

Bệnh di truyền đơn gen

- Thay đổi trong trình tự DNA của một gen
- Ví dụ: Bệnh xơ nang, Bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm, Bệnh Huntington

Bệnh di truyền đa yếu tố

- Kết hợp các đột biến trong nhiều gen phối hợp với các yếu tố môi trường
- Ví dụ: Bệnh tim, Bệnh đái tháo đường, tật khe hở môi / hàm, Một số loại ung thư

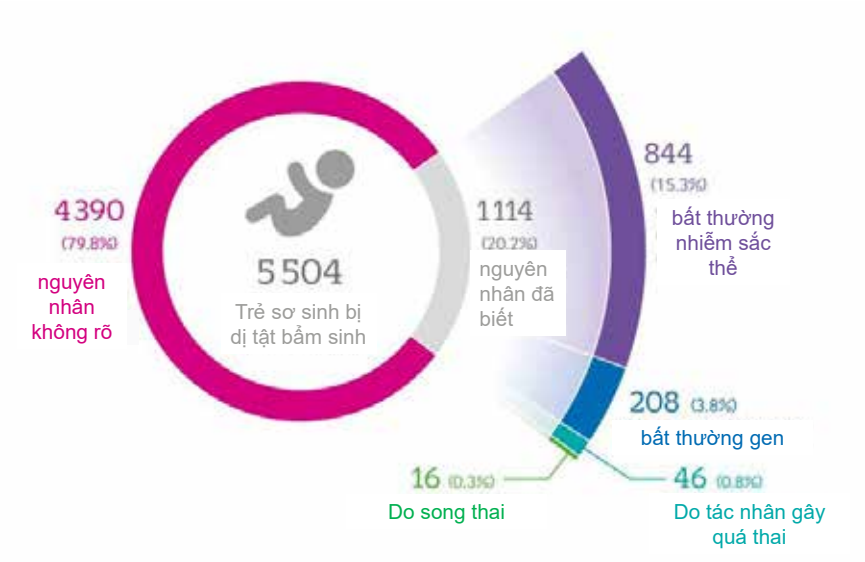
Bệnh di truyền do gen ty thể

- Đột biến trong DNA của ty thể
- Ví dụ: Bệnh cơ ty thể, Bệnh thần kinh thị giác di truyền Leber

Genetic Disorders - MedlinePlus. https://medlineplus.gov/geneticdisorders.html

■ Nguyên nhân của dị tật bẩm sinh

5.504/270. 878 ca sinh (tỷ lệ hiện mắc 2,03%), không bao gồm các dị tật nhẹ



Feldkamp ML, Carey JC, Byrne JLB, Krikov S, Botto LD. Etiology and clinical presentation of birth defects: population based study. BMJ. 2017 May 30;357:j2249. doi: 10.1136/bmj.j2249. PMID: 28559234

CÁC LOẠI BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ VÀ CÁC XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN LIÊN QUAN

CÁC LOẠI BIẾN THỂ LIÊN QUAN ĐẾN MỘT GEN VÀ CÁC XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN LIÊN QUAN

■ Các Loại Bất Thường Nhiễm Sắc Thể

Loại Đột Biến Nhiễm Sắc Thể	Mô Tả	Ví Dụ
Lệch bội	Số lượng nhiễm sắc thể bất thường, có thể thừa hoặc thiếu.	**Hội chứng Down (Trisomy 21)**: Có thêm một nhiễm sắc thể 21 thứ ba.
Mất (xóa) đoạn	Mất một đoạn của nhiễm sắc thể.	**Hội chứng Cri du chat**: Mất một phần của nhiễm sắc thể 5. 5p15.2, 0.5 - 40 Mb
Lặp (nhân) đoạn	Sao chép thêm một đoạn của nhiễm sắc thể.	**Bệnh Charcot-Marie-Tooth type 1A**: Sao chép thêm gen PMP22 trên nhiễm sắc thể 17.
Nhị nhiễm đồng thân (UPD: Uniparental Disomy)	Cả hai bản sao của một nhiễm sắc thể đều đến từ một bố hoặc mẹ.	**Hội chứng Prader-Willi**: UPD của nhiễm sắc thể 15 từ mẹ.
Chuyển đoạn cân bằng	Trao đổi các đoạn giữa các nhiễm sắc thể mà không mất hoặc thêm vật liệu di truyền.	**Bệnh bạch cầu mãn tính dòng tủy**: Trao đổi giữa nhiễm sắc thể 9 và 22 (nhiễm sắc thể Philadelphia).
Chuyển đoạn không cân bằng	Trao đổi các đoạn giữa các nhiễm sắc thể làm mất hoặc thêm vật liệu di truyền.	**Hội chứng Down chuyển đoạn**: Một phần của nhiễm sắc thể 21 gắn vào một nhiễm sắc thể khác (vd. NST 14).
Đảo đoạn	Một đoạn của nhiễm sắc thể bị đảo ngược đầu cuối.	**Bệnh Hemophilia A**: Đảo ngược trong gen F8 (exon 1 to 22) trên nhiễm sắc thể X.
Biến thể số lượng bản sao (CNV: Copy Number Variations)	Biến đổi số lượng bản sao của một gen hoặc vùng gen cụ thể.	**Hội chứng DiGeorge**: Mất một đoạn nhỏ của nhiễm sắc thể 22q11.2 (1.5 – 3 Mb).

1. Chromosomal Abnormalities: Aneuploidies. Nature. https://www.nature.com/scitable/topicpage/chromosomal-abnormalities-aneuploidies-290/
2. Chromosome Abnormalities Fact Sheet - National Human Genome Research. https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Chromosome-Abnormalities-Fact-Sheet
3. Inversion variants in the human genome: role in disease and genome https://genomemedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/gm132

■ Tóm tắt các xét nghiệm sàng lọc/chẩn đoán trước sinh các bất thường di truyền ở mức NST

Phương pháp	Phát hiện được gì	Ưu điểm	Nhược điểm	Ứng dụng trước sinh
NIPT	• Đánh giá nguy cơ lệch bội và CNVs	• Không xâm lấn	• Sàng lọc (không phải là phương pháp chẩn đoán)	• Sàng lọc trong quần thể chung
Karyotyping	• Bất thường nhiễm sắc thể số lượng (đa bội hoặc lệch bội) • Bất thường nhiễm sắc thể trên 5-10 Mb	• Phát hiện bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể • Tiết kiệm chi phí	• Thời gian quay vòng tương đối dài • Không phát hiện được các bất thường nhỏ trên nhiễm sắc thể	• Khi phát hiện bất thường cấu trúc thai nhi • NIPT (+) bất thường NST • v.v...
CMA (aCGH và/hoặc SNP arrays)	• Bất thường nhiễm sắc thể số lượng (đa bội hoặc lệch bội) • CNVs • ROH	• Phát hiện các bất thường nhiễm sắc thể không phát hiện được bằng karyotyping • Các bất thường được xác định và có tính đặc trưng tốt hơn karyotyping	• Không thể phát hiện các tái sắp xếp nhiễm sắc thể cân bằng • Hạn chế trong việc phát hiện mosaicism mức độ thấp • Tương đối đắt tiền	• Xét nghiệm hàng đầu khi phát hiện bất thường cấu trúc thai nhi • NIPT (+) bất thường NST • Thai nhi có nguy cơ cao về UPD • v.v...
CNV-seq	• Bất thường nhiễm sắc thể số lượng (lệch bội) • CNVs	• Phát hiện các bất thường nhiễm sắc thể không phát hiện được bằng karyotyping • Tương đối rẻ	• Không thể phát hiện các tái sắp xếp nhiễm sắc thể cân bằng • Không thể phát hiện đa bội và ROHs • Ít ổn định và chính xác	• Xét nghiệm hàng đầu khi phát hiện bất thường cấu trúc thai nhi • NIPT (+) bất thường NST • v.v...

Các chữ viết tắt: aCGH: Array comparative genomic hybridization; CMA: chromosomal microarray analysis; CNVs: Copy number variants; ROHs: Regions of homozygosity; CNV-seq: Copy number variation sequencing; NIPT: Non-invasive prenatal testing; SNP: single-nucleotide polymorphism; UPD: uniparental disomy

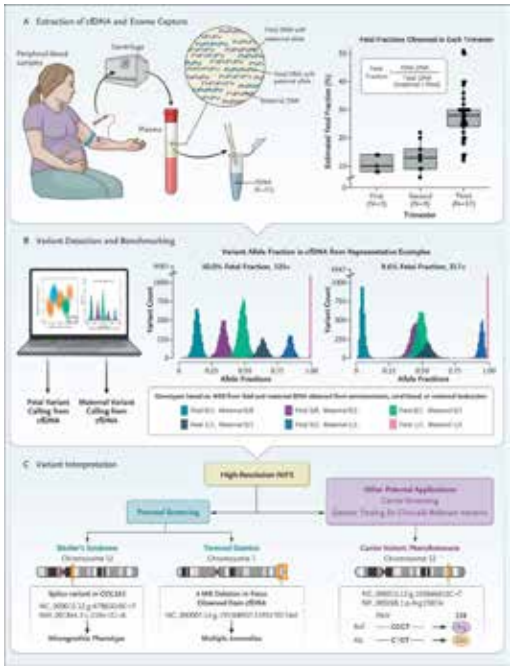
Liu X, Liu S, Wang H, Hu T. Potentials and challenges of chromosomal microarray analysis in prenatal diagnosis. Front Genet. 2022 Jul 26;13:938183. doi: 10.3389/fgene.2022.938183. PMID: 35957681

■ Từ NIPT tới NIFS và desNIPT

Sàng Lọc Exome Thai Nhi Không Xâm Lấn với Độ Phân Giải Cao (NIFS)

- Phát triển phương pháp tiếp cận không xâm lấn có thể mở rộng và có độ phân giải cao để sàng lọc trước sinh.
- Khảo sát toàn bộ exome của thai nhi từ cfDNA. Phát hiện các biến thể nucleotide đơn (SNV), chèn/xóa (indel) bằng cách sử dụng pipeline học máy và CNV.
- Khả năng khám phá và giải thích các biến thể trên exome của thai nhi từ DNA lưu hành trong máu của mẹ.

Harrison Brand, et al. High-Resolution and Noninvasive Fetal Exome Screening. New England Journal of Medicine, 2023; 389 (21): 2014 DOI: 10.1056/NEJMc2216144

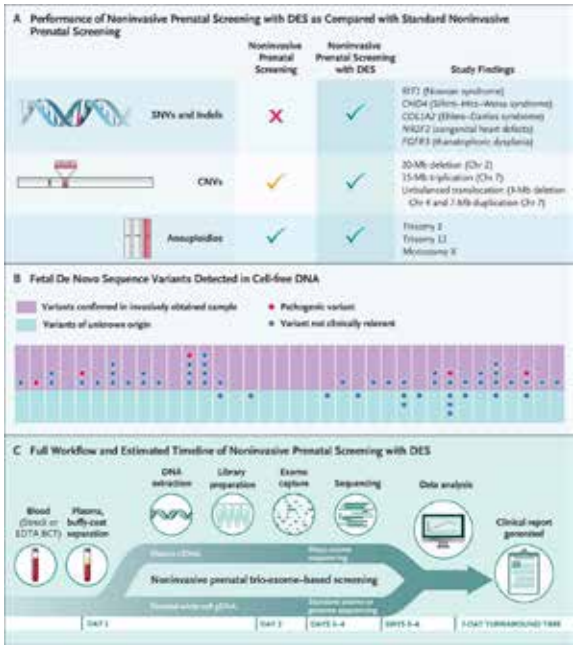


■ Từ NIPT tới NIFS và desNIPT

Sàng Lọc Toàn Diện Thai Nhi Không Xâm Lấn Bằng Giải Trình Tự sâu Exome Bộ Ba (desNIPT)

- Giải quyết những hạn chế của các xét nghiệm trước sinh không xâm lấn hiện tại bằng cách sử dụng giải trình tự sâu bộ ba exome.
- Phân tích bộ ba exome, bao gồm huyết tương của mẹ và mẫu máu của bố, để xác định các biến thể de novo của thai nhi và các biến thể di truyền từ bố.
- Độ nhạy cao để phát hiện SNV của thai nhi, indel nhỏ, CNV lớn và các dị bội nhiễm sắc thể từ cfDNA.

Ieva Miceikaitė. Comprehensive Noninvasive Fetal Screening by Deep Trio-Exome Sequencing. New England Journal of Medicine, 2023; 389 (21): 2017 DOI: 10.1056/NEJMc2307918



■ So sánh giữa aCGH, SNP arrays, và CNV-seq

Tiêu chí	aCGH	SNP Arrays	CNV-seq
Phát hiện	Biến thể số lượng bản sao (CNVs)	CNVs, đa hình đơn nucleotide (SNPs), mất dị hợp tử (LOH), UPD	CNVs, SNPs, chèn/xóa nhỏ (indels)
Ưu điểm	Độ phân giải cao cho CNVs, hiệu quả trong việc phát hiện mất cân bằng dưới hiển vi, Trực tiếp trên mẫu thai nhi (tế bào chưa nuôi cấy). Thời gian trả kết quả ngắn	Phát hiện CNVs, SNPs, UPD, LOH, triploidy, quan hệ huyết thống, và nhiễm tế bào mẹ (MCC). Trực tiếp trên mẫu thai nhi (tế bào chưa nuôi cấy). Thời gian trả kết quả ngắn	Độ nhạy và độ đặc hiệu cao; có thể phát hiện CNVs nhỏ và mới (de-novo). Trực tiếp trên mẫu thai nhi (tế bào chưa nuôi cấy). Thời gian trả kết quả ngắn
Nhược điểm	Không thể phát hiện triploidy, UPD, hoặc LOH, , chuyển đoạn và đảo đoạn.	Không thể phát hiện chuyển đoạn và đảo đoạn. Độ phân giải hạn chế cho CNVs nhỏ	Không thể phát hiện triploidy, UPD, hoặc LOH, chuyển đoạn và đảo đoạn. Khó xác định các vùng lặp lại liên quan đến các bệnh cụ thể. Phức tạp trong phân tích dữ liệu.
Ứng dụng tiền sản	Khuyến nghị cho thai nhi có dị tật cấu trúc	Khuyến nghị cho thai nhi có dị tật cấu trúc	Khuyến nghị cho thai nhi có dị tật cấu trúc
Khám[1]	Khả năng phát hiện hạn chế (20 – 72%)	Khả năng phát hiện hạn chế (20 – 72%)	Khả năng phát hiện hạn chế (6 – 92%)
Giá	Trung bình	Cao hơn aCGH	Thấp nhất trong ba loại
Độ phân giải	50 kb (thấp nhất), 10-22 kb (hiệu quả)	40 bp đến 8 Mbp (thay đổi theo thiết kế)	Độ phân giải cao nhất; có thể phát hiện CNVs nhỏ và mới
Sản phẩm	Thermo Fisher: Bộ dụng cụ BioPrime® Total array CGH	Illumina: Infinium CytoSNP-850K v1.4 BeadChip	Illumina: Illumina DNA PCR-Free Prep (NGS)

Chữ viết tắt: aCGH: Array comparative genomic hybridization; CNV-seq: Copy number variation sequencing; SNP: single-nucleotide polymorphism; UPD: uniparental disomy

1. Ma, N., (2021). https://doi.org/10.1186/s12920-021-00899-x
2. Zhang, C(2017). https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6703-2_15
3. Haraksingh, R.R(2017). https://doi.org/10.1186/s12864-017-3658-x
4. Chen, Y(2017). https://doi.org/10.1186/s12859-017-1566-3
5. GenetiSure Cyto CGH & CGH+SNP Microarrays. https://www.agilent.com/en/product/
6. The power of high-resolution SNP arrays for detecting inherited chromosomal anomalies. https://assets.thermofisher.com/

■ So sánh MS-MLPA và SNP Arrays Trong chẩn đoán UPD[3]

- UPD xảy ra với tần số hiện mắc chung 1/2000 trẻ sinh[1]
- Tần số này có thể lên tới 1/176 trong số cá thể bị chậm phát triển[2]

Đặc điểm	MS-MLPA	SNP Arrays
Độ nhạy	Độ nhạy cao trong việc phát hiện các thay đổi methyl hóa	Độ nhạy thấp hơn, đặc biệt đối với trường hợp khảm mức độ thấp
Phát hiện các rối loạn liên quan dấu ấn di truyền (Imprinting disorders)	Hiệu quả đối với các rối loạn như hội chứng Prader-Willi và Angelman	Hiệu quả hạn chế đối với các rối loạn do dấu ấn di truyền.
Yêu cầu DNA của bố mẹ	Không cần DNA của bố mẹ	Thường yêu cầu DNA của bố mẹ
Phát hiện trong bất thường cấu trúc cân bằng	Có thể phát hiện bất thường methyl hóa liên quan đến UPD	Không thể phát hiện bất thường ở cấu trúc cân bằng
Phát hiện sSMCs (Supernumerary Marker Chromosomes)	Hiệu quả trong việc phát hiện thay đổi methyl hóa trong sSMCs	Hạn chế trong việc phát hiện sSMCs không chứa euchromatin
Dương tính và âm tính giả	Nguy cơ dương tính và âm tính giả thấp	Nguy cơ dương tính và âm tính giả cao hơn
Độ phân giải	Độ phân giải cao trong việc phát hiện thay đổi methyl hóa nhỏ	Có thể bỏ sót các vùng UPD rất nhỏ
Phân tích toàn diện	Phát hiện cả đột biến mất đoạn và UPD	Hạn chế trong việc phát hiện các vùng đồng hợp tử và biến đổi số lượng bản sao

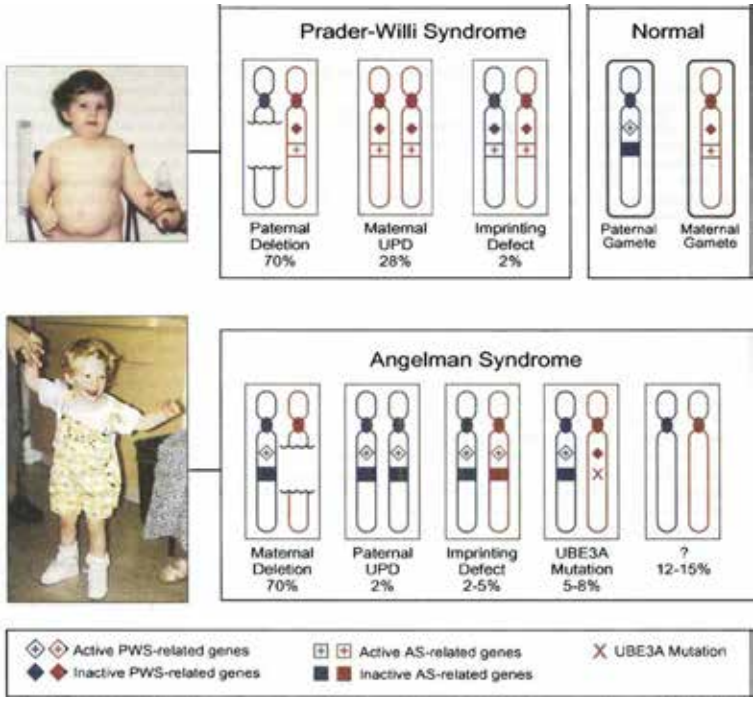
Abbreviations: MS-MLPA: Methylation-Specific Multiplex Ligation-Dependent Probe Amplification, SNP: single-nucleotide polymorphism, sSMCs: Small Supernumerary Marker Chromosomes, UPD: uniparental disomy

1. King, D.. Genome Res. 24, 673–687 (2014.)
2. Nakka, P. Am. J. Hum. Genet. 105, 921–932 (2019)
3. Zhou, L., Mol Cytogenet 14, 19 (2021)

■ Prader-Willi & Angelman syndrome

- Pictured are a 2-year-old boy with Prader-Willi syndrome and a 2-year-old girl with Angelman syndrome.
- Genes, imprinting patterns, and mutations involving **chromosome 15** in both disorders are indicated by the key at the bottom. The relative proportion of each type of genetic abnormality in each syndrome is indicated below a schematic of the abnormality.
- UPD denotes uniparental disomy. The normal paternal (blue) and maternal (red) copies of chromosome 15 are shown on the upper right.

Genetics of Childhood Disorders: XII. Genomic Imprinting: Breaking the Rules. https://www.jaacap.org/article/S0890-8567%2809%2966168-2/fulltext



CÁC LOẠI BIẾN THỂ LIÊN QUAN ĐẾN MỘT GEN VÀ CÁC XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN LIÊN QUAN

■ Các loại biến thể liên quan đến 1 gen

Loại biến thể	Mô tả	Ví dụ
Biến thể đơn nucleotide (SNV)	Thay đổi một nucleotide duy nhất trong trình tự DNA.	Biến thể rs80356779 trong gen CPT1A, một biến thể missense (thiếu hụt Carnitine palmitoyl transferase 1A)
Chèn/Xóa (Indel)	Chèn hoặc xóa các base trong bộ gen.	Một microindel phổ biến trong gen RDCQL3 gây ra đột biến frameshift dẫn đến hội chứng Bloom.
Trình tự lặp lại	Các trình tự DNA ngắn lặp lại nhiều lần.	Hội chứng Fragile X do gia tăng số lần lặp lại bộ ba CGG trong gen FMR1.
Biến thể phức tạp	Các biến thể liên quan đến nhiều loại đột biến khác nhau hoặc ảnh hưởng đến nhiều gen.	Biến thể –SEA trong các gen HBA (~410 kb) gây bệnh α-thalassemia.
Biến thể intron sâu	Đột biến xảy ra sâu trong các intron, xa khỏi các ranh giới exon-intron.	Đột biến intron sâu trong gen ABCA4 có thể gây ra các bệnh lý về võng mạc.
Các giả gen (Pseudogenes)	Pseudogenes là các đoạn DNA không chức năng giống như các gen chức năng.	Một số pseudogenes đã được liên kết với việc điều chỉnh các gen ức chế khối u và oncogenes, có thể góp phần vào cơ chế bệnh sinh ung thư.
Xóa exon	Xóa một hoặc nhiều exon trong một gen có thể làm gián đoạn chức năng bình thường dẫn đến bệnh.	Bệnh teo cơ tủy (SMA) do xóa exon 7 trong gen SMN1, dẫn đến thiếu hụt protein SMN.
Các biến thể khác nhau của cùng một gen	Các biến thể trong một gen có thể bao gồm đột biến missense, đột biến nonsense và đột biến splice site	Bệnh xơ nang do nhiều đột biến trong gen CFTR, bao gồm cả đột biến ΔF508 phổ biến.

1. NM_001876.4(CPT1A):c.1436C>T(p.Pro479Leu) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/variation/65644/
2. (OMIM # 210900)
3. Stone WL, Basit H, Shah M, et al. Fragile X Syndrome. [Updated 2023 Oct 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459243/
4. Qiu, QW., Wu, DD., Yu, LH. et al. Evidence of recent natural selection on the Southeast Asian deletion (--SEA) causing α-thalassemia in South China. BMC Evol Biol 13, 63 (2013). https://doi.org/10.1186/1471-2148-13-63
5. Qian X, et al. Identification of Deep-Intronic Splice Mutations in a Large Cohort of Patients With Inherited Retinal Diseases. Front Genet. 2021 Mar 2;12:647400. PMID: 33737949
6. Kamalika Sen, Tapash Chandra Ghosh, Pseudogenes and their composers: delving in the 'debris' of human genome, Briefings in Functional Genomics, Volume 12, Issue 6, November 2013, Pages 536–547, https://doi.org/10.1093/bfgp/elt026
7. Baker, M. et al. Maximizing the Benefit of Life-Saving Treatments for Pompe Disease, Spinal Muscular Atrophy, and Duchenne Muscular Dystrophy Through Newborn Screening: Essential Steps. JAMA Neurol. (2019). doi:10.1001/jamaneurol.2019.1206
8. Ostedgaard LS et al. The ΔF508 mutation causes CFTR misprocessing and cystic fibrosis-like disease in pigs. Sci Transl Med. 2011 Mar 16;3(74):74ra24. PMID: 21411740;.

■ Tăng khả năng phát hiện các loại biến thể trong một XN

Rút ngắn thời gian trả kết quả - Tiết kiệm chi phí - Tăng tính cạnh tranh

WES, 2% genome (1 Vd)

- Bao phủ đồng đều toàn bộ exome (~ 20.000 gen), ranh giới exon-intron +/- 10 bp và bộ gen ty thể hoàn chỉnh (37 gen)
- Phát hiện SNV, InDels, thay đổi CNV ở cấp độ từ exon đến cấp độ tế bào, và mtDNA với mức heteroplasmy ≥ 15%.
- Phát hiện UPD cho các vùng nhiễm sắc thể được biết có liên quan đến lâm sàng: 6q24, 7, 11p15.5, 14q32, 15q11q13, 20q13 và 20

WGS (1 Vd)

- Phát hiện SNV, InDels, biến thể cấu trúc (SV: Structural variants), bao gồm thay đổi CNV ở cấp độ từ exon đến cấp độ tế bào và mtDNA với mức heteroplasmy ≥ 15%
- Phát hiện UPD cho các vùng nhiễm sắc thể được biết có liên quan đến lâm sàng: 6q24, 7, 11p15.5, 14q32, 15q11q13, 20q13 và 20
- Repeat expansion detection in 23 well-known genes associated with neurological diseases: *AR, ATN1, ATXN1, ATXN2, ATXN3, ATXN7, ATXN8OS, ATXN10, CACNA1A, CNBP, CSTB, C9ORF72, DMPK, FMR1, FXN, HTT, JPH3, NOP56, PABPN1, PHOX2B, PPP2R2B, PRNP, and TBP*
- Spinal Muscular Atrophy (SMA)*: SMN1/SMN2* CNV analysis
- Gaucher Disease (GD)/Parkinson's Disease (PD): *GBA1* including conversion analysis with its pseudogene *GBAP1*.

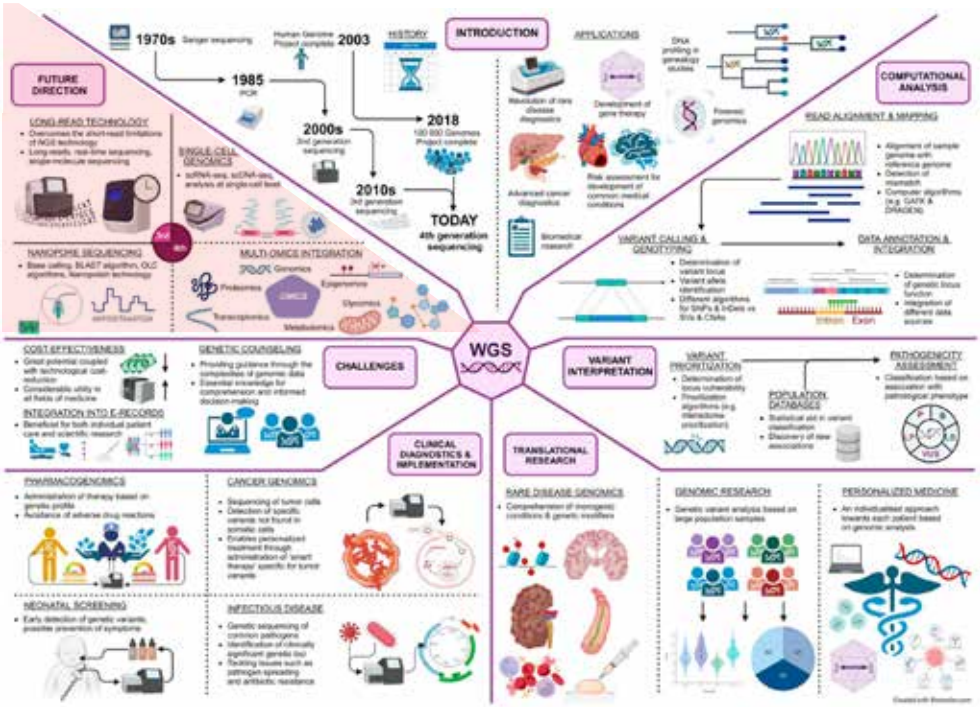
■ Giải Trình Tự Toàn Bộ Hệ Gen *(WGS: Whole Genome Sequencing)*

Đánh giá toàn bộ bộ gen người một cách toàn diện, tạo ra vô số dữ liệu giải trình tự mới và phát triển y học cá nhân hóa.

Kỹ thuật	Ưu điểm	Thách thức	Triển vọng
▪ **Giải trình tự ngắn** *SRS: Short-Read Sequencing (Illumina; Ion Torrent…)* ▪ **Giải trình từ dài** *LRS: Long Read Sequencing (Pacific Biosciences [PacBio]: Oxford Nanopore Technologies [ONT])*	▪ **Phân tích toàn diện** về bộ gen người. ▪ **Y học cá nhân hóa:** lập các kế hoạch điều trị cá nhân hóa dựa trên hồ sơ di truyền của mỗi cá nhân. ▪ **Ứng dụng rộng rãi**: phân tích hệ gen trong bệnh hiếm, hệ gen trong ung thư, pharmacogenomics ….	▪ **Chi phí** cao là rào cản trong ứng dụng ▪ **Diễn giải dữ liệu:** Yêu cầu các công cụ tính toán tiên tiến và chuyên môn. ▪ **Mối quan ngại về đạo đức và quyền riêng tư**	▪ **Tiến bộ công nghệ:** Cải tiến trong các công nghệ giải trình tự ▪ **Tích hợp với Multi-Omics:** Kết hợp WGS với các dữ liệu omics khác ▪ **Triển khai lâm sàng:** Giải quyết các thách thức về hậu cần, kỹ thuật và kinh tế.

Brlek, P.; Bulić, L.; Bračić, M.; Projić, P.; Škaro, V.; Shah, N.; Shah, P.; Primorac, D. Implementing Whole Genome Sequencing (WGS) in Clinical Practice: Advantages, Challenges, and Future Perspectives. Cells 2024, 13, 504. https://doi.org/10.3390/cells13060504

■ Whole Genome Sequencing (WGS)



Brlek, P.; Bulić, L.; Bračić, M.; Projić, P.; Škaro, V.; Shah, N.; Shah, P.; Primorac, D. Implementing Whole Genome Sequencing (WGS) in Clinical Practice: Advantages, Challenges, and Future Perspectives. Cells 2024, 13, 504. https://doi.org/10.3390/cells13060504 /

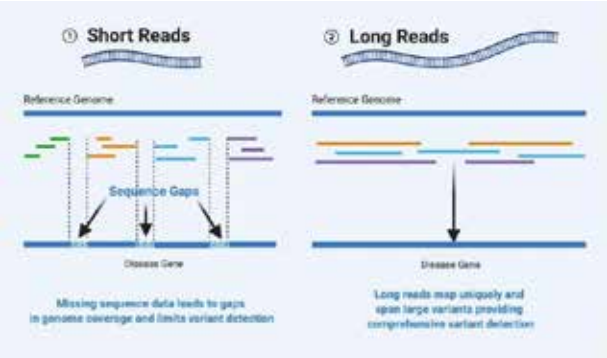
■ So sánh giữa Giải Trình Tự Gen Ngắn và Dài

Khía cạnh	Giải Trình Tự Gen Ngắn	Giải Trình Tự Gen Dài
Độ dài đọc	50 đến 300 cặp base	Vài kilobase
Loại biến thể phát hiện	Biến thể đơn nucleotide (SNV), Chèn và xóa nhỏ (indel)	Biến thể cấu trúc (SV), Đảo ngược, Chèn lớn, Tái sắp xếp phức tạp
Ưu điểm	Độ chính xác cao, Chi phí hiệu quả, Năng suất cao	Đọc dài hơn, Phát hiện biến thể cấu trúc, Lắp ráp đơn giản
Nhược điểm	Độ dài đọc hạn chế, Phân mảnh	Chi phí cao hơn, Độ chính xác thấp hơn
Vai trò trong Y học Lâm sàng	Chẩn đoán di truyền, Genomics ung thư, Dược lý di truyền	Genomics bệnh hiếm, Oncogenomics, Sàng lọc sơ sinh

- **Giải Trình Tự Gen Ngắn:** Được sử dụng để chẩn đoán các rối loạn di truyền, xác định các đột biến có thể hoạt động trong ung thư, và xác định đáp ứng thuốc.
- **Giải Trình Tự Gen Dài:** Xác định các biến thể cấu trúc trong các bệnh hiếm, phát hiện các gen hợp nhất (fusion genes) trong ung thư, và cung cấp thông tin di truyền toàn diện ở trẻ sơ sinh.

Immy Mobile. Long-read sequencing vs short-read sequencing. 26 July 2021. https://frontlinegenomics.com/long-read-sequencing-vs-short-read-sequencing/

■ Comparison between Short-Read and Long-Read Genome Sequencing



Long Read Sequencing Market Analysis Huge Growth and Research by 2022, Industry Trends, Innovative Technologies and New Challenges till 2028 | Oxford Nanopore Technologies, Tataa Biocenter. 02-17-2022 12:35 PM CET | Health & Medicine. Long Read Sequencing Market Analysis Huge Growth and Research (openpr.com)



Leading the way into the future: HiFi whole genomes as a replacement for exome and short-read genome sequencing. Leading the way into the future: HiFi whole genomes as a replacement for exome and short-read genome sequencing - PacBio

■ So sánh giữa kỹ thuật giải trình tự thế hệ thứ ba và thứ 4 trong giải trình tự thế hệ mới (NGS)

Đặc điểm	Công nghệ thế hệ thứ ba	Công nghệ thế hệ thứ tư
Độ dài đọc	Đọc dài	Đọc dài
Phương pháp giải trình tự	Giải trình tự phân tử đơn	Giải trình tự tại chỗ, giải trình tự trực tiếp trong các tế bào và mô cố định
Công nghệ chính	Pacific Biosciences (PacBio), Oxford Nanopore Technologies (ONT)	Lai tại chỗ, mã vạch quang học kỹ thuật số *(digital optical barcoding)*, phương pháp miễn dịch huỳnh quang thông thường.
Yêu cầu khuếch đại	Không cần khuếch đại DNA	Không cần khuếch đại DNA
Giải trình tự thời gian thực	Có	Có
Ứng dụng	Lắp ráp bộ gen, tái cấu trúc phiên mã, metagenomics	Đo hoạt động gen, lập bản đồ hoạt động, giám sát kiểu hình phân tử
Phân tích đơn bào	Hạn chế	Rộng (giải trình tự RNA đơn bào, giải trình tự DNA đơn bào)
Độ phân giải không gian	Hạn chế	Cao (độ phân giải cấp độ dưới tế bào)
Diễn giải dữ liệu	Cần kỹ năng tin sinh học cao	Cần kỹ năng tin sinh học cao, nhưng công nghệ diễn giải đang đạt nhiều tiến bộ
Tác động tiềm năng	Hiểu các bộ gen phức tạp, cải thiện nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng	Mở rộng kiến thức về bệnh sinh, y học cá nhân hóa, hiểu biết về kiến trúc mô

Brlek, P.; Cells 2024, 13, 504. 13060504

■ Kinh nghiệm lâm sàng với chẩn đoán NGS

Tiện ích lâm sàng của WGS

- Phát hiện các biến thể di truyền trong các vùng mã hóa, không mã hóa và các biến thể phức tạp.
- Công cụ chẩn đoán thiết yếu.
- Tích hợp đa omics (genomics, metabolomics, proteomics) nâng cao khả năng chẩn đoán.

Một số ví dụ

- **Các bệnh lý thần kinh:** Xác định biến thể gây bệnh mới trong vùng không mã hóa.
- **Các hội chứng chưa được chẩn đoán:** Cung cấp dữ liệu toàn diện hỗ trợ chẩn đoán và quản lý.
- **Bệnh hiếm:** Chẩn đoán chính xác cho uniparental isodisomy, biến thể de novo, bệnh do tăng đoạn lặp.
- **Chẩn đoán truyền thống thất bại:** Sự kết hợp mjulti-omics giúp phát hiện các đột biến khó.

Brlek, P.; Bulić, L.; Bračić, M.; Projić, P.; Škaro, V.; Shah, N.; Shah, P.; Primorac, D. Implementing Whole Genome Sequencing (WGS) in Clinical Practice: Advantages, Challenges, and Future Perspectives. Cells 2024, 13, 504. https://doi.org/10.3390/cells13060504

■ Thách Thức và Hạn Chế của Việc Triển Khai WGS

Brlek, P.; Cells 2024, 13, 504. 13060504

Diễn Giải Lâm Sàng của Các Biến Thể ở Vùng Không Mã Hóa

- Rào cản đáng kể do hiện tượng **Overfitting** (dự đoán sai biến thể mới dựa trên dữ liệu cũ) và **Overgenerating** (dự đoán sai do khác biệt quần thể) trong hiệu ứng biến thể.
- Các công cụ dự đoán in-silico chưa đầy đủ.

Tính thấm (Penetrance) **của biến thể**

- Các biến thể gây bệnh có tính thâm thấp có thể dẫn đến kết quả dương tính giả.
- Gây căng thẳng về cảm xúc và thực hiện các hành động y tế không đáng có

Các bệnh di truyền không theo kiểu Mendel

- Chỉ với WGS có thể không đủ để phát hiện các bệnh phức tạp như hội chứng Prader-Willi.
- Xác định biến thể de-novo: xét nghiệm trio (người bệnh và cha mẹ sinh học) sẽ giúp diễn giải

Tình trạng khảm di truyền (Genetic Mosaicism)

- Có sự khác biệt trong kết quả giữa mẫu máu ngoại vi và mẫu nước bọt trong kết quả.
- Một mình mẫu máu có thể bỏ sót các bất thường nhiễm sắc thể

CÁC LOẠI XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TRONG LĨNH VỰC IVF

■ Xét nghiệm trước làm tổ không xâm lấn (NiPGT)

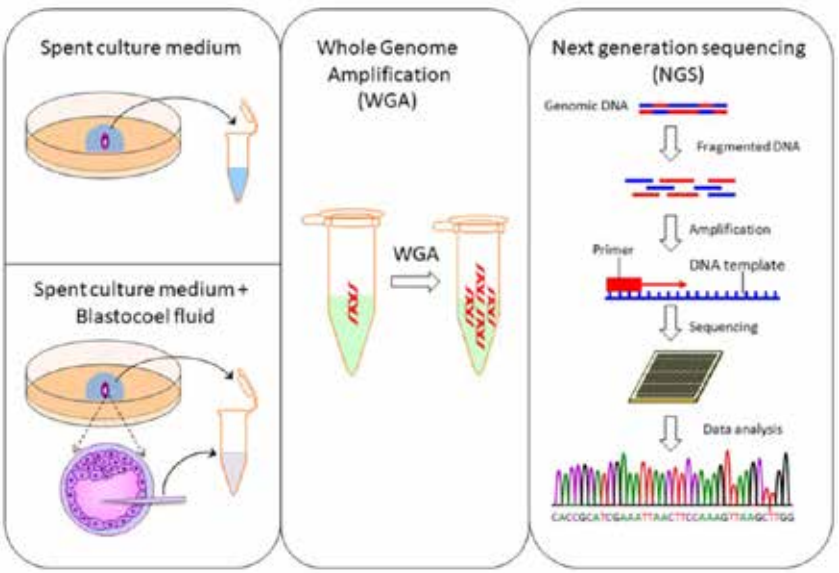
Non-invasive Preimplantation Genetic Testing

Sàng lọc các bất thường di truyền của phôi không cần các thủ thuật xâm lấn

Phương pháp	Ưu điểm	Thách thức	Nghiên cứu hiện tại
▪ Phân tích DNA tự do (cfDNA) trong môi trường nuôi cấy phôi đã sử dụng trong quá trình IVF	▪ **Không xâm lấn:** Không cần thao tác vật lý lên phôi. ▪ **Quy trình đơn giản**: Dễ thu thập môi trường nuôi cấy. ▪ **Phát hiện sớm**: Có khả năng phát hiện bất thường nhiễm sắc thể sớm	▪ **Khuếch đại DNA thất bại :** Nguy cơ không có kết quả. ▪ **Sai sót chẩn đoán**: Vd khảm. ▪ **Cần chuẩn nhận** (validation): để đảm bảo độ tin cậy lâm sàng.	▪ Tối ưu hóa thời gian thu thập môi trường nuôi cấy. ▪ Cải thiện kỹ thuật chiết xuất và khuếch đại DNA. ▪ Giải quyết vấn đề thất bại khuếch đại và sai sót chẩn đoán

Michelle Volovsky, Richard T Scott, Emre Seli, Non-invasive preimplantation genetic testing for aneuploidy: is the promise real?, Human Reproduction, Volume 39, Issue 9, September 2024, Pages 1899–1908, https://doi.org/10.1093/humrep/deae151

■ Non-invasive Preimplantation Genetic Testing (NiPGT)



Huang B, Luo X, Wu R, Qiu L, Lin S, Huang X, Wu J. Evaluation of non-invasive gene detection in preimplantation embryos: a systematic review and meta-analysis. J Assist Reprod Genet. 2023 Jun;40(6):1243-1253. doi: 10.1007/s10815-023-02760-9. Epub 2023 Mar 23. PMID: 36952146

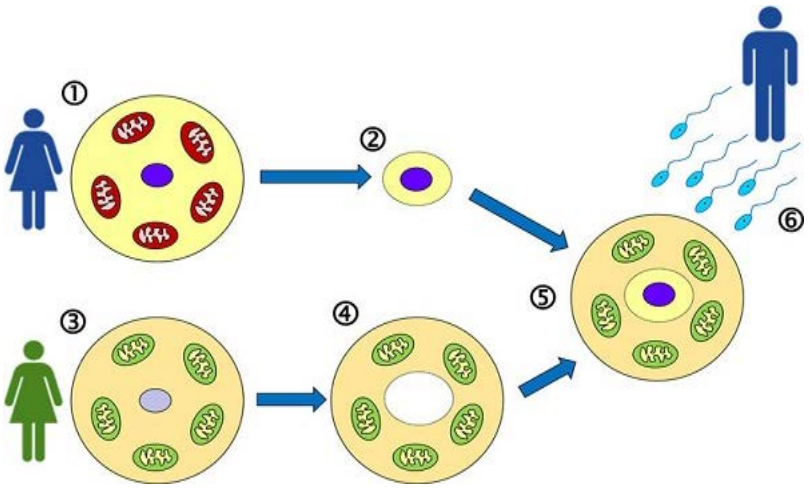
■ Liệu pháp Thay thế Ty thể (MRT: *Mitochondrial Replacement Therapy*)

Kỹ thuật ngăn truyền bệnh di truyền ty thể (MD: mitochondria diseases) từ mẹ sang con

Phương pháp	Ưu điểm	Thách thức	Current Research
▪ Thay thế DNA ty thể (mtDNA) bị lỗi trong trứng hoặc phôi bằng mtDNA bình thường từ người hiến tặng, tạo "em bé ba bố mẹ."	▪ **Ngăn ngừa Bệnh Ty thể:** Ngăn truyền bệnh ty thể di truyền từ mẹ. ▪ **Con cái khỏe mạnh**: Giảm nguy cơ mắc các bệnh di truyền ty thể, *vd: Hội chứng Kearns-Sayre (KSS), Hội chứng Leigh …*	▪ **Vấn đề Đạo đức và Quy định**: Đặt ra các câu hỏi đạo đức và chưa được chấp thuận ở nhiều quốc gia. ▪ **Tương thích mtDNA**: Việc chọn người hiến trứng có haplotype mtDNA tương thích rất quan trọng. ▪ **Hiệu quả lâu dài:** vẫn đang được nghiên cứu	▪ **Chỉnh sửa Gen:** Khám phá các kỹ thuật chỉnh sửa gen để nhắm mục tiêu và loại mtDNA hỏng. ▪ **Thử nghiệm Lâm sàng**: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của MRT trong ngăn ngừa các bệnh ty thể. ▪ **Xác định các biomarker** để theo dõi sự thành công của MRT và sức khỏe của con cái.

1. *Kang, E., Wu, J., Gutierrez, N. et al. Mitochondrial replacement in human oocytes carrying pathogenic mitochondrial DNA mutations. Nature 540, 270–275 (2016). https://doi.org/10.1038/nature20592.*
2. *Yildirim RM, Seli E. Mitochondria as therapeutic targets in assisted reproduction. Hum Reprod. 2024 Oct 1;39(10):2147-2159. doi: 10.1093/humrep/deae170. PMID: 39066614*

■ Mitochondrial Replacement Therapy (MRT)



Mitochondrial Replacement Therapy (MRT) – Benefits, Limitations and Scope in India21/04/2021. https://www.iasexpress.net/mitochondrial-replacement-therapy-mrt-upsc/

■ Xét nghiệm di truyền trước làm tổ cho bệnh DT đơn gen (PGT-M)

So sánh giữa phương pháp STR và SNP array

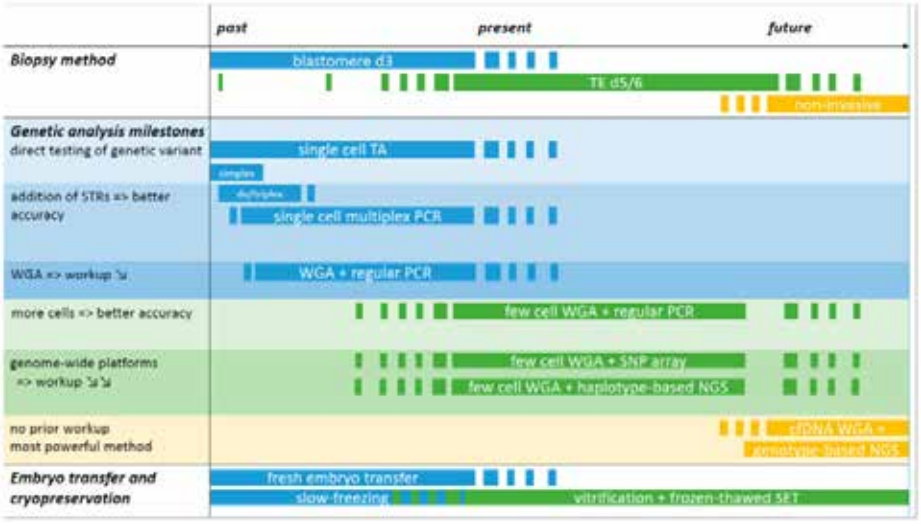
Đặc điểm	STR (Short tandem Repeat)	SNP (Single Nucleotide Polymorphism)
Nguyên tắc	Chọn STR	Bao phủ toàn bộ hệ gene bằng SNP
Vị trí	Cần biết bị trí gene gây bệnh	Cần biết vị trí gene gây bệnh
Thời gian chuẩn bị	**3 - 6 tháng**	**~ 7 ngày**
Quy trình	Cần có thời gian chuẩn bị, thời gian và quy trình khác nhau với từng ca	Quy trình tiêu chuẩn, thời gian chờ 3 – 5 ngày cho tất cả các ca
Phân tích	Thủ công	Tự động thực hiện trên kMap
PGT-A	Cần thực hiện riêng	Không cần thực hiện lại
Sinh phẩm		Vitrolife (Illumina): ~4000.000 SNPs PGD-SEQ (Thermo Fisher)

KaryoMap v2. https://www.vitrolife.com/products/genomics/karyomap-v2/

■ Preimplantation Genetic Testing for Monogenic Disorders (PGT-M)

Overview of past, present, and future methods for PGT-M

TA: targeted amplification: i.e., PCR-based amplification of the region of interest, either the genetic variant and/or a genetic marker(s); WGA: whole genome amplification: WGA products are used in downstream amplification reactions, either TA (regular PCR) or via genome-wide platforms (SNP array or NGS); STR: short tandem repeat marker; SNP: single nucleotide polymorphism marker; TE: trophectoderm; cfDNA: cell-free DNA; SET: single embryo transfer.



De Rycke M, Berckmoes V. Preimplantation Genetic Testing for Monogenic Disorders. Genes (Basel). 2020 Jul 31;11(8):871. doi: 10.3390/genes11080871. PMID: 32752000; PMCID: PMC7463885. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7463885/

TÓM TẮT

- Sự tiến bộ nhanh chóng trong công nghệ giải trình tự bộ gen, trí tuệ nhân tạo và dữ liệu lớn đã cho phép phân tích bộ gen ngày càng nhanh chóng và chất lượng cao, đặc trưng bởi độ chính xác cao và chi phí giảm dần.
- Trong lãnh vực sản phụ khoa những tiến bộ này sẽ mang đến những cơ hội mới trong lãnh vực sàng lọc, chẩn đoán trước sinh, sàng lọc người lành mang gen, xét nghiệm trước làm tổ v.v… và dự báo sẽ có thể làm thay đổi mô hình chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ và y học bào thai trong tương lai gần.

Genetics is the future of medicine. It holds the key to unlocking treatments and cures for countless diseases
Eric Topol, the founder and director of the Scripps Research Translational Institute, US



THỰC PHẨM
BẢO VỆ SỨC KHOẺ

elevit®

CHÍNH HÃNG TỪ

BAYER

ĐỦ ĐẦY DƯỠNG CHẤT TỪ NGÀY MONG CON

Trước Khi Thụ Thai và 3 Tháng Đầu Thai Kỳ

3 Tháng Giữa và 3 Tháng Cuối Thai Kỳ

Sau Sinh và Cho Con Bú



BỔ SUNG METAFOLIN** **BỔ SUNG DHA** **BỔ SUNG DHA VÀ LUTEIN**

Công dụng:
- Thực phẩm bảo vệ sức khỏe Elevit: bổ sung acid folic, sắt và các vitamin và khoáng chất cần thiết cho phụ nữ chuẩn bị mang thai, đang mang thai và cho con bú.
- Thực phẩm bảo vệ sức khỏe Elevit DHA: bổ sung DHA, axit folic, sắt, các vitamin và khoáng chất cần thiết cho phụ nữ đang mang thai.
- Thực phẩm bảo vệ sức khỏe Elevit Breastfeeding: giúp bổ sung DHA, lutein, axit folic, sắt, các vitamin và khoáng chất cần thiết cho phụ nữ đang cho con bú.

Khuyến cáo: Không dùng để thay thế cho chế độ dinh dưỡng cân bằng. DHA có nguồn gốc từ dầu cá.

***Nguồn: theo cơ sở dữ liệu MAT Q4 từ cơ sở dữ liệu bán hàng CHC toàn cầu của Nicholas Hall, BD6.**

****L-Methylfolate Calcium**

Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.

Chịu trách nhiệm về sản phẩm: Công ty TNHH Bayer Việt Nam. Lô 118/4 KCN Long Bình hiện đại (Amata), Phường Long Bình, Thành Phố Biên Hoà, Tỉnh Đồng Nai.

CH-20240830-47



Tài liệu thông tin thuốc

BAYER

Visanne®

Dienogest

2 mg tablets

ĐIỀU TRỊ
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG



PP-VIS-VN-0036-1

Số Giấy xác nhận nội dung thuốc của Bộ Y tế: xxxx/xxxx/XNTT/QLD, ngày xx tháng xx năm xxxx
Ngày xx tháng xx năm xxxx in tài liệu

THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ SẢN PHẨM
Thuốc kê đơn

THÀNH PHẦN HOẠT CHẤT: Dienogest 2 mg. **CHỈ ĐỊNH:** Điều trị lạc nội mạc tử cung. **LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** Có thể bắt đầu uống viên nén vào bất cứ ngày nào của chu kỳ kinh nguyệt. Liều dùng của Visanne là một viên mỗi ngày mà không cần bất kỳ giai đoạn nghỉ nào, tốt nhất là uống cùng một lúc mỗi ngày với một lượng chất lỏng khi cần thiết. Có thể uống thuốc cùng hoặc không cùng thức ăn. Phải uống liên tục các viên, bất kể chảy máu âm đạo hay không. Khi uống hết một vỉ, nên bắt đầu ngay vỉ tiếp theo không có thời gian nghỉ giữa đoạn. Xử lý khi quên liều: Hiệu quả của Visanne có thể bị giảm trong trường hợp bỏ lỡ viên nén, nôn mửa và/hoặc tiêu chảy (nếu xảy ra trong vòng 3-4 giờ sau khi uống viên nén). Trong trường hợp một hoặc nhiều viên bị bỏ lỡ, người phụ nữ chỉ cần uống một viên nén, ngay khi nhớ ra, và sau đó sẽ tiếp tục uống viên thuốc vào ngày hôm sau theo lịch trình bình thường. Nên uống bù viên thuốc không được hấp thụ do nôn mửa hoặc tiêu chảy. **Thông tin bổ sung về các quần thể bệnh nhân đặc biệt:** Trẻ em và thanh thiếu niên: Visanne không được chỉ định ở trẻ em chưa có kinh nguyệt. Bệnh nhân cao tuổi: Không có chỉ định sử dụng Visanne phù hợp trong quần thể bệnh nhân cao tuổi. Bệnh nhân suy gan: Chống chỉ định dùng Visanne ở bệnh nhân hiện tại hay tiền sử bị bệnh gan nặng (xem Chống chỉ định). Bệnh nhân suy thận: Không có dữ liệu cho thấy cần phải điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Cũng như các chế phẩm chỉ có progestogen khác, không nên sử dụng Visanne khi có bất kỳ tình trạng nào được liệt kê dưới đây. Bất kỳ tình trạng nào xuất hiện trong quá trình sử dụng Visanne, phải ngưng điều trị ngay lập tức: Bệnh lý thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tiến triển, hiện có hoặc tiền sử có bệnh đông mạch và bệnh tim mạch (ví dụ như nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, bệnh tim thiếu máu cục bộ), đái tháo đường có biến chứng mạch máu, hiện có hoặc tiền sử bị bệnh gan nặng, với chức năng gan chưa trở lại bình thường, hiện có hoặc tiền sử bị u gan (lành tính hoặc ác tính), đã biết hoặc nghi ngờ bị các loại ung thư phụ thuộc hormone sinh dục, chảy máu âm đạo chưa được chẩn đoán, quá mẫn với hoạt chất hoặc bất kỳ tá dược nào. **CẢNH BÁO ĐẶC BIỆT VÀ THẬN TRỌNG KHI SỬ DỤNG:** Trước khi bắt đầu điều trị bằng Visanne, phải loại trừ tình trạng mang thai. Nên dùng các biện pháp tránh thai bằng hormone trước khi bắt đầu điều trị với Visanne. Nếu cần phải tránh thai, nên sử dụng các biện pháp tránh thai không có hormone. Ở những phụ nữ có tiền sử mang thai ngoài tử cung hoặc suy giảm chức năng vòi trứng, việc sử dụng Visanne cần được quyết định chỉ sau khi cân nhắc cẩn thận những lợi ích so với các nguy cơ. Những cảnh báo đặc biệt và thận trọng đặc biệt đối với việc sử dụng các chế phẩm chỉ chứa progestogen khác cũng có giá trị trong việc sử dụng Visanne mặc dù không phải tất cả những cảnh báo và thận trọng này đều dựa trên những thử nghiệm lâm sàng của Visanne. **Các rối loạn tuần hoàn:** Từ các nghiên cứu dịch tễ học, có rất ít bằng chứng về mối liên quan giữa các chế phẩm chỉ chứa progestogen và tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim hoặc thuyên tắc huyết khối mạch não. Nguy cơ các tai biến tim mạch và não khả liên quan đến sự gia tăng tuổi, tăng huyết áp và hút thuốc. Ở phụ nữ bị tăng huyết áp, nguy cơ đột quỵ có thể tăng nhẹ bởi các thuốc chỉ chứa progestogen. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng có thể có tăng nguy cơ hơn một chút, nhưng không có ý nghĩa thống kê của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi) liên quan đến việc sử dụng các chế phẩm chỉ có progestogen. Nói chung, các yếu tố nguy cơ được công nhận cho thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) bao gồm tiền sử cá nhân hoặc tiền sử gia đình bị VTE (VTE ở anh chị em hoặc cha mẹ ở độ tuổi tương đối sớm), tuổi tác, béo phì, bất động kéo dài, đại phẫu hoặc chấn thương nặng. Trong trường hợp bất động kéo dài thì nên ngưng sử dụng Visanne (ít nhất bốn tuần trước trong trường hợp mổ chương trình,) và không tiếp tục điều trị cho đến hai tuần sau khi vận động lại hoàn toàn. Phải xem xét sự gia tăng nguy cơ thuyên tắc huyết khối trong giai đoạn sau sinh. Nên dừng điều trị ngay lập tức nếu có những triệu chứng của một biến cố huyết khối động mạch hoặc tĩnh mạch hoặc nghi ngờ có những biến cố đó. **Các khối u:** Một phân tích gộp từ 54 nghiên cứu dịch tễ học cho thấy có tăng nhẹ nguy cơ tương đối (RR = 1,24) của việc chẩn đoán ung thư vú ở những phụ nữ đang sử dụng thuốc tránh thai đường uống (OC), chủ yếu là các chế phẩm có estrogen-progestogen. Nguy cơ này dần dần giảm đi trong khoảng thời gian 10 năm sau khi ngừng sử dụng thuốc tránh thai đường uống phối hợp (COC). Do ung thư vú hiếm gặp ở phụ nữ dưới 40 tuổi, sự tăng nguy cơ chẩn đoán mắc ung thư vú ở người hiện đang sử dụng và sử dụng gần đây COC là nhỏ so với nguy cơ tổng của bệnh ung thư vú. Nguy cơ có chẩn đoán ung thư vú ở người sử dụng thuốc chỉ có progestogen có thể có mức độ tương tự như nguy cơ của COC. Tuy nhiên, so với các COC thì chế phẩm chỉ có progestogen có bằng chứng dựa trên các mẫu dân số nhỏ hơn nhiều và do vậy là ít thuyết phục hơn. **Những thay đổi trong chảy máu kinh nguyệt:** Điều trị Visanne ảnh hưởng đến kiểu chảy máu kinh nguyệt ở đa số các phụ nữ (xem Tác dụng không mong muốn). Chảy máu nặng ở tử cung: Chảy máu tử cung, ví dụ như phụ nữ có lạc nội mạc trong cơ tử cung (bệnh cơ tuyến tử cung) hoặc u xơ tử cung, có thể trầm trọng khi sử dụng Visanne. Nếu chảy máu nặng và liên tục theo thời gian, có thể dẫn đến thiếu máu (mức độ nặng trong một số trường hợp). Cần xem xét ngừng Visanne trong trường hợp này. **Thay đổi mật độ xương (BMD):** Việc sử dụng Visanne ở bệnh nhân thanh thiếu niên (12 - < 18 tuổi) trên 12 tháng điều trị dẫn đến sự giảm sút mật độ xương (Bone Minera Density – BMD) ở xương sống thắt lưng (L2-L4). Mức thay đổi trung bình của mật độ xương từ lúc bắt đầu điều trị tới lúc kết thúc điều trị là -1,2% trong khoảng giữa -6% và 5% (khoảng tin cậy IC 95%: -1,70% và -0,78%, n= 103). Đo lại mật độ xương vào thời điểm 6 tháng sau khi kết thúc điều trị ở nhóm bệnh nhân bị giảm mật độ xương cho thấy có khuynh hướng hồi phục. (Thay đổi trung bình so với lúc ban đầu: -2,3% tại thời điểm kết thúc điều trị và -0,6% tại thời điểm 6 tháng sau khi kết thúc điều trị với khoảng giữa -9% và 6% (IC 95%: -1,20% và 0,06%, n=60). **Các bệnh lý khác:** Những bệnh nhân có tiền sử trầm cảm nên được theo dõi cẩn thận và ngừng thuốc nếu trầm cảm tái diễn với mức độ nghiêm trọng. Nói chung, Visanne dường như không ảnh hưởng đến huyết áp ở phụ nữ có huyết áp bình thường. Tuy nhiên, nếu tăng huyết áp đáng kể về mặt lâm sàng vẫn tiếp tục diễn ra trong khi sử dụng Visanne, nên ngừng Visanne và điều trị tăng huyết áp. Cần ngừng Visanne khi có tái phát vàng da ứ mật và/hoặc ngứa mà hiện tượng này xảy ra lần đầu tiên trong quá trình mang thai hoặc đợt sử dụng trước đó của các steroid sinh dục. Visanne có thể có một tác dụng nhẹ trên kháng insulin ngoại vi và dung nạp glucose. Phụ nữ mắc bệnh đái tháo đường, đặc biệt là những người có tiền sử đái tháo đường thai kỳ, nên được theo dõi cẩn thận trong khi dùng Visanne. Sạm da đôi khi có thể xảy ra, đặc biệt là ở những phụ nữ có tiền sử sạm da thai kỳ. Phụ nữ có xu hướng sạm da nên tránh tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc bức xạ tia cực tím khi đang dùng Visanne. Nang buồng trứng kéo dài (thường được gọi là u nang buồng trứng chức năng) có thể xảy ra trong khi sử dụng Visanne. Hầu hết các nang này không có triệu chứng, mặc dù một số có thể kèm theo đau vùng chậu. Lactose: Mỗi viên Visanne chứa 62,8mg lactose monohydrate. Nên cân nhắc tới điều này khi sử dụng Visanne ở những bệnh nhân có vấn đề về di truyền không dung nạp galactose, bệnh nhân có sự thiếu hụt Lapp lactase hoặc chứng kém hấp thu glucose-galactose ở những bệnh nhân ăn kiêng không có lactose. **Thăm khám y tế:** Trước khi bắt đầu hoặc tái sử dụng Visanne, cần biết toàn bộ bệnh sử và cần khám sức khỏe và khám phụ khoa theo định hướng bởi các chống chỉ định (xem Chống chỉ định) và các cảnh báo (xem Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi sử dụng) và những thăm khám này cần tiến hành định kỳ trong quá trình sử dụng Visanne. **TƯƠNG TÁC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC DẠNG TƯƠNG TÁC KHÁC: Tác dụng của loại thuốc khác trên Visanne:** Progestins bao gồm dienogest được chuyển hóa chủ yếu bởi hệ thống cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) nằm cả ở niêm mạc ruột và trong gan. Do đó, các thuốc gây cảm ứng hoặc ức chế CYP3A4 có thể ảnh hưởng đến chuyển hóa thuốc progestogen. Tăng thanh thải các hormone sinh dục do cảm ứng enzyme có thể làm giảm hiệu quả điều trị của Visanne và có thể gây ra các tác dụng không mong muốn ví dụ như những thay đổi trong kiểu chảy máu tử cung. Giảm thanh thải các hormone sinh dục do ức chế enzyme có thể làm tăng mức độ tiếp xúc với dienogest và có thể gây ra các tác dụng không mong muốn. • Các chất làm tăng thanh thải hormone sinh dục (giảm hiệu quả bởi sự cảm ứng enzyme), ví dụ: Phenytoin, barbiturate, primidone, carbamazepine, rifampicin, và cũng có thể với oxcarbazepine, topiramate, felbamate, griseofulvin. • Các chất có ảnh hưởng khác nhau đến độ thanh thải của hormone sinh dục, ví dụ: Khi dùng đồng thời với hormone sinh dục, nhiều chất ức chế protease HIV/HCV và chất ức chế sao chép ngược không phải nucleoside có thể làm tăng hoặc giảm nồng độ progestin trong huyết tương. Những thay đổi này có thể có liên quan về mặt lâm sàng trong một vài trường hợp. • Các chất làm giảm thanh thải hormone sinh dục (chất ức chế enzyme): Chất ức chế CYP3A4 trung bình và mạnh như các thuốc kháng nấm nhóm azole (ví dụ itraconazole, voriconazole, fluconazole), verapamil, các macrolide (ví dụ clarithromycin, erythromycin), diltiazem và nước ép bưởi có thể làm tăng nồng độ huyết tương của progestin. **Tác dụng của Visanne trên các thuốc khác:** Dựa trên các nghiên cứu ức chế in vitro, không có tương tác có ý nghĩa lâm sàng của Visanne với chuyển hóa qua trung gian enzym cytochrome P450 của các thuốc khác. **Tương tác thuốc-thức ăn:** Một bữa ăn nhiều chất béo được tiêu chuẩn hóa không làm ảnh hưởng đến sinh khả dụng của Visanne. **Các dạng tương tác khác:** Việc sử dụng các progestins có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm, bao gồm cả các thông số sinh hóa của gan, tuyến giáp, tuyến thượng thận và chức năng thận, nồng độ trong huyết tương của (chất mang) protein, các thông số của quá trình chuyển hóa carbohydrate và các thông số đông máu và ly giải fibrin. **Khả năng sinh sản, phụ nữ có thai và cho con bú:** Phụ nữ có thai: Có ít dữ liệu từ việc sử dụng dienogest ở phụ nữ mang thai. Tuy nhiên, không nên dùng Visanne cho phụ nữ mang thai vì không có nhu cầu điều trị lạc nội mạc tử trong khi mang thai. Phụ nữ cho con bú: Không khuyến cáo điều trị bằng Visanne trong thời kỳ cho con bú. Các đặc tính hóa lý và dữ liệu trên động vật cho thấy dienogest bài xuất trong sữa mẹ. Phải quyết định là ngừng cho con bú hoặc không điều trị Visanne, có cân nhắc đến lợi ích của việc cho con bú đối với trẻ và lợi ích của điều trị đối với người phụ nữ. Khả năng sinh sản: Dựa trên dữ liệu có sẵn, sự rụng trứng bị ức chế ở phần lớn các bệnh nhân trong khi điều trị với Visanne. Tuy nhiên, Visanne không phải là một thuốc tránh thai. Nếu cần thiết phải tránh thai, nên sử dụng phương pháp không có hormon (xem Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi sử dụng). **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: Tóm tắt về tính an toàn:** Các tác dụng không mong muốn phổ biến hơn trong những tháng đầu tiên sau khi bắt đầu uống Visanne, và giảm dần theo thời gian điều trị. Các tác dụng không mong muốn sau đây đã được báo cáo ở những người dùng Visanne. Các tác dụng không mong muốn được báo cáo thường xuyên nhất trong quá trình điều trị, được đánh giá ít nhất là có thể có liên quan đến Visanne là nhức đầu (9,0%), khó chịu ở vú (5,4%), tâm trạng chán nản (5,1%), và mụn trứng cá (5,1%). Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân điều trị với Visanne có thay đổi về kiểu chảy máu trong kỳ kinh nguyệt. Trong vòng 90 ngày điều trị với Visanne, các kiểu chảy máu sau đây được ghi nhận (n= 290, 100%): mất kinh (1,7%), chảy máu không thường xuyên (27,2%), chảy máu thường xuyên (13,4%), chảy máu không đều (35,2%), chảy máu kéo dài (38,3%), chảy máu bình thường (24,2%), nghĩa là không thuộc các loại trên (22,8%). **Các phản ứng có hại:** Thường gặp: Tăng cân, tâm trạng trầm buồn, rối loạn giấc ngủ, căng thẳng, giảm hưng phấn tình dục, thay đổi tâm trạng, đau đầu, đau nửa đầu, buồn nôn, đau bụng, đầy hơi, đầy bụng, nôn mửa, trứng cá, rụng tóc, đau lưng, khó chịu ở vú, u nang buồng trứng, khó chịu ở vú, u nang buồng trứng, bốc hỏa, chảy máu tử cung/âm đạo bao gồm ra ít máu, tịnh trạng suy nhược, kích thích. Ít gặp: Thiếu máu, giảm cân, tăng ngon miệng, lo âu, trầm cảm, tâm trạng dao động, mất cân bằng hệ thần kinh tự động, rối loạn chú ý, khó mắt, ù tai, rối loạn hệ tuần hoàn không đặc hiệu, trống ngực, hạ huyết áp, khó thở, tiêu chảy, táo bón, khó chịu ở bụng, viêm da dày - ruột, viêm nướu, da khô, tăng tiết mồ hôi, ngứa, rậm lông, bong móng, gàu, viêm da, tóc tăng trưởng bất thường, phản ứng nhạy cảm ánh sáng, rối loạn sắc tố, đau xương, co thắt cơ, đau ở chi, nhiễm trùng đường tiểu, candida âm đạo, khô âm hộ âm đạo, tiết dịch âm đạo, đau vùng chậu, viêm teo âm hộ âm đạo, có khối ở vú, bệnh xơ nang tuyến vú, vú chai cứng, phù. **SẢN XUẤT BỞI:** Bayer Weimar GmbH und Co. KG. Döbereinerstrasse 20, 99427 Weimar, CHLB Đức. **ĐĂNG KÝ BỞI:** Bayer (South East Asia) Pte. Ltd., Singapore



DIPLOMAS

- Graduated with MBChB from The Chinese University of Hong Kong (CUHK) in 1992, with distinction in Obstetrics and Gynaecology.
- Completed specialty training in Obstetrics and Gynaecology from 1993 to 1999 at Prince of Wales Hospital (Hong Kong).
- Finished subspecialty training in Maternal-Fetal Medicine from 1999 to 2002.
- Appointed as a consultant in 2007 and became a clinical professor at CUHK in December 2009.
- Holds professional qualifications: MD (CUHK), FHKAM(O&G), FHKCOG, FRCOG.

EXPERIENCE

- Currently serves as a Professor in the Department of Obstetrics and Gynaecology at CUHK and Head of the Fetal Medicine Team.
- Holds the position of Assistant Dean (Mainland Affairs) of the Faculty of Medicine at CUHK.
- Over 15 years of experience in the fields of Maternal-Fetal Medicine and Obstetrics.

PUBLICATIONS

- Published over 350 papers in international peer-reviewed journals.
- Current H-index of 51, indicating significant influence in research.
- Notable research areas include non-invasive prenatal diagnosis using maternal circulating cell-free fetal DNA, chromosomal microarray for genetic diagnosis, and fetal surgical therapies.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Appointed "Changjiang Scholar" chair professor by the Ministry of Education of China.
- Leads the annual Asian Pacific Congress in Maternal Fetal Medicine (since 2005) and the Asian Pacific Congress in fetal therapy (since 2016).
- Conducts training courses in fetal ultrasound, genetic diagnosis, and obstetric emergencies.
- Collaborates with Baylor College of Medicine to run a Master of Science course in Medical Genetics in Asia.

GS. Tak Yeung Leung

POWER OF NATURE



When it comes to reproduction in nature, it’s all about sending the right signals

MERCK

VN-PER-00091

reimagining the future, time and again

Merck has been at the forefront of fertility treatment for as long as it has existed. Today, we continue our commitment to scientific excellence, imagining new possibilities for the patients of tomorrow.

Time and again, we support fertility experts worldwide to deliver their best care to patients, aiming to fulfill dreams of parenthood.

Fertility by Merck.
Enabling wonders, together.





ThS.BS. NGUYỄN CẢNH CHƯƠNG

Giám đốc Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 09/1988 - 09/1994: Bs Đa khoa - Trường Đại học Y Hà Nội
- 09/1995 -09/1998: Bác sĩ Nội trú chuyên ngành Phụ sản - Trường Đại học Y Hà nội
- 2005: Thạc sĩ Y học - Trường Đại học Y Hà nội
- 08/2013 - 08/2015: Trung cấp Lý luận Chính trị - Trường Đào tạo cán bộ Lê Hồng Phong

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2000 - nay: Giảng viên - Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2002 - 2007: Bác sĩ - Khoa Phụ ngoại - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
- 2007 - 2012: Phó khoa - Khoa Phụ yêu cầu - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
- 2013 - 2018: Trưởng phòng Nghiên cứu khoa học & Chỉ đạo tuyến -
- Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội
- 2019 - nay: Giám đốc Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả 19 bài báo báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế
- Chủ nhiệm và tham gia 16 đề tài khoa học

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

Giải Ba – Giải thưởng thành tựu 2017 cho đề tài nghiên cứu khoa học "Giá trị sàng lọc dị tật tim bẩm sinh của phương pháp phân tích phổ Doppler ống tĩnh mạch trên thai có bộ nhiễm sắc thể bình thường".

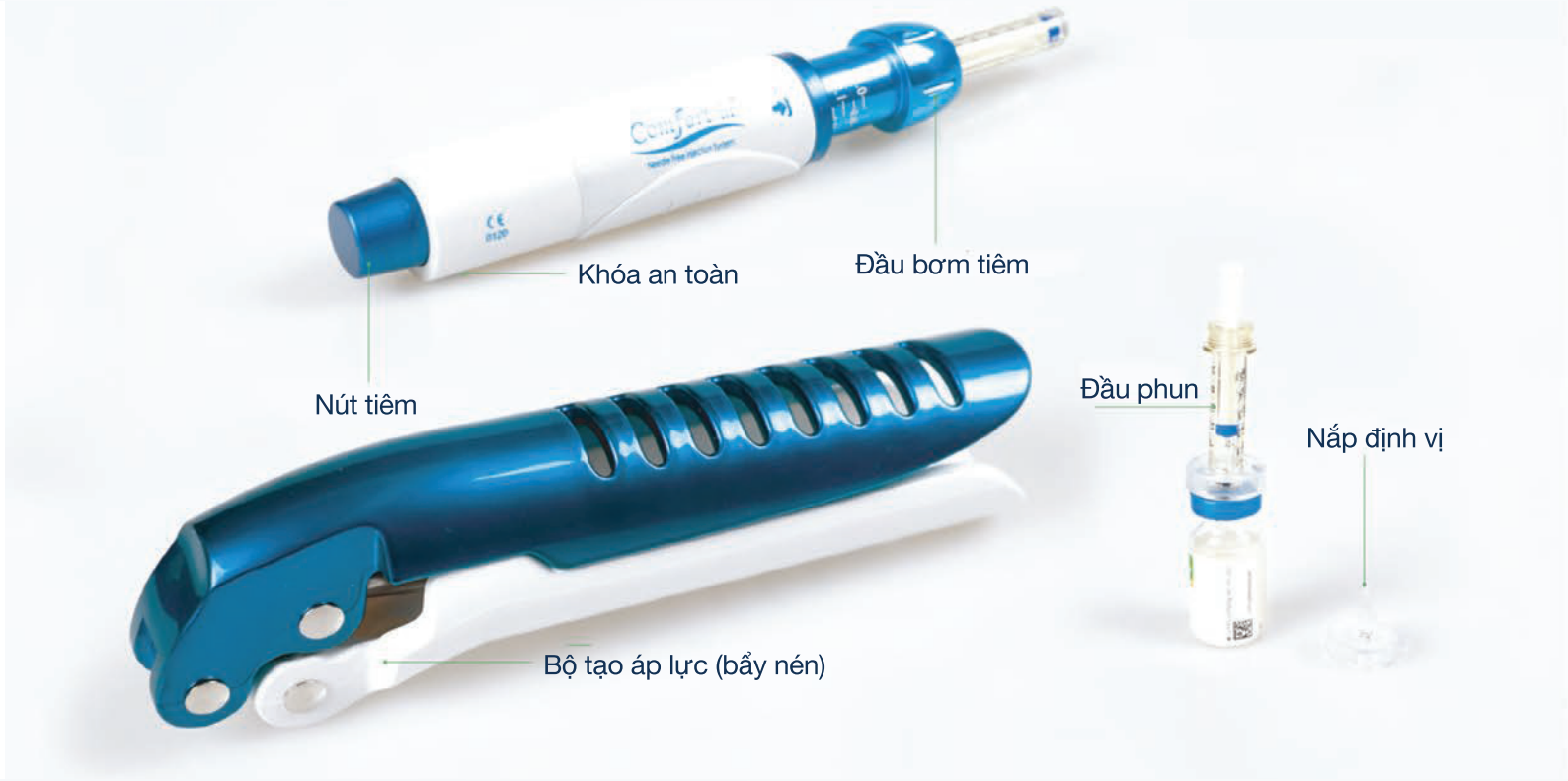
ThS.BS. Nguyên Cảnh Chương

Comfort-in™

MIKA MEDICAL CO

NEEDLE-FREE SYSTEM

Hệ thống bơm tiêm không kim tiêm, không đau đớn



Dùng được cho mọi loại thuốc lỏng tiêm bắp hoặc tiêm dưới da

- Tiêm hormones
- Tiêm vắc xin
- Tiêm insulin
- Gây tê trong nha khoa
- Thẩm mỹ, làm đẹp

+84 971 765 911
comfort-invn.com
marketinghoanghaipharma@gmail.com

CE 2265

meiji

THƯƠNG HIỆU SẢN PHẨM DINH DƯỠNG CÔNG THỨC DÀNH CHO TRẺ EM SỐ 1* NHẬT BẢN

*Dựa trên kết quả điều tra thị phần theo doanh thu tại Nhật Bản từ 1/4/2023 - 31/3/2024 của INTAGE SRI+

100 NĂM

LỊCH SỬ HƠN **100 NĂM** NGHIÊN CỨU & PHÁT TRIỂN

THIẾT KẾ **DINH DƯỠNG CÂN BẰNG** CHO CUỘC SỐNG KHỎE MẠNH

ひとりひとりに伝わる品質づくり。
Meiji Quality Comm
明治 品質コミュニケーション

CAM KẾT TIÊU CHUẨN **CHẤT LƯỢNG NHẬT BẢN**





WESBITE

FANPAGE



TS.BS
ĐINH THÚY LINH

Giám đốc Trung tâm Sàng lọc, Chẩn đoán trước sinh và Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 9/2005 - 6/2011: Bác sỹ đa khoa - Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
- 11/2014 - 2019: Tiến sĩ - Trường Đại học Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ năm 2012 - nay: Bác sĩ Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tổng số bài đăng trên các tạp chí khoa học Quốc tế: 5, trong đó 3 bài là tác giả chính
- Tổng số bài đăng trên các tạp chí khoa học trong nước: 15
- Tổng số đề tài khoa học làm chủ nhiệm hoặc tham gia:15
- Tổng số báo cáo tại các hội nghị chuyên ngành quốc tế: 10

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

Giải Nhất tại Hội nghị Khoa học và Công nghệ tuổi trẻ ngành Y tế lần thứ XX năm 2021 - Đề tài "Đánh giá giá trị của kỹ thuật Prenatal BacS- ON-BEADS trong chẩn đoán trước sinh một số bất thường NST thường gặp"

FVCOG2024

SÀNG LỌC NGƯỜI LÀNH MANG GEN BỆNH

TIẾP CẬN TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

TS.BS. Đinh Thuý Linh

Giám đốc Trung tâm Sàng lọc – Chẩn đoán trước sinh và sơ sinh

FVCOG2024

SÀNG LỌC
NGƯỜI LÀNH MANG GEN BỆNH

TIẾP CẬN
TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

TS.BS. Đinh Thuý Linh
Giám đốc Trung tâm Sàng lọc – Chẩn đoán trước sinh và sơ sinh

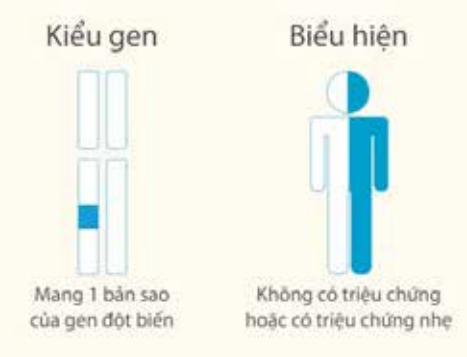
Sàng lọc các tình trạng di truyền lặn NST thường và liên kết nhiễm sắc thể X trước và trong thai kỳ: Hướng dẫn thực hành từ ACMG (American College of Medical Genetics and Genomics)

Anthony R. Gregg1, Mahmoud Aarabi2,3, Susan Klugman4, Natalia T. Leach5, Michael T. Bashford6, Tamar Goldwaser7,8, Emily Chen9, Teresa N. Sparks10,11, Honey V. Reddi12,13, Aleksandar Rajkovic10,11,14, Jeffrey S. Dungan15 and ACMG Professional Practice and Guidelines Committee16*

FVCOG2024

TẦM QUAN TRỌNG CỦA SÀNG LỌC NGƯỜI MANG GEN BỆNH

1. Trung bình mỗi người mang 3-5 đột biến gen lặn
2. Người lành mang gen bệnh hoàn toàn không có biểu hiện lâm sàng.
3. 80% trẻ bị Bệnh di truyền được sinh ra từ cha mẹ khỏe mạnh hoặc không có tiền sử bệnh tật từ gia đình
4. Ở việt nam, Mỗi năm có khoảng 2200 trẻ mắc bệnh Thalassemia ra đời.
5. Không thể điều trị hoặc Chi phí điều trị tốn kém
6. Các hiệp hội lớn trên thế giới như ACOG, ACMG khuyến cáo nên sàng lọc người mang gen bệnh mở rộng thay vì sàng lọc mục tiêu (theo bệnh phổ biến trong quần thể) như trước.

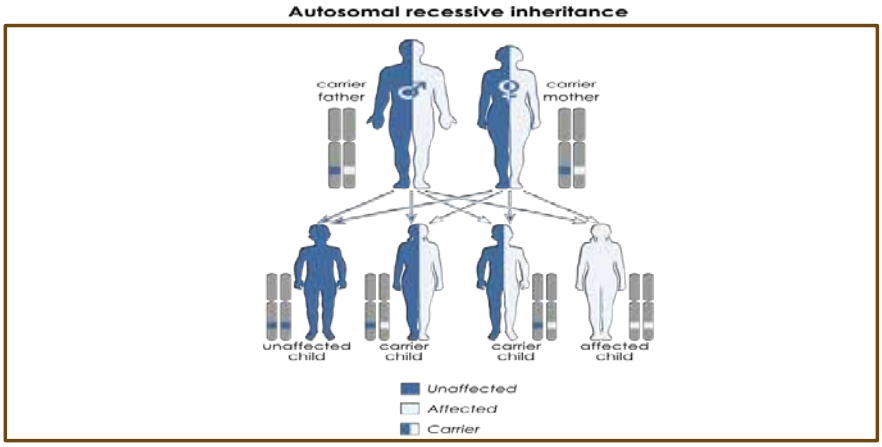


fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

CƠ CHẾ DI TRUYỀN

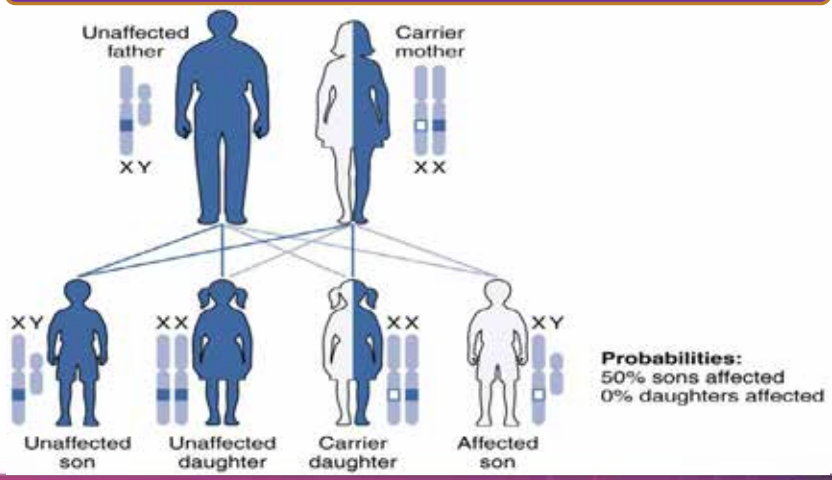
DI TRUYỀN GEN LẶN NST THƯỜNG



FVCOG2024

CƠ CHẾ DI TRUYỀN

DI TRUYỀN GEN LẶN NST GIỚI TÍNH X



15 BỆNH DI TRUYỀN GEN LẶN PHỔ BIẾN

- 1/3500 trẻ trai
- Yếu cơ tiến triển, phụ thuộc xe lăn: 12 tuổi, tử vong: 20 tuổi
- Bệnh di truyền gen lặn, liên kết NST X



LOẠN DƯỠNG CƠ DUCHENNE



- Tỷ lệ 1/5000 trẻ trai
- Bệnh di truyền gen lặn, liên kết NST X
- Xuất huyết tự nhiên hoặc sau chấn thương nhẹ: dưới da, trong cơ, chảy máu các khớp, xuất huyết não.

BỆNH HEMOPHILIA

- Tỷ lệ 1/4000 trẻ
- Bệnh di truyền gen lặn, liên kết NST thường
- BN mất khả năng đi lại, yếu cơ, gù vẹo cột sống. Thể nặng tử vong ngay trong thời kỳ sơ sinh



BỆNH THOÁI HOÁ CƠ TUỶ



- Tỉ lệ người mang gen 1/10
- Tỷ lệ bệnh ~ 1/2000 trẻ
- Thiếu máu tan máu mạn tính

BỆNH THALASSEMIA

FVCOG2024

15 BỆNH DI TRUYỀN GEN LẶN PHỔ BIẾN

BỆNH RỐI LOẠN DỰ TRỮ GLYCOGEN II (BỆNH POMPE)

Tỷ lệ mang gen bệnh: 1/75 (theo Hội di truyền y học Hoa Kì ACMG)
Gen gây bệnh: GAA
Cơ chế di truyền: Di truyền lặn trên NST thường
Triệu chứng: khởi phát sớm ở trẻ sơ sinh với biểu hiện trương lực cơ yếu và dày thành cơ tim, thường gây tử vong do suy tim

BỆNH VÀNG DA Ứ MẬT KÉO DÀI DO THIẾU HỤT CITRIN

Tỷ lệ mang gen bệnh: 1/50-1/100 (Khu vực châu Á)
Gen gây bệnh: SLC25A13
Cơ chế di truyền: Di truyền lặn trên NST thường
Triệu chứng: có nhiều thể, trong đó thể nặng nhất thường biểu hiện lúc từ 1,5– 2 tháng tuổi với các triệu chứng vàng da, ứ mật, phân bạc màu, tiêu chảy kéo dài. Nếu không điều trị bệnh tiến triển nặng dần với biểu hiện gan lách to, cổ chướng, suy gan kèm các triệu chứng rối loạn tâm thần, hoang tưởng ảo giác, kích thích, lú lẫn, co giật…

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

15 BỆNH DI TRUYỀN GEN LẶN PHỔ BIẾN

BỆNH THIẾU HỤT ACYLCOA DIHYDROGENASE CHUỖI TRUNG BÌNH (MCAD)

Tỷ lệ mang gen bệnh: 1/60 (theo Hội di truyền y học Hoa Kì ACMG)
Gen gây bệnh: ACADM
Cơ chế di truyền: Di truyền lặn trên NST thường
Triệu chứng: nôn, thiếu năng lượng và hạ đường huyết. Trẻ bị thiếu MCAD có nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như co giật, khó thở, các vấn đề về gan, tổn thương não, hôn mê và đột tử

BỆNH CƠ TIM GIÃN 1X. BỆNH LOẠN DƯỠNG CƠ DYSTROGLYCA-NOPATHY A4,B4,C4

Tỷ lệ mang gen bệnh: 1/63 (theo Hội di truyền y học Hoa Kì ACMG)
Gen gây bệnh: FKTN
Cơ chế di truyền: Di truyền lặn trên NST thường
Triệu chứng: Bệnh cơ tim giãn 1X: tiến triển nhanh gây tử vong ở tuổi thiếu niên nếu không được ghép tim. Bệnh loạn dưỡng cơ dystroglyca-nopathy gây yếu cơ toàn thân và giảm trương lực cơ từ khi còn nhỏ và hầu hết không thể đi lại, có thể kèm theo dị tật não và mắt

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

15 BỆNH DI TRUYỀN GEN LẶN PHỔ BIẾN

BỆNH TĂNG SẢN THƯỢNG THẬN BẨM SINH, THIẾU HỤT 21-HYDROXYLASE

Tỷ lệ mang gen bệnh: 1/21 (theo Hội di truyền y học Hoa Kì ACMG)
Gen gây bệnh: CYP21A2
Cơ chế di truyền: Di truyền lặn trên NST thường
Triệu chứng: suy thượng thận cấp, nam hóa đơn thuần ở trẻ gái và dậy thì sớm ở trẻ trai.

BỆNH XƠ NANG

Tỷ lệ mang gen bệnh: 1/25 (theo Hội di truyền y học Hoa Kì ACMG)
Gen gây bệnh: CFTR
Cơ chế di truyền: Di truyền lặn trên NST thường
Triệu chứng: Cơ thể tăng sản xuất chất nhầy đặc và dính bất thường làm tắc nghẽn đường thở, gây ra các vấn đề hô hấp, đặc biệt viêm phổi nặng, dịch nhày cũng ảnh hưởng gây xơ hóa tụy, tắc ống dẫn tinh gây vô sinh nam

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

15 BỆNH DI TRUYỀN GEN LẶN PHỔ BIẾN

BỆNH LOẠN DƯỠNG CHẤT TRẮNG THƯỢNG THẬN LIÊN KẾT X

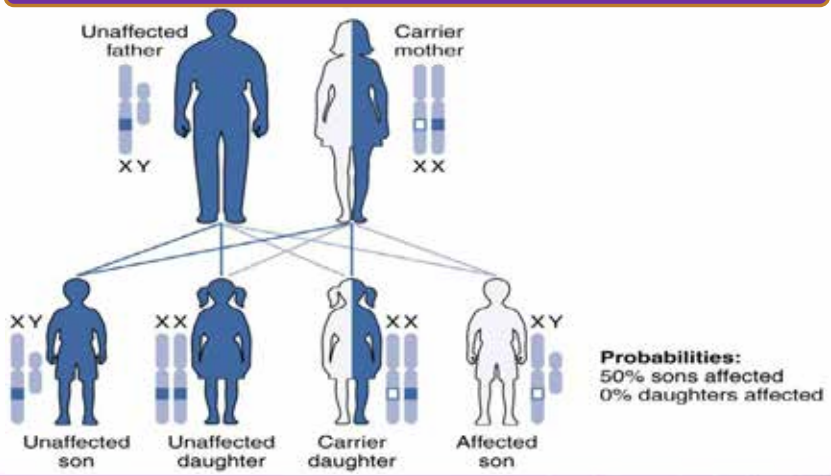
Tỷ lệ phụ nữ mang gen: 1/16.800
Tỷ lệ bệnh: 1/17000-1/14000 trẻ trai
Gen gây bệnh: ABCD1
Cơ chế di truyền: lặn trên NST X
Triệu chứng: chất béo bao phủ các dây thần kinh trong não và tủy sống bị thoái hóa, làm giảm khả năng chuyển tiếp thông tin đến não. Trẻ bị bệnh sẽ gặp khó khăn khi nghe, đọc, hiểu và viết, hành vi hung hăng, có vấn đề về thị lực, khó nuốt, kém phối hợp động tác. Ngoài ra, tổn thương lớp vỏ thượng thận gây suy thượng thận

BỆNH THIẾU HỤT ORNITHINE TRANSCARBAMYLASE

Tỷ lệ phụ nữ mang gen: 1/50.000
Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh: 1/56500
Gen gây bệnh: OTC
Cơ chế di truyền: lặn trên NST X
Triệu chứng: rối loạn chu trình urê với mức độ nghiêm trọng và độ tuổi khởi phát khác nhau, đặc trưng bởi tăng amoniac máu và đe dọa tính mạng. hôn mê tiến triển, nôn, co giật, hạ huyết áp, chậm phát triển, thiểu năng trí tuệ, tổn thương gan tiến triển.

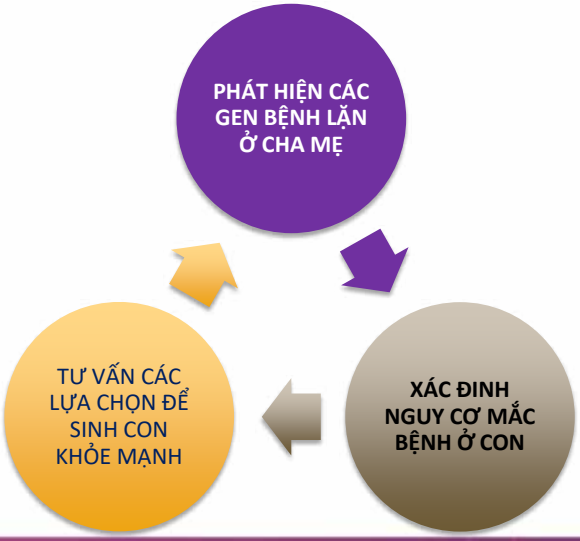
CƠ CHẾ DI TRUYỀN

DI TRUYỀN GEN LẶN NST GIỚI TÍNH X



FVCOG2024

GIÁ TRỊ CỦA XÉT NGHIỆM

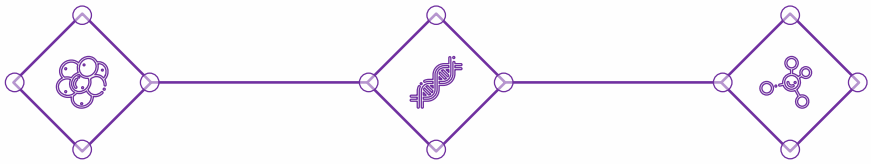


FVCOG2024

ĐỐI TƯỢNG NÊN SÀNG LỌC NGƯỜI MANG GEN BỆNH

SÀNG LỌC NGƯỜI LÀNH MANG GEN BỆNH LÀ XÉT NGHIỆM CŨNG CÓ THỂ

THỰC HIỆN TẠI **BẤT KÌ THỜI ĐIỂM NÀO**.



TIỀN HÔN NHÂN/TRƯỚC KHI MANG THAI	IUI, IVF	PHỤ NỮ MANG THAI 3 THÁNG ĐẦU
Tầm soát để có kế hoạch thai sản tốt nhất	Cặp vợ chồng chuẩn bị thực hiện các biện pháp hỗ trợ sinh sản như IUI, IVF.	

CHIẾN LƯỢC THỰC HIỆN SÀNG LỌC

01
Tiếp cận đồng thời

Lí tưởng nhất là thực hiện sàng lọc người lành mang gen bệnh đồng thời cho cả hai vợ chồng.

02
Tiếp cận tuần tự

- Người nữ sàng lọc trước
- Chồng bệnh nhân được tư vấn di truyền và thực hiện xét nghiệm nếu bệnh nhân được phát hiện là người mang gen lặn NST thường hoặc gen lặn liên kết NST X,

1. Tất cả phụ nữ mang thai/dự định mang thai nên được sàng lọc ở cấp 3

2. Sàng lọc cấp 4 nên được xem xét:

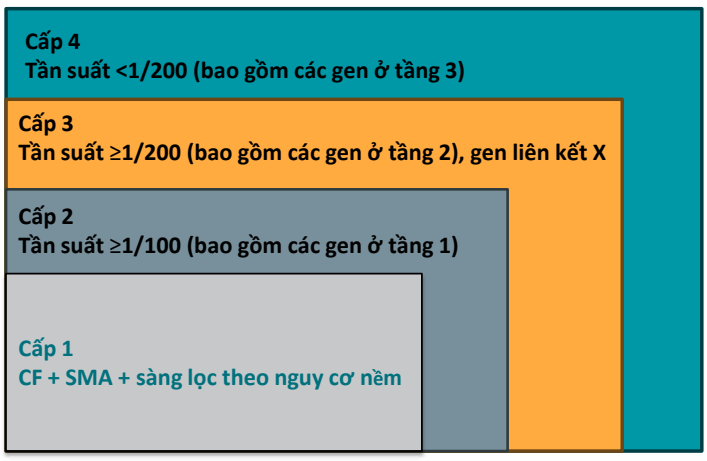
* Khi việc mang thai bắt nguồn từ mối quan hệ huyết thống

* Khi tiền sử bệnh lý của gia đình hoặc cá nhân cho phép.

3. ACMG khuyến nghị:

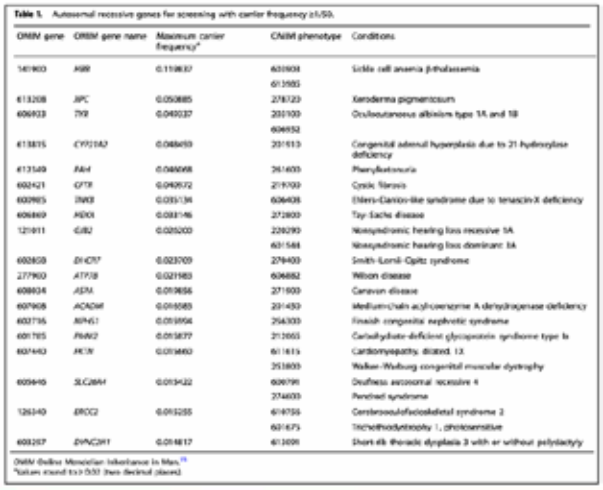
* Không cung cấp sàng lọc Cấp 1, Cấp 2, vì những cấp độ này không cung cấp đánh giá công bằng cho tất cả các nhóm chủng tộc

* Không cung cấp thường quy sàng lọc Cấp 4.



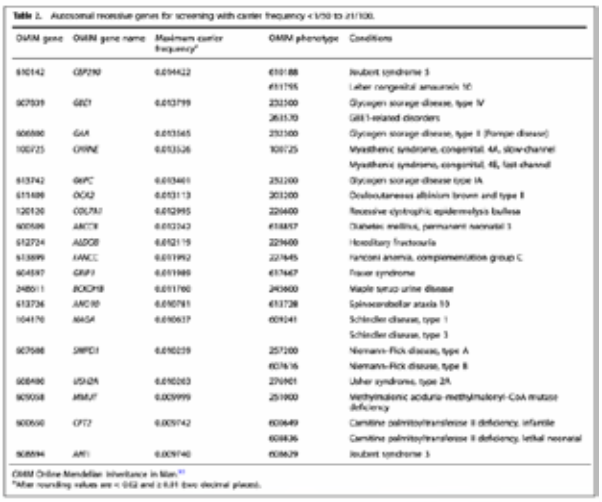
FVCOG2024

CÁC GEN CÓ TẦN SUẤT > 1/50 VÀ TỪ 1/50 – 1/100



OMIM gene	OMIM gene name	Maximum carrier frequency*	OMIM phenotype	Conditions
141900	*HBB*	0.110837	603903	Sickle cell anaemia; β-thalassaemia
			613985	
613208	*XPC*	0.050885	278720	Xeroderma pigmentosum
606933	*TYR*	0.049037	203100	Oculocutaneous albinism type 1A and 1B
			606952	
613815	*CYP11A1*	0.048459	201910	Congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency
613349	*PAH*	0.046998	261600	Phenylketonuria
602421	*CFTR*	0.045972	219700	Cystic fibrosis
602985	*TNXB*	0.035134	606408	Ehlers-Danlos-like syndrome due to tenascin-X deficiency
606869	*HEXA*	0.033146	272800	Tay-Sachs disease
121911	*GJB2*	0.025200	220290	Nonsyndromic hearing loss recessive 1A
			601544	Nonsyndromic hearing loss dominant 3A
602668	*DHCR7*	0.023709	270400	Smith-Lemli-Opitz syndrome
277900	*ATP7B*	0.021980	606882	Wilson disease
608034	*ASPA*	0.019856	271900	Canavan disease
607008	*ACADM*	0.019583	201450	Medium-chain acyl-coenzyme A dehydrogenase deficiency
602716	*NPHS1*	0.019194	256300	Finnish congenital nephrotic syndrome
601785	*PAH2*	0.015877	212065	Carbohydrate-deficient glycoprotein syndrome type Ia
607440	*MYH*	0.014480	611619	Cardiomyopathy, dilated, 1J
			253800	Walker-Warburg congenital muscular dystrophy
605440	*SLC26A4*	0.013422	600791	Deafness, autosomal recessive 4
			274600	Pendred syndrome
126340	*ERCC2*	0.012255	614756	Cerebrooculofacioskeletal syndrome 2
			601675	Trichothiodystrophy 1, photosensitive
603357	*DYNC2H1*	0.011817	613091	Short rib thoracic dysplasia 3 with or without polydactyly

OMIM Online Mendelian Inheritance in Man.[19]
*Values rounded to 0.03 (two decimal places).

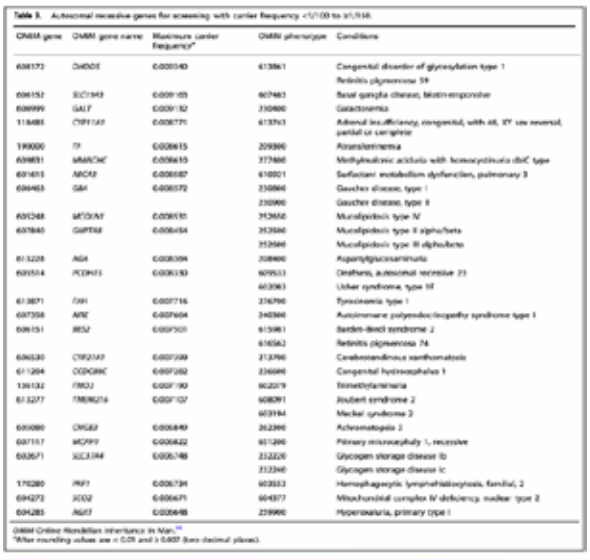


OMIM gene	OMIM gene name	Maximum carrier frequency*	OMIM phenotype	Conditions
610142	*CEP290*	0.014422	610188	Joubert syndrome 5
			611755	Leber congenital amaurosis 10
607039	*GBE1*	0.013799	232500	Glycogen storage disease, type IV
			263570	GBE1-related disorders
606800	*GAA*	0.013365	232300	Glycogen storage disease, type II (Pompe disease)
108725	*CHRNE*	0.013326	108725	Myasthenic syndrome, congenital, 4A, slow-channel
				Myasthenic syndrome, congenital, 4B, fast-channel
613742	*GYS1*	0.013401	232200	Glycogen storage disease type IA
611488	*OCA2*	0.013113	203200	Oculocutaneous albinism brown and type II
120120	*COL7A1*	0.012995	226600	Recessive dystrophic epidermolysis bullosa
600509	*ABCC8*	0.012343	606176	Diabetes mellitus, permanent neonatal 1
612724	*ALDOB*	0.012119	229600	Hereditary fructosuria
613899	*FANCC*	0.011992	227645	Fanconi anemia, complementation group C
604557	*GNPAT*	0.011980	614467	Fraser syndrome
248611	*BCKDHB*	0.011790	248600	Maple syrup urine disease
613726	*ARG1*	0.010781	613726	Spinocerebellar ataxia 19
104170	*NAGA*	0.010637	609241	Schindler disease, type 1
				Schindler disease, type 3
607686	*SMPD1*	0.010239	257200	Niemann-Pick disease, type A
			607616	Niemann-Pick disease, type B
608400	*USH2A*	0.010203	276901	Usher syndrome, type 2A
609058	*MMUT*	0.009999	251000	Methylmalonic aciduria methylmalonyl-CoA mutase deficiency
600650	*CPT2*	0.009742	600649	Carnitine palmitoyltransferase II deficiency, infantile
			608836	Carnitine palmitoyltransferase II deficiency, lethal neonatal
608894	*AHI1*	0.009740	608629	Joubert syndrome 3

OMIM Online Mendelian Inheritance in Man.[19]
*After rounding values are < 0.02 and ≥ 0.01 (two decimal places).

FVCOG2024

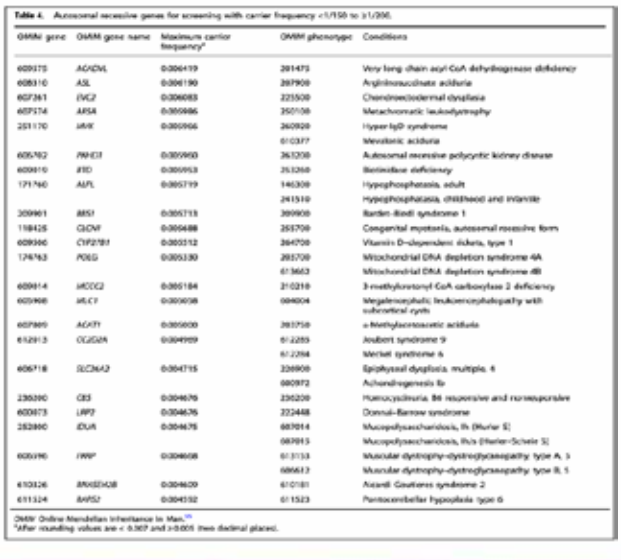
CÁC GEN CÓ TẦN SUẤT TỪ 1/100 – 1/150



OMIM gene	OMIM gene name	Maximum carrier frequency*	OMIM phenotype	Conditions
608172	*CHDS1*	0.009340	613861	Congenital disorder of glycosylation type 1
				Retinitis pigmentosa 59
606152	*SLC13A5*	0.009105	607481	Basal ganglia disease, biotin-responsive
606999	*GALT*	0.009132	230400	Galactosemia
114480	*CYP11A1*	0.008771	613743	Adrenal insufficiency, congenital, with 46, XY sex reversal, partial or complete
190000	*TF*	0.008615	209300	Atransferrinemia
609831	*MMACHC*	0.008610	277400	Methylmalonic aciduria with homocystinuria cblC type
601815	*NAGA*	0.008587	610021	Sialidosis: metabolism dysfunction, pulmonary 3
606463	*GBA*	0.008572	230800	Gaucher disease, type I
			230900	Gaucher disease, type II
601248	*MTOR1A*	0.008511	253660	Mucolipidosis type IV
607840	*GNPTAB*	0.008454	252500	Mucolipidosis type II alpha/beta
			252600	Mucolipidosis type III alpha/beta
613228	*NGLY1*	0.008384	230400	Aspartylglucosaminuria
605514	*PCDH15*	0.008353	609533	Deafness, autosomal recessive 23
			602083	Usher syndrome, type 1F
613871	*TAT*	0.007716	276700	Tyrosinemia type I
607358	*AIRE*	0.007604	240300	Autoimmune polyendocrinopathy syndrome type I
606151	*BBS2*	0.007501	615981	Bardet-Biedl syndrome 2
			616562	Retinitis pigmentosa 74
606530	*CYP27A1*	0.007339	213700	Cerebrotendinous xanthomatosis
611284	*CCDC39*	0.007282	236600	Congenital hydrocephalus 1
126132	*FMO3*	0.007190	602079	Trimethylaminuria
613277	*TMEM216*	0.007107	608091	Joubert syndrome 2
			603194	Meckel syndrome 2
606980	*CHGB*	0.006849	262300	Achromatopsia 2
607157	*MCPH1*	0.006822	611290	Primary microcephaly 1, recessive
602671	*SLC37A4*	0.006748	232220	Glycogen storage disease Ib
			232240	Glycogen storage disease Ic
176280	*PRF1*	0.006734	603553	Hemophagocytic lymphohistiocytosis, familial, 2
604273	*SCO2*	0.006671	604377	Mitochondrial complex IV deficiency, nuclear type 2
604283	*AGXT*	0.006648	259900	Hyperoxaluria, primary type I

OMIM Online Mendelian Inheritance in Man.[19]
*After rounding values are < 0.05 and ≥ 0.007 (two decimal places).

CÁC GEN CÓ TẦN SUẤT TỪ 1/150 – 1/200



OMIM gene	OMIM gene name	Maximum carrier frequency*	OMIM phenotype	Conditions
609175	*ACADVL*	0.006419	201475	Very long chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency
608310	*ASL*	0.006190	207900	Argininosuccinate aciduria
607361	*EVC2*	0.006083	225500	Chondroectodermal dysplasia
607174	*ARSA*	0.005986	250100	Metachromatic leukodystrophy
251170	*JAK3*	0.005966	260920	Hyper IgD syndrome
			610377	Mevalonic aciduria
606702	*PKHD1*	0.005950	263200	Autosomal recessive polycystic kidney disease
609010	*BTD*	0.005953	253260	Biotinidase deficiency
171760	*ALPL*	0.005719	146300	Hypophosphatasia, adult
			241510	Hypophosphatasia, childhood and infantile
209901	*BBS1*	0.005713	209900	Bardet-Biedl syndrome 1
118425	*GLDH*	0.005688	263700	Congenital myotonia, autosomal recessive form
609306	*CYP27B1*	0.005512	264700	Vitamin D-dependent rickets, type 1
176763	*POLG*	0.005330	203700	Mitochondrial DNA depletion syndrome 4A
			613662	Mitochondrial DNA depletion syndrome 4B
608914	*MCCC2*	0.005184	210210	3-methylcrotonyl-CoA carboxylase 2 deficiency
605908	*MLC1*	0.005038	604004	Megalencephalic leukoencephalopathy with subcortical cysts
607869	*ACAT1*	0.005000	203750	2-Methylacetoacetic aciduria
612013	*CC2D2A*	0.004989	612285	Joubert syndrome 9
			612294	Meckel syndrome 6
606718	*SLC34A3*	0.004715	326900	Epiphyseal dysplasia, multiple, 4
			612972	Achondrogenesis 1b
235200	*CBS*	0.004676	235200	Homocystinuria, B6 responsive and nonresponsive
600673	*LRP2*	0.004676	222448	Donnai-Barrow syndrome
252900	*IDUA*	0.004675	607014	Mucopolysaccharidosis, Ih (Hurler S)
			607015	Mucopolysaccharidosis, Ih/s (Hurler-Scheie S)
605190	*FKRP*	0.004608	613153	Muscular dystrophy-dystroglycanopathy type A, 5
			606612	Muscular dystrophy-dystroglycanopathy type B, 5
610326	*ARX[D34]8*	0.004609	610181	Ascott Gautieres syndrome 2
611324	*ANO5*	0.004552	611523	Pontocerebellar hypoplasia type 6

OMIM Online Mendelian Inheritance in Man.[19]
*After rounding values are < 0.007 and ≥ 0.005 (two decimal places).

fvcog2024.nhoq@gmail.com www.fvcog2024.vn

CÁC GEN DI TRUYỀN LIÊN KẾT NST X

Table 6. X-linked genes recommended for carrier screening.

OMIM gene	OMIM gene name	OMIM phenotype	Phenotype
300371	*ABCD1*	300100	Adrenoleukodystrophy (ALD)
300806	*AFF2*	309548	Mental retardation, X-linked, associated with fragile site FRAXE
300382	*ARX*	308350	Developmental and epileptic encephalopathy 1 (DEE1)
300377	*DMD*	300376	Muscular dystrophy, Becker type (BMD)
		310200	Muscular dystrophy, Duchenne type (DMD)
306700	*F8*	300841	Hemophilia A (HEMA)
300746	*F9*	306900	Hemophilia B (HEMB)
309550	*FMR1*	300624	Fragile X syndrome (FXS)
300644	*GLA*	301500	Fabry disease
308840	*L1CAM*	307000	Hydrocephalus due to congenital stenosis of aqueduct of Sylvius (HSAS)
300552	*MID1*	300000	Opitz G/BBB syndrome, type I (G/BBB1)
300473	*NR0B1*	300200	Adrenal hypoplasia, congenital (AHC)
300461	*OTC*	311250	Ornithine transcarbamylase deficiency
300401	*PLP1*	312920	Spastic paraplegia 2, X-linked (SPG2)
312610	*RPGR*	300029	Retinitis pigmentosa 3 (RP3; RP)
		300455	Retinitis pigmentosa, X-linked, and sinorespiratory
		300834	Infections, with or without deafness
			Macular degeneration, X-linked atrophic
300859	*RS1*	312700	Retinoschisis 1, X-linked, juvenile (RS1)
300036	*SLC6A8*	300352	Cerebral creatine deficiency syndrome 1 (CCDS1)

OMIM Online Mendelian Inheritance in Man.[19]

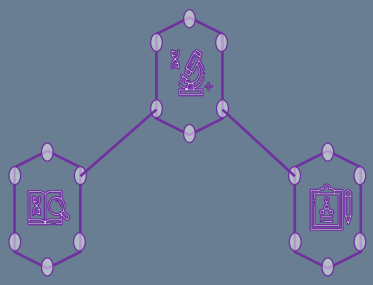
SÀNG LỌC - CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH CÁC BỆNH LÝ DI TRUYỀN



BẤT THƯỜNG SỐ LƯỢNG NHIỄM SẮC THỂ

BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC NHIỄM SẮC THỂ

CÓ CÔNG CỤ SÀNG LỌC



XÉT NGHIỆM

NIPS

COMBINED TEST

TRIPLE TEST

SIÊU ÂM

CHẨN ĐOÁN

FVCOG2024



CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH
BỆNH LÝ DI TRUYỀN ĐƠN GEN

xn sàng lọc thường quy và siêu âm không có giá trị

đa số không xét nghiệm tình trạng mang gen thể ẩn

chỉ xn khi đã có con bị bệnh /gia đình có người bị bệnh

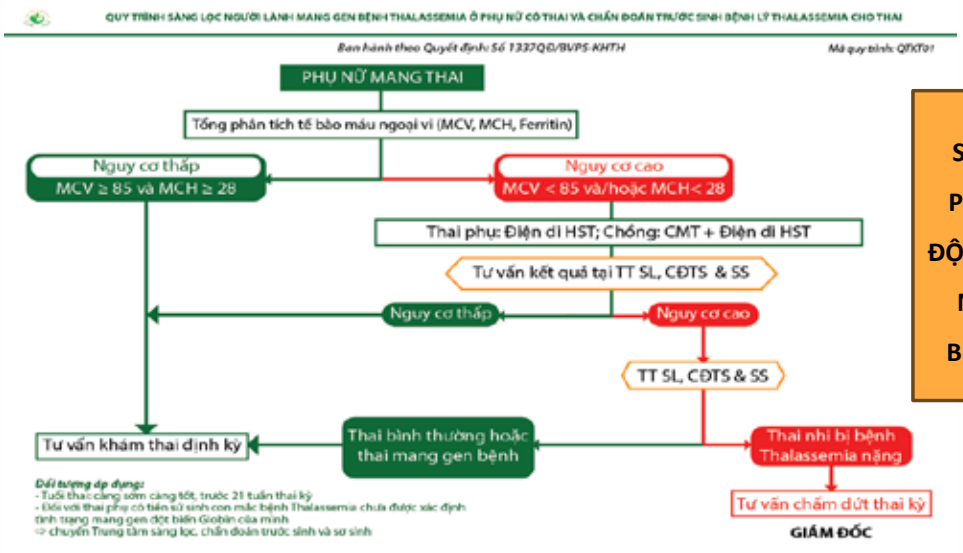
hiện nay là dự phòng cấp 2



THALLASSEMIA
SMA
DMD
HEMOPHILIA
.....

Người lành mang gen bệnh hoàn toàn KHÔNG CÓ biểu hiện lâm sàng.

FVCOG2024



SÀNG LỌC PHÁT HIỆN ĐỘT BIẾN GEN NGAY TỪ BƯỚC ĐẦU

LƯU Ý

Sàng lọc người mang gen bệnh không thể loại bỏ hoàn toàn nguy cơ trở thành người mang gen bệnh di truyền

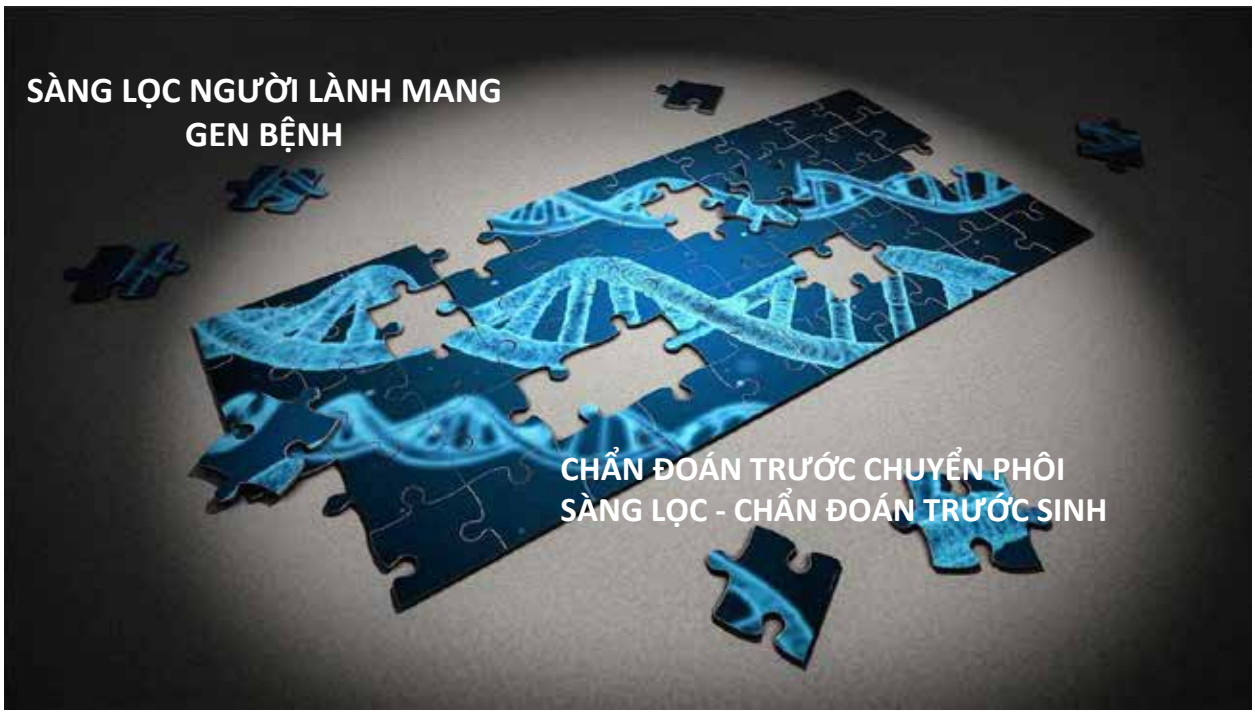
Không xác định được tất cả các gen gây ra tình trạng bệnh.Tất cả các gen gây ra tình trạng bệnh có thể không được kiểm tra.

Các biến thể gây bệnh có thể không được phát hiện bằng công nghệ phân tích được sử dụng.

Các biến thể có thể bị phân loại sai về khả năng gây bệnh (ví dụ: thuật toán của phòng thí nghiệm để phân loại các biến thể).

Rủi ro còn sót lại của một cá nhân đối với việc trở thành người lành mang gen bệnh sau khi có kết quả xét nghiệm sàng lọc âm tính có thể được tính như sau: Tần số người mang mầm bệnh trong quần thể × (1 – Tỷ lệ phát hiện).





TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FUJIFILM
Value from Innovation

INNOMUSE

TẦM SOÁT CHỦ ĐỘNG TỰ TIN VUI SỐNG

Với giải pháp y tế tiên tiến từ Fujifilm



Hệ Thống Siêu Âm Chẩn Đoán Dòng ARIETTA

Hệ Thống Chụp Cộng Hưởng từ ECHELON Synergy

Hệ Thống X-Quang Chụp Tuyến Vú AMULET INNOVALITY

Sản phẩm của Fujifilm Healthcare Corporation
Chi tiết theo văn bản công khai hình thức và nội dung quảng cáo số FFVN/CKQC/HVN04; FFVN/CKQC/HVN05; FFVN/CKQC/HVN06

PHIÊN 1E



Prof. CHRISTELLE VAULOUP-FELLOUS

Paris - Sub - University, Fance

DIPLOMA

- 2007: PhD in Virology, Pierre and Marie Curie University.
- 2004: Biologist, Paris-Sud University.
- 2004: Pharmacist, Paris-Sud University.
- 2003: Master of Sciences in Medical Virology, Denis Diderot University (Paris).

EXPERIENCE

- Currently a Professor in Virology at the Faculty of Medicine, Paris-Sud University, and at Groupe Hospitalier Paris Sacaly.
- Coordinator of a university diploma program focused on "Infectious Pathologies of Pregnant Women, Fetuses, and Newborns."
- Responsible for serological and prenatal diagnosis in routine hospital practice since 2006, under a ministerial agreement for prenatal diagnosis.
- Head of the WHO National Reference Laboratory for Rubella since 2012.

PUBLICATIONS

- Authored 139 peer-reviewed publications, 73 national journal articles, and delivered 78 invited talks.
- Contributed to 5 national recommendations and presented 59 original research oral communications and 85 poster communications.
- Key research areas include maternal and congenital infections, with a focus on epidemiology, diagnosis, and management.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Member of several professional societies: European Society of Clinical Virology, French Society of Microbiology (SFL), and Francophone Society of Infectious Pathology (SPILF).
- Recognized for contributions to prenatal diagnostics and infectious diseases, with significant involvement in standardization of immunoassays and public health initiatives.

FVCOG2024

CƠ CHẾ TRUYỀN KHÁNG THỂ TỪ MẸ SANG CON: TẦM QUAN TRỌNG CỦA HỆ MIỄN DỊCH CỦA MẸ?

GS. Christelle Vauloup-Fellous

Đại học Paris-Sud – Cộng hòa Pháp

christelle.vauloup-fellous@aphp.fr

FVCOG2024

CƠ CHẾ TRUYỀN KHÁNG THỂ TỪ MẸ SANG CON: TẦM QUAN TRỌNG CỦA HỆ MIỄN DỊCH CỦA MẸ?

Pr Christelle VAULOUP-FELLOUS
Medicine Faculty
Virology department Paris-Saclay University
National Reference Laboratory for perinatal viral infections
christelle.vauloup-fellous@aphp.fr

BỐI CẢNH

Nhiễm trùng => Nguyên nhân chính dẫn đến tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh trên thế giới

Trẻ sơ sinh => đối mặt với nhiều chủng vi khuẩn, virus và ký sinh trùng

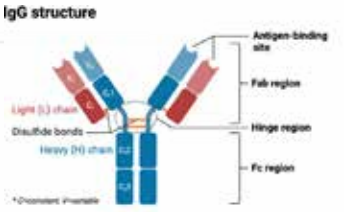
=> Hệ miễn dịch dễ bị tổn thương (do chưa hoàn thiện và non nớt)

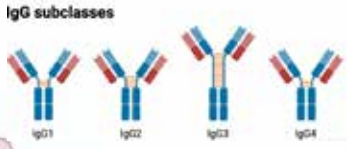
Kháng thể từ mẹ được truyền qua bánh rau sang thai đóng vai trò quan trọng

Tiêm vắcxin trong thai kỳ = chiến lược được chứng minh làm tăng mức kháng thể ở mẹ truyền qua bánh rau và cung cấp sự bảo vệ ngay lập tức cho trẻ

Basha S et al. Expert Rev Clin Immunol. 2014
Faucette A, et al. Hum Reprod Update. 2015
WHO. World Health Statistics, 2018)

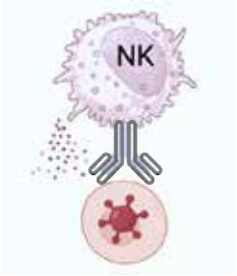
CẤU TRÚC VÀ CHỨC NĂNG CỦA IgG





Trung gian





Phụ thuộc kháng thể

Độc tính tế bào trung gian phụ thuộc kháng thể (ADCC)



Thực bào phụ thuộc kháng thể (ADCP)

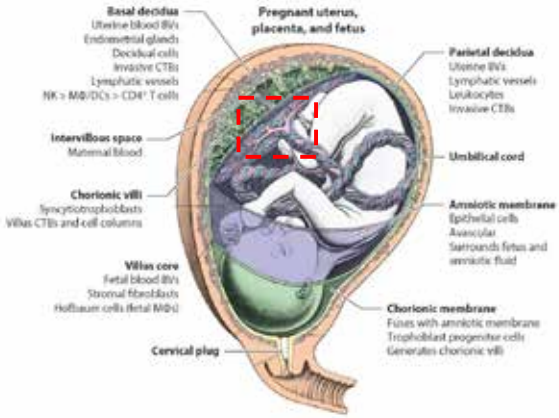
FVCOG2024

BÁNH RAU

Hệ thống phức tạp

Cấu trúc thay đổi phụ thuộc vào thai nghén

Vai trò:
- Hô hấp
- Dinh dưỡng
- Tiêu diệt
- Bảo vệ
- Miễn dịch
- Nội tiết



FVCOG2024

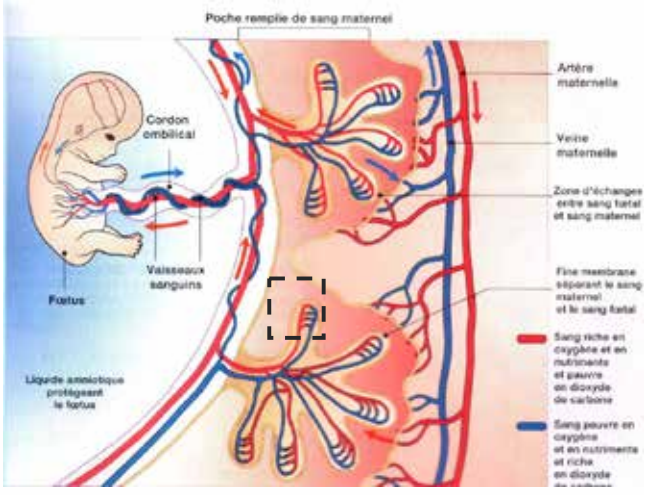
VẬN CHUYỂN IgG QUA BÁNH RAU

Phân tử < 500 Da => khuyếch tán bị động

IgG (160kDa) => cơ chế chủ động (pinocytosis):

Bắt đầu từ 13 tuần thai
Tăng lên cùng tuổi thai và tăng nhanh đặc biệt ở quý 3 của thai kỳ

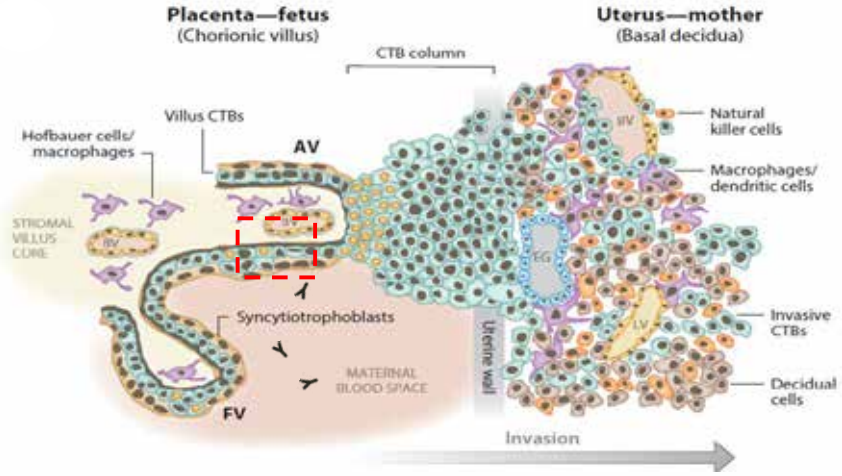
Giữa 17 và 22 tuần thai nghén có 5-10% IgG của mẹ
28-32 tuần: ≈ 50 %,
Khi sinh: 120 đến 130 % IgG từ mẹ



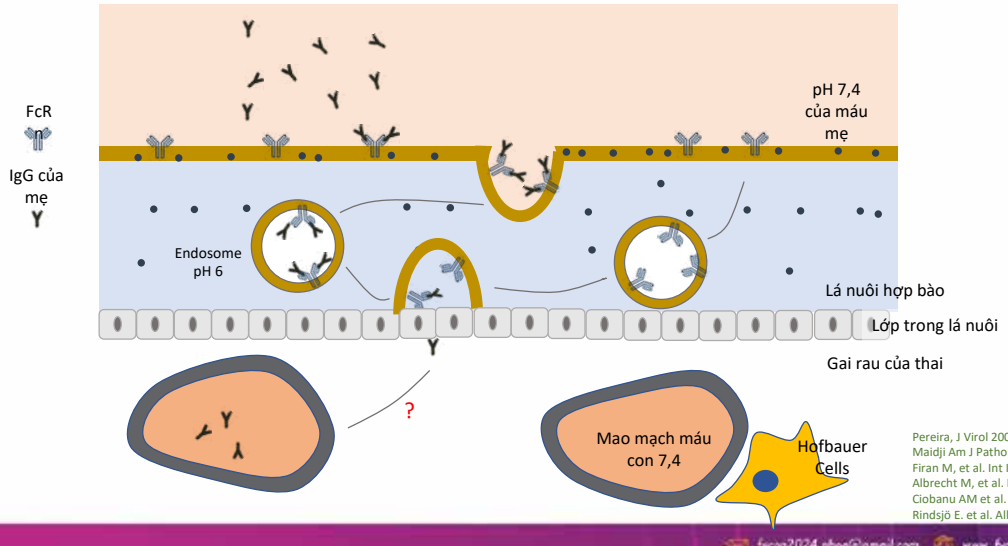
Syme MR, et al. Clin Pharmacokinet 2004
Hamilton RG. Clin Chem 1987
Jauniaux E, et al. Hum Reprod 1995
Sinister NE, et al. Eur. J. Immunol. 1989

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

CẤU TRÚC BÁNH RAU



TỪ MÁU MẸ SANG CON



Pereira, J Virol 2003
Maidji Am J Pathol 2003
Firan M, et al. Int Immunol 2001
Albrecht M, et al. Front Immunol. 2020
Ciobanu AM et al. Diagnostics 2020
Rindsjö E. et al. Allergy 2010

FVCOG2024

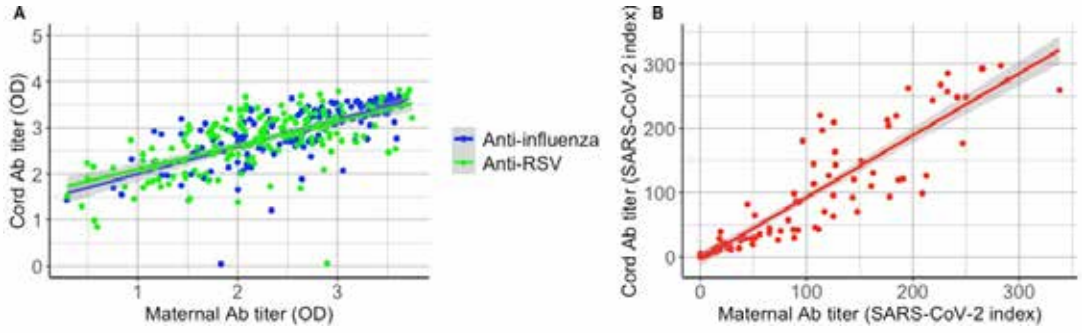
MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN TRUYỀN IgG QUA BÁNH RAU

Yếu tố mẹ	Yếu tố thai	Yếu tố thai
Định lượng IgG	Tuổi thai	Tuổi thai
Loại IgG	Tình trạng túi ối	Cân nặng
Nhiễm trùng thai nghén	Bề mặt trao đổi	Giới tính
Tiêm nhắc lại vắc xin trong thai kỳ	Dòng máu bánh rau	Đơn thai/đa thai
Bệnh của mẹ	Thụ thể	Nhiễm trùng bẩm sinh

FVCOG2024

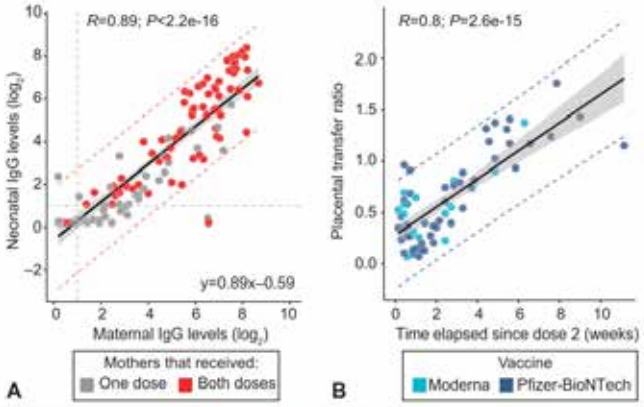
ĐỊNH LƯỢNG IgG TRONG MÁU MẸ (1)

IgG tăng trong máu mẹ => nồng độ IgG cũng tăng trong cuống rốn



ĐỊNH LƯỢNG IgG TRONG MÁU MẸ (2)

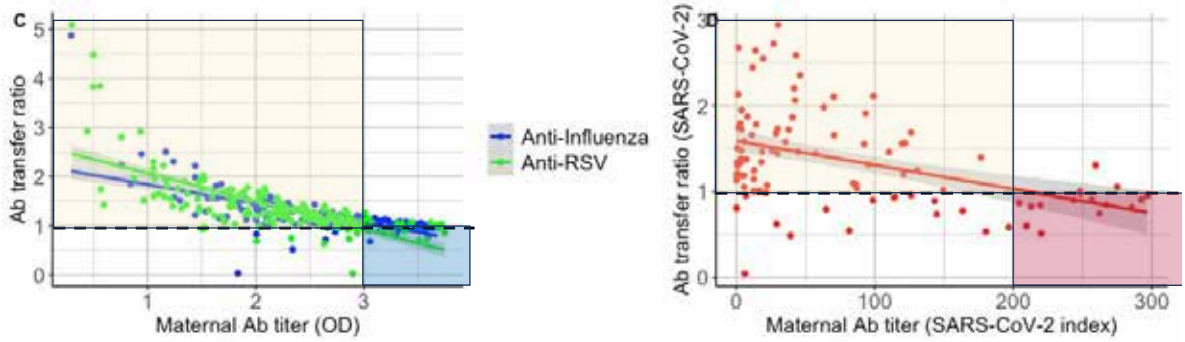
Tiêm vắcxin nhắc lại: nồng độ IgG tăng trong máu mẹ do đó cũng tăng truyền sang con



ĐỊNH LƯỢNG IgG TRONG MÁU MẸ (3)

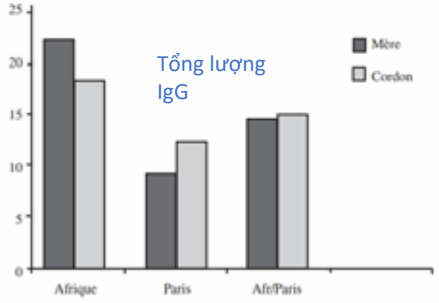
Ngưỡng ảnh hưởng: khi nồng độ IgG trên một ngưỡng nhất định trong máu mẹ => tỷ lệ truyền sang máu con sẽ giảm

Bão hoà thụ thể?
Cạnh tranh giữa các IgG?



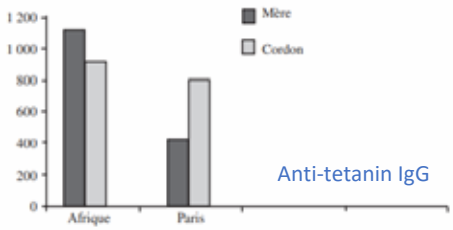
FVCOG2024

ĐỊNH LƯỢNG IgG TRONG MÁU MẸ (4)



Nồng độ IgG có tương quan với nồng độ IgG trong máu cuống rốn lên đến 15g/L
=> Bão hoà nồng độ thụ thể FcRn mặc dù có tái tạo

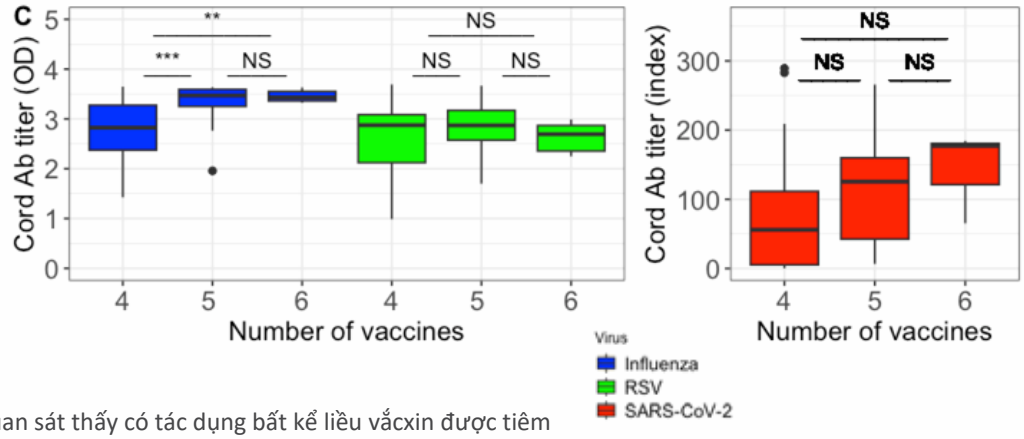
Liệu tiêm nhắc lại vắc-xin có thể ảnh hưởng tiêu cực đến việc truyền kháng thể từ mẹ có tính đặc hiệu khác với kháng thể do vắc-xin tạo ra không?



Gendrel, et al. Journal of Tropical Pediatrics 1990
Michaux J.L., et al. Trop. Geogr Med., 1966

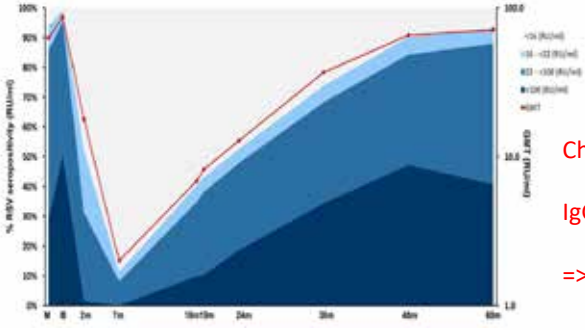
FVCOG2024

ĐỊNH LƯỢNG IgG TRONG MÁU MẸ (5)



Không quan sát thấy có tác dụng bất kể liều vắcxin được tiêm trong thai kỳ

SỰ TỒN TẠI IgG CỦA MẸ (1)



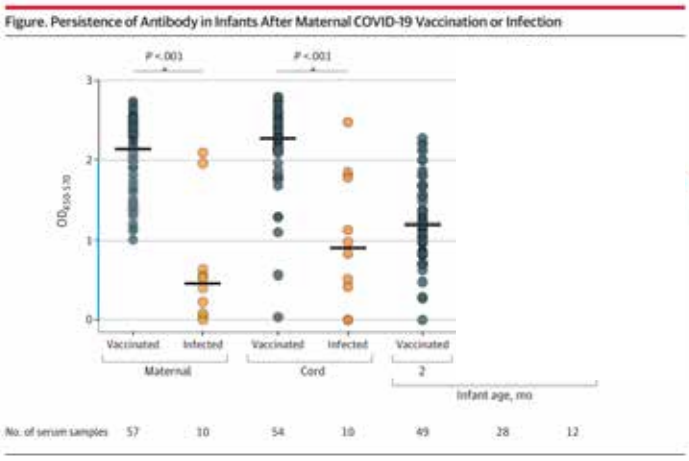
Tần suất hiện mắc của RSV phụ thuộc vào tuổi

Chu kỳ bán huỷ IgG của mẹ ở trẻ sơ sinh: 20-45 ngày

IgG của mẹ giảm từ 4 đến 12 tháng tuổi

=> Thời điểm quan trọng là khoảng từ 4-6 tháng tuổi

SỰ TỒN TẠI IgG CỦA MẸ (2)

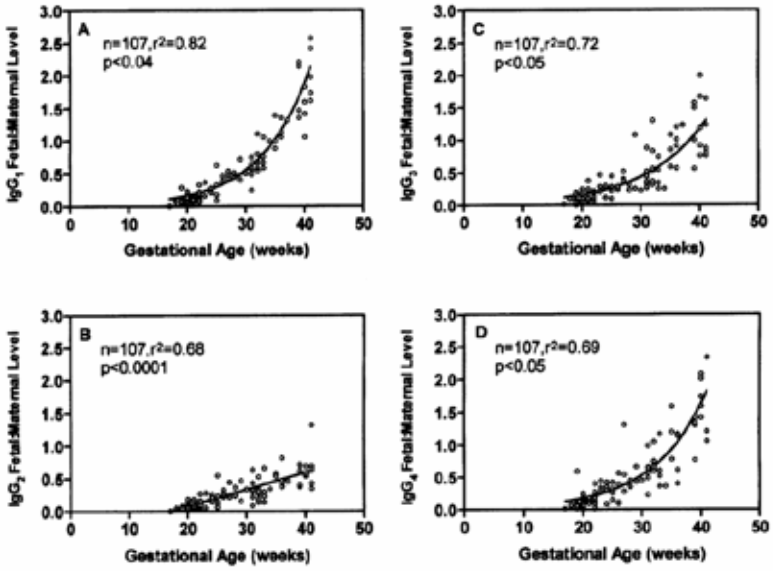


Tại sao IgG từ vắcxin lại tồn tại lâu hơn?

Tính chất của IgG?
Nồng độ IgG?

FVCOG2024

PHÂN LỚP IgG

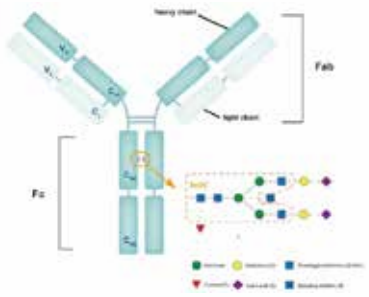


IgG1>IgG4>IgG3>IgG2

Stapleton NM, et al. Nat Commun 2011.
Palmeira P, et al. Clin Dev Immunol 2012
Akbulut H, et al. CEP 2012
Malek A et al. Am J Reprod Immunol 1994
Einarsdottir HK, et al. PLoS One 2014
Hashira S, et al. Pediatr Int 2000

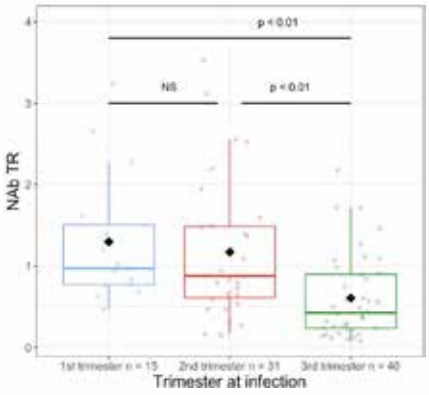
FVCOG2024

GLYCOSUL HÓA IgG



Nhiễm SARS-CoV-2 trong quý 3 của thai kỳ:

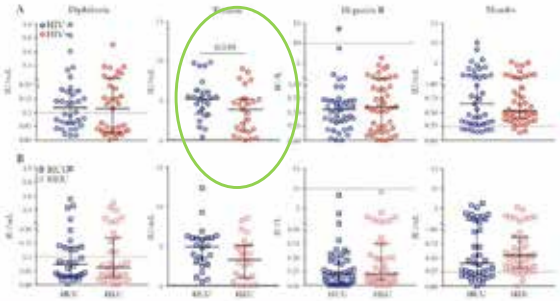
Vận chuyển tổng lượng kháng thể không thay đổi TUY NHIÊN vận chuyển thiếu kháng thể có liên quan đến sự rối loạn trong quá trình glycosyl hoá của các mảnh Fc

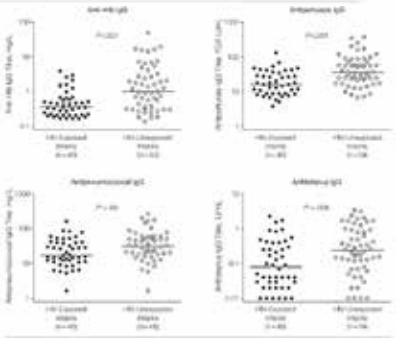


NHIỄM KHUẨN Ở MẸ

Kháng thể kháng vắcxin khi sinh ở trẻ sơ sinh ở mẹ HIV (-) hoặc HIV (+) => Không có khác biệt trừ uốn ván

Không có sự khác biệt ở trẻ sơ sinh có nhiễm HIV hoặc không nhiễm



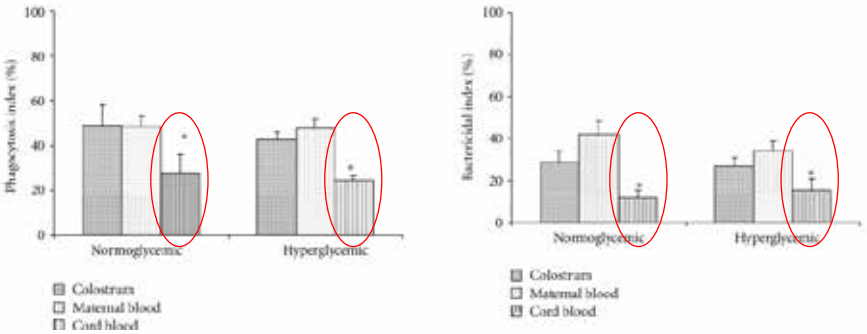


Định lượng kháng thể kháng vắcxin ở trẻ sơ sinh có mẹ mắc HIV hoặc không => Giảm ở trẻ sơ sinh có mẹ HIV (+)

Atwell J, et al. J Infect Dis 2016
Fu C, et al. Sci Rep 2016
Brair ME, et al. Lancet 1994
Scott S, et al. J Infect Dis 2005
Cumberland P, et al. J Infect Dis 2007
Jones C, et al. JAMA 2011
de Moraes-Pinto MI, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1998
Abu-Raya B, et al. Front Immunol 2016
Moore JS, et al. AIDS 2005
Ray J, et al. Open Forum Infect Dis

BỆNH LÝ MÃN TÍNH HOẶC CẤP TÍNH Ở MẸ

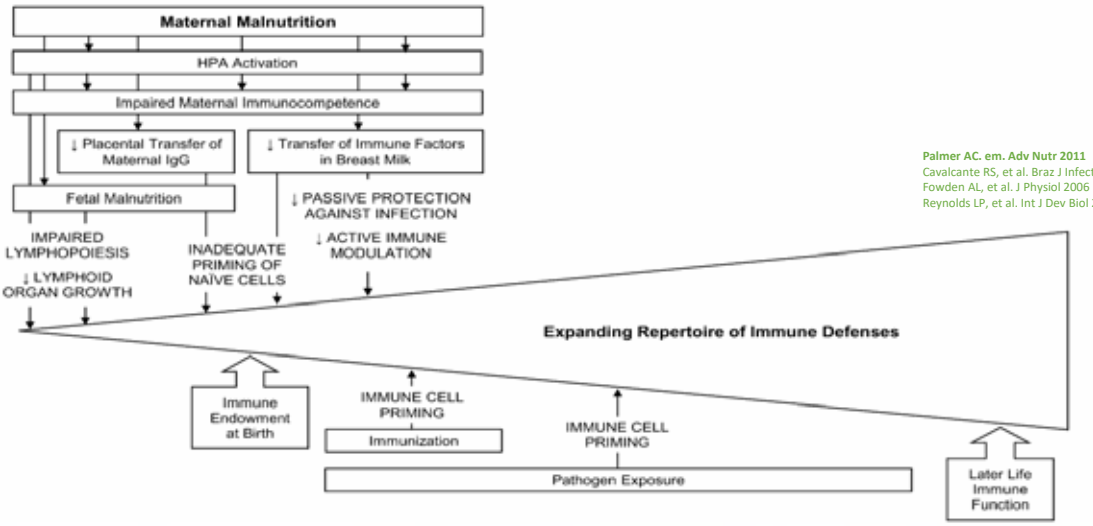
Cao huyết áp hoặc cao huyết áp thai kỳ => giảm truyền IgG từ mẹ sang con (ở bánh rau và sữa non)



Cao huyết áp hoặc bất cứ bệnh lý nào của bánh rau

FVCOG2024

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở MẸ



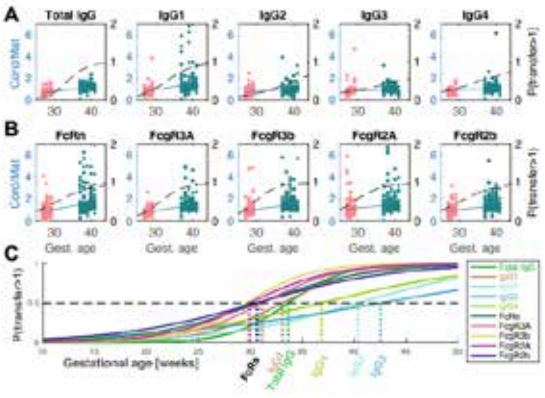
Palmer AC. em. Adv Nutr 2011
Cavalcante RS, et al. Braz J Infect Dis 2008
Fowden AL, et al. J Physiol 2006
Reynolds LP, et al. Int J Dev Biol 2010

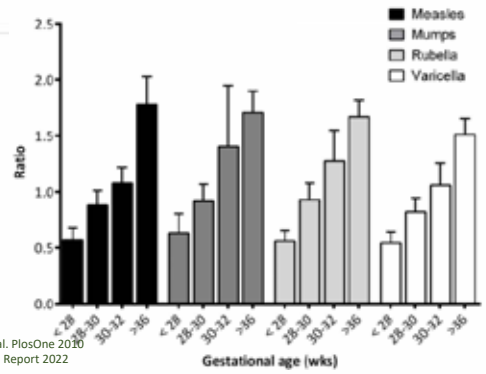
Figure 2 Hypothesized associations between maternal malnutrition and the emerging immune system.

FVCOG2024

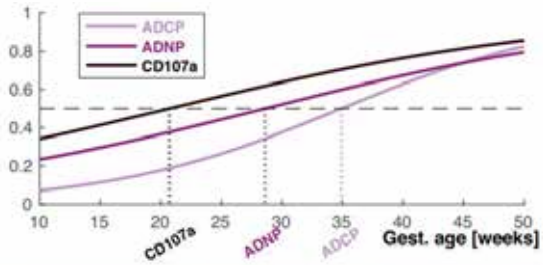
TUỔI THAI KHI SINH

Trẻ đẻ non nhận ít kháng thể từ mẹ hơn



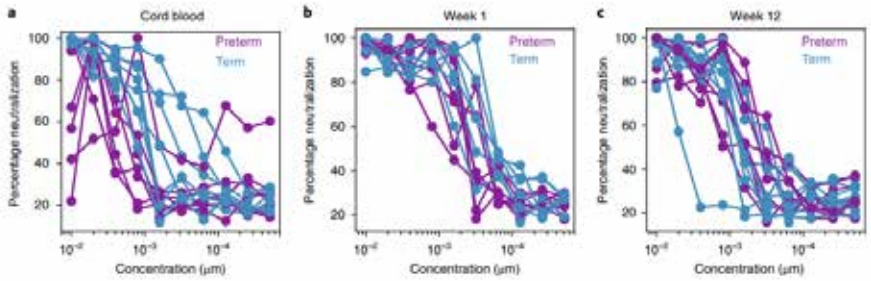


Van den Berg JP. Et al. PlosOne 2010
Dolatshahi S et al. Sc Report 2022



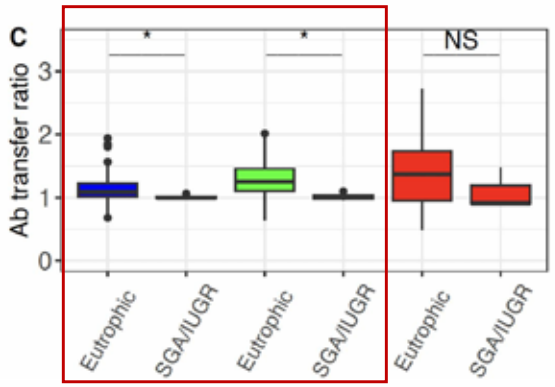
TÍNH TRUNG HÒA CỦA NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ

Hiệu ứng trung hòa của IgG được bảo tồn và duy trì



Pour et al. Nat Med 2019

CÂN NẶNG KHI SINH



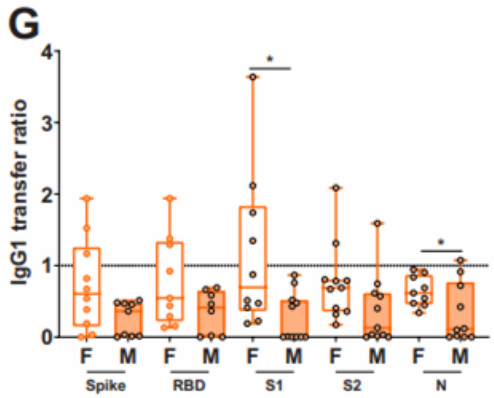
Ở bất kể tuổi thai nào, trẻ sơ sinh nhẹ cân nhận được ít kháng thể hơn (bất kể tuổi thai nào khi sinh)

=> Liên quan đến mức độ tưới máu của bánh rau kém?

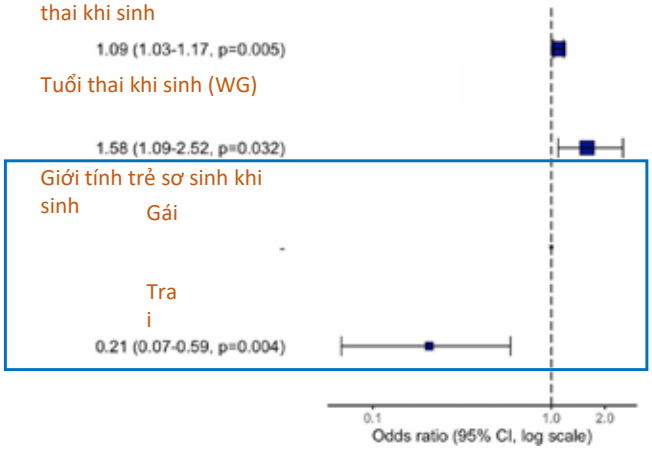
Virus
Influenza
RSV
SARS-CoV-2

FVCOG2024

GIỚI TÍNH CỦA THAI

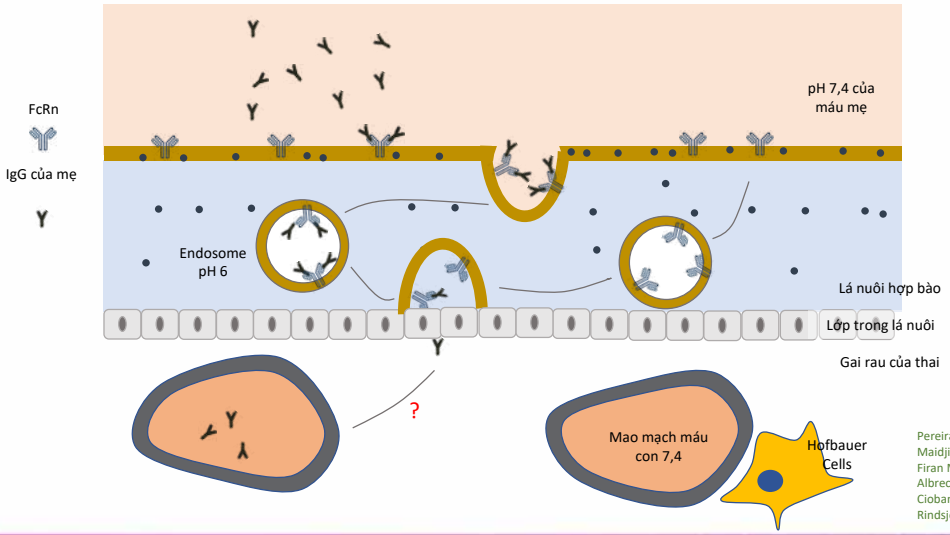


Chậm trễ ở phụ nữ mang thai có PCR (+) và tuổi thai khi sinh



FVCOG2024

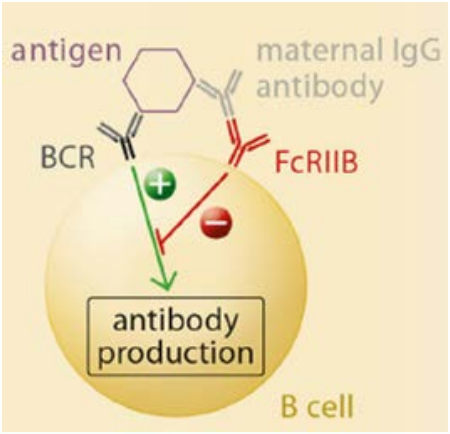
TRUYỀN IgG VÀ NHIỄM TRÙNG BẨM SINH



Pereira, J Virol 2003
Maidji Am J Pathol 2003
Firan M, et al. Int Immunol 2001
Albrecht M, et al. Front Immunol. 2020
Ciobanu AM et al. Diagnostics 2020
Rindsjö E. et al. Allergy 2010

frcog2024.nhog@gmail.com www.frcog2024.vn

ẢNH HƯỞNG TỚI ĐÁP ỨNG MIỄN DỊCH Ở TRẺ (HIỆU ỨNG LÀM CÙN)





Khi trẻ phơi nhiễm với kháng nguyên

⇒ Có xung đột giữa thụ thể tế bào B đặc hiệu ở trẻ và IgG của mẹ

⇒ Tín hiệu xung đột gửi đến tế bào B lymphocyte

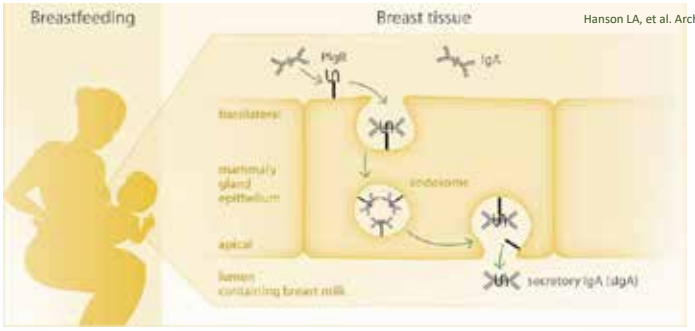
⇒ Ngăn chặn quá trình sản xuất IgG từ tế bào B lymphocyte (ở trẻ sơ sinh)

TRUYỀN KHÁNG THỂ MẸ QUA SỮA MẸ

IgA (dạng dimeric/được tiết ra) ở các tuyến của động vật có vú.

IgA 1 được tìm thấy chủ yếu ở đường hô hấp, nước bọt, da và IgA2 ở ruột.

IgA được hấp thụ ở ruột nhưng được sinh ra ở niêm mạc ruột



Hanson LA, et al. Arch Dis Child 1972

FVCOG2024

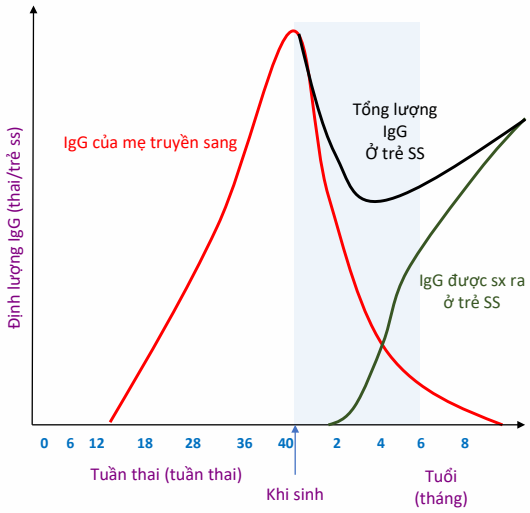
KẾT LUẬN

Những gì chúng ta đã biết:
IgG được truyền qua bánh rau rất hiệu quả (số lượng/chất lượng) nếu:

- Đủ lượng IgG từ mẹ
- Mẹ được tiêm vắcxin trong quý 3

Câu hỏi

- Tác động lâm sàng của các bệnh lý mắc phải xen kẽ ở mẹ
- Tác động lâu dài của vắc-xin IgG của mẹ đối với sự phát triển của phản ứng miễn dịch ở trẻ em



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

Similac® với **100 NĂM** NGHIÊN CỨU VÀ PHÁT TRIỂN HƯỚNG ĐẾN TIÊU CHUẨN VÀNG

SIMILAC® TOTAL PROTECTION GIÚP TĂNG CƯỜNG MIỄN DỊCH PHÙ HỢP CHO TRẺ SINH MỔ*

VỚI CÔNG THỨC CHỨA 5HMOs HÀM LƯỢNG CAO NHẤT**

KẾT HỢP VỚI LỢI KHUẨN BB-12® VÀ NUCLEOTIDES NỒNG ĐỘ TPAN***



GIẢM 66% NGUY CƠ NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP *1

GIẢM 50% SỐ NGÀY BỊ TIÊU CHẢY *2

86% SẢN XUẤT KHÁNG THỂ NHIỀU HƠN *3

KHUYẾN CÁO NGUỒN DINH DƯỠNG TỐT ƯU

- Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho sức khỏe và sự phát triển toàn diện của trẻ nhỏ.
- Rửa sạch dụng cụ pha và đun sôi với nước trong 5 phút trước khi pha. Cho trẻ ăn bằng cốc, thìa hay vỉ sinh.
- Ngăn vú nhân tạo, bú bình không hợp lý hoặc ăn bổ sung trước 6 tháng tuổi có thể ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của trẻ.
- Đối với bú bình, có thể có nguy cơ nhiễm khuẩn hoặc pha chế và cho ăn không đúng cách, vì vậy cần theo đúng hướng dẫn.
- Nước core bằng nồi ngoài thời gian ủ.

* Tính năng mới có ngày có miễn dịch kém. ** So với các sản phẩm Similac thông thường. *** TPAN: Total Potentially Available Nucleotides. * Kết quả trong nghiên cứu với 2'-FL nồng độ 0.2g/L. * Một nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng với giá được, với 109 trẻ từ 7 tháng tuổi đến 18 tháng tuổi, được phân ngẫu nhiên vào nhóm bổ khuẩn nhận nền sữa chứa BB-12® (n=55, bầu hàng ngày vào 12-19 giờ) so sánh với Formula BB-12®, chỉ hoàn giá được (n=54).
** Sau 6 tháng tiêm chủng. Hà 1. Rovers, E.J. et al. Nutrients (2018). 2. Chaturvedi et al. (2004). 3. Pickering et al. (1998).

VPDD Abbott laboratories GmbH: 02 Ngô Đức Kế, Q.1, Tp.HCM (028) 3825 6551 | 521 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội (024) 3733 7486
SIMI-H-2106-24-01

Abbott



PGS.TS. PHẠM QUANG THÁI

Phó trưởng Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm -
Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1994- 2000: Bác sĩ tại Đại học Y Hà Nội
- 2003 - 2005 Thạc sĩ Dịch tễ học. Đại học tổng hợp Bergen - Na Uy
- 2010 - 2014: Tiến sĩ Dịch tễ học - The Open University - Anh

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2000 - 2012: Nghiên cứu viên tại Viện VSDTTW
- 2011 - nay: Phó trưởng Khoa Dịch tễ, từ 2018 là Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm tại Viện VSDTTW
- 2017 - nay: Nghiên cứu viên chính tại Viện VSDTTW
- 2009 - nay – Giảng Viên kiêm nhiệm tại Đại học Y Hà Nội
- 2019 - 2024: Phó trưởng Bộ môn Phương pháp nghiên cứu và Thống kê Y sinh - Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Đại học Y Hà Nội

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả 147 bài báo, trong đó 70 bài báo quốc tế (8 là tác giả chính), 77 bài báo trong nước (13 là tác giả chính).
- Tham gia 14 đề tài khoa học các cấp, trong đó chủ nhiệm 5 đề tài.
- 16 cuốn sách, giáo trình đã được xuất bản.
- Báo cáo tại hơn 20 hội nghị chuyên ngành quốc tế và hơn 200 hội thảo chuyên ngành trong nước.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 01 Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ
- 06 Bằng khen cấp bộ và tương đương
- Danh hiệu Thầy thuốc ưu tú

FVCOG2024

CẬP NHẬT DỮ LIỆU HIỆU QUẢ VẮC XIN HPV Ở PHỤ NỮ TRƯỞNG THÀNH

PGS.TS.BS. Phạm Quang Thái

Phó Trưởng khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm

Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

FVCOG2024

CẬP NHẬT DỮ LIỆU HIỆU QUẢ VẮC XIN HPV Ở PHỤ NỮ TRƯỞNG THÀNH

NỘI DUNG

1. Cập nhật chỉ định của vắc xin HPV
2. Hiệu quả của vắc xin trong việc ngăn ngừa ung thư và bệnh lý liên quan HPV
3. Gánh nặng bệnh tật liên quan đến HPV

FVCOG2024

CẬP NHẬT CHỈ ĐỊNH CỦA VẮC XIN HPV

FVCOG2024

CẬP NHẬT CHỈ ĐỊNH CỦA VẮC XIN HPV

4vHPV (Việt Nam 2008)

6 11 16 18

VLP HPV

1. Chỉ định:

- Phòng ngừa UT cổ tử cung, âm hộ, âm đạo, các tổn thương tiền UT hoặc loạn sản, mụn cóc sinh dục và bệnh lý do nhiễm HPV.

2. Đối tượng:

Bé gái và phụ nữ từ 9 đến 26 tuổi

3. Liều lượng - Cách dùng:

- **3 liều** (0,2,6 tháng)

9vHPV (Việt Nam 21.12.2021)

6 11 16 18 31 33 45 52 58

VLP HPV

1. Chỉ định:

- **[Nữ]** Phòng ngừa UT cổ tử cung, âm hộ, âm đạo và hậu môn; các tổn thương tiền UT hoặc loạn sản; mụn cóc sinh dục gây ra bởi HPV.
- **[Nam]** UT hậu môn, các tổn thương tiền UT hoặc loạn sản hậu môn; các tổn thương bộ phận sinh dục ngoài (bao gồm cả MCSD) gây ra bởi HPV

2. Đối tượng:

Bé gái và phụ nữ từ 9 đến 26 tuổi

Bé trai và nam giới từ 9-26 tuổi

3. Liều lượng:

- **Phác đồ 2 liều (0,6 hoặc 12 tháng) cho người từ 9-14 tuổi**
- **Phác đồ 3 liều (0,2,6 tháng) cho người từ 15 - 45 tuổi**

9vHPV (Việt Nam 09.05.2024)

6 11 16 18 31 33 45 52 58

VLP HPV

1. Chỉ định:

- **[Nữ]** Phòng ngừa ung thư cổ tử cung, âm hộ, âm đạo và hậu môn; các tổn thương tiền UT hoặc loạn sản; mụn cóc sinh dục gây ra bởi HPV.
- **[Nam]** Phòng ngừa ung thư hậu môn, các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản hậu môn; các tổn thương bộ phận sinh dục ngoài (bao gồm cả mụn cóc sinh dục) gây ra bởi HPV.

2. Đối tượng:

Bé gái và phụ nữ từ 9 - 45 tuổi

Bé trai và nam giới từ 9-45 tuổi

3. Liều lượng:

- **Phác đồ 2 liều (0,6 hoặc 12 tháng) cho người từ 9-14 tuổi**
- **Phác đồ 3 liều (0,2,6 tháng) cho người từ 15 - 45 tuổi**

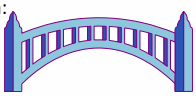
fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

HIỆU QUẢ CỦA VẮC XIN TRONG VIỆC NGĂN NGỪA UNG THƯ VÀ BỆNH LÝ LIÊN QUAN HPV

NGHIÊN CỨU MIỄN DỊCH BẮC CẦU

Theo **WHO**

Khái niệm **MIỄN DỊCH BẮC CẦU** được sử dụng để suy luận về hiệu lực của vắc xin dưới các điều kiện khác nhau, sau khi đã chứng minh hiệu lực trong một thử nghiệm lâm sàng.
Những điều kiện này bao gồm:



Thông qua việc so sánh **đáp ứng miễn dịch KHÔNG THUA KÉM**

Hiệu lực đã xác định

- **Nhóm tuổi hoặc nhóm nhân khẩu học**
- **Liều lượng hoặc phác đồ liều dùng khác**
- **Công thức khác của cùng loại vắc xin (bao gồm việc thêm hoặc sửa đổi các kháng nguyên).**

Hiệu lực chưa xác định

Hiệu lực vắc xin **ĐƯỢC CÔNG NHẬN**

WHO Expert Committee on Biological Standandon. Annex 4-Recommendations to assure the quality, safety and efficacy of recombinant human papilmavivirus-partie vade

FVCOG2024

KẾT QUẢ CÁC NGHIÊN CỨU VỚI VẮC XIN 4vHPV ĐƯỢC ÁP DỤNG CHO VẮC XIN 9vHPV

Nghiên cứu lâm sàng của vắc xin 4vHPV là cơ sở dữ liệu cho đề cương nghiên cứu của 9vHPV[1,2]



- Hai loại vắc xin đã chứng minh tính sinh miễn dịch, hiệu quả và hồ sơ an toàn nhất quán.
- Hai loại vắc xin được sản xuất tương tự.
- Hai loại vắc xin chứa các kháng nguyên tương tự (HPV týp 6, 11, 16 và 18).

4vHPV - 4-valent human papillomavirus - 4 giá HPV; 9vHPV - 9-valent human papillomavirus - 9 giá HPV.
Tài liệu tham khảo: 1. Gardasil 9. Prescribing information. Merck; 2021. 2. WHO Expert Committee on Biological Standandon. Annex 4-Recommendations to assure the quality, safety and efficacy of recombinant human papilmavivirus-partie vade

FVCOG2024

HIỆU LỰC CỦA VẮC XIN 9vHPV Ở PHỤ NỮ TRƯỞNG THÀNH ĐƯỢC XÁC ĐỊNH THÔNG QUA MIỄN DỊCH BẮC CẦU

Nghiên cứu trên 27 – 45 tuổi

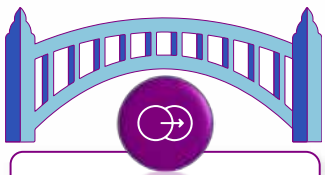
Vắc xin 4vHPV

FUTURE III[1]
Phụ nữ 24 - 45 tuổi

HIỆU LỰC

Vắc xin 9vHPV

V503 - P004[2]
Tính sinh miễn dịch không thua kém giữa nhóm phụ nữ 27 – 45 tuổi so với nhóm 16 - 26 tuổi



Hiệu lực của vắc xin 9vHPV ở phụ nữ 27 - 45 tuổi được xác định

Nghiên cứu trên 16 – 26 tuổi

Vắc xin 9vHPV

V503 - P001[3]
Phụ nữ 16 - 26 tuổi

HIỆU LỰC + TÍNH SINH MIỄN DỊCH

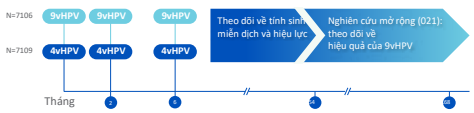
HPV = Human Papillomavirus.
Tài liệu tham khảo: 1. Castellsagué X, et al. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137403/. **2.** Joura EA, et al. Vaccine. 2021;39(20):2800-2809. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676783; 3. Joura EA, et al. N Engl J Med. 2015;372(8):711-23. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25693011/.

ĐÁNH GIÁ HIỆU LỰC, KHẢ NĂNG SINH MIỄN DỊCH VẮC XIN TRÊN PHỤ NỮ TRẺ 16 - 26 TUỔI

NGHIÊN CỨU V503 – P001

PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu ngẫu nhiên, quốc tế, đa trung tâm, mù đôi, giai đoạn 2b-3



Một số tiêu chí đánh giá chính

- **Tính sinh miễn dịch:** Chứng minh khả năng sinh miễn dịch không thua kém của vắc xin 9vHPV so với vắc xin 4vHPV đối với các týp HPV 6, 11, 16, 18 để bắc cầu các kết quả về hiệu lực ở phụ nữ từ 16 đến 26 tuổi.
- **Hiệu lực:** Chứng minh hiệu lực của vắc xin 9vHPV trong việc ngăn ngừa tỷ lệ mắc kết hợp của các bệnh và ung thư cổ tử cung, âm hộ và âm đạo liên quan đến HPV týp 31, 33, 45, 52 và 58

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tính sinh miễn dịch của vắc xin 9vHPV **KHÔNG THUA KÉM** vắc xin 4vHPV *,a

100% **GẦN 100% NGƯỜI THAM GIA** có chuyển đổi huyết thanh vào tháng thứ 7#,a

96.7% **NGĂN NGỪA ĐẾN 96.7%** tỷ lệ mắc các bệnh lý cổ tử cung, âm hộ và âm đạo mức độ cao[b]

96% **NGĂN NGỪA ĐẾN 96%** tỷ lệ nhiễm HPV dai dẳng[b]

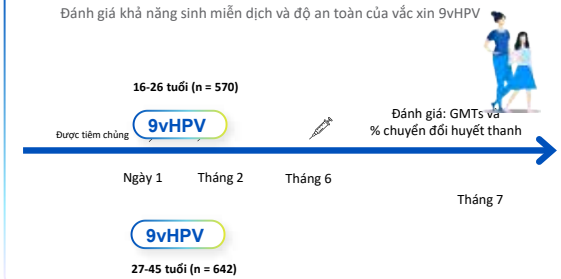
HPV = Human papilloma virus; **9vHPV** = 9-valent human papillomavirus: vắc xin HPV chín giá; **4vHPV** = 4-valent human papillomavirus: vắc xin HPV tứ giá; **AIS** = Carcinoma tuyến tại chỗ; **CIN2+** = Tiền ung thư CTC mức độ cao; **VIN** = vulvar intrapeithelial neoplasia: tân sinh nội biểu mô âm hộ; **VaIN** = vaginal intraepithelial neoplasia: tân sinh nội biểu mô âm đạo;
***Liên quan đến các týp HPV 6, 11, 16, 18; #với các týp trong vắc xin 9vHPV.
a: Nhóm tham gia nghiên cứu bao gồm những người đã nhận ba liều vắc xin trong các khoảng thời gian thăm khám được định trước và những người đã có mẫu huyết thanh được lấy sau 7 tháng theo đúng khoảng thời gian đã định trước. **b:** Hiệu quả của vắc xin 9vHPV trong việc ngăn chặn tổng số ca bệnh liên quan đến HPV týp 31, 33, 45, 52, 58 gây ra ung thư và các bệnh ở cổ tử cung, âm hộ và âm đạo. N = 14,204.
Tài liệu tham khảo: 1. Joura EA, et al. N Engl J Med. 2015;372(8):711-23. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25693011/.

TÍNH SINH MIỄN DỊCH KHÔNG THUA KÉM CỦA VẮC XIN 9vHPV Ở PHỤ NỮ 27 - 45 TUỔI SO VỚI PHỤ NỮ TRẺ 16 - 26 TUỔI

NGHIÊN CỨU V503 – P004

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Thử nghiệm lâm sàng quốc tế nhãn mở



*Không thua kém được định nghĩa là giới hạn dưới của khoảng tin cậy (CI) 95% của tỷ lệ GMT lớn hơn 0.50 đối với tất cả các týp. Giới hạn chuyển đổi huyết thanh được xác định trước về khả năng chấp nhận được yêu cầu giới hạn dưới của khoảng tin cậy 95% đối với tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh phải >90%. **9vHPV** = 9-valent human papillomavirus; **CI** = confidence interval: khoảng tin cậy; **GMT** = geometric mean titer: hiệu giá trung bình hình học; **HPV** = human papillomavirus
Tài liệu tham khảo: 1. Joura EA, et al. Vaccine. 2021;39(20):2800-2809. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676783.

Tiêu chí chính

Chứng minh đáp ứng GMT của kháng thể kháng HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 ở phụ nữ 27-45 tuổi **KHÔNG THUA KÉM** so với nhóm 16-26 tuổi vào tuần thứ 4 sau liều tiêm thứ 3 (tháng thứ 7) của vắc xin 9vHPV.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đáp ứng kháng thể ở phụ nữ 27 - 45 tuổi KHÔNG THUA KÉM so với phụ nữ từ 16 - 26 tuổi[1]

ở tháng thứ 7 đối với các týp HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 (tất cả P<0.001)

>99% chuyển đổi huyết thanh đối với tất cả 9 týp ở cả 2 nhóm tuổi

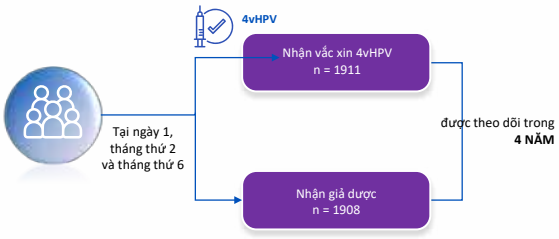
FVCOG2024

ĐÁNH GIÁ HIỆU LỰC, TÍNH SINH MIỄN DỊCH VÀ HỒ SƠ AN TOÀN CỦA VẮC XIN 4vHPV Ở PHỤ NỮ 24 - 45 TUỔI

NGHIÊN CỨU FUTURE III

THIẾT KẾ

THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN 3,
NGẪU NHIÊN, MÙ ĐÔI, ĐỐI CHỨNG GIẢ DƯỢC



Các tiêu chí chính

Tỷ lệ nhiễm kết hợp, kéo dài ≥ 6 tháng và bệnh về cổ tử cung, cơ quan sinh dục ngoài (bao gồm CIN, VIN, VaIN, AIS, ung thư cổ tử cung, âm hộ hoặc âm đạo và mụn cóc sinh dục) liên quan đến các týp HPV 6, 11, 16 hoặc 18; và chỉ nhiễm riêng lẻ týp HPV 16 hoặc 18.

Các tiêu chí phụ

Tỷ lệ nhiễm kết hợp, kéo dài ≥ 6 tháng và bệnh lý ở cổ tử cung, cơ quan sinh dục ngoài liên quan đến týp HPV 6 hoặc 11

4vHPV = 4-valent human papillomavirus: vắc xin HPV tứ giá; **HPV** = human papillomavirus; **AIS** = adenocarcinoma in situ: Carcinoma tuyến tại chỗ; **CIN** = cervical intraepithelial neoplasia: tiền ung thư cổ tử cung; **VaIN** = vaginal intraepithelial neoplasia: tân sinh trong biểu mô âm đạo ; **VIN** = vulvar intraepithelial neoplasia: tân sinh trong biểu mô âm hộ.
Tài liệu tham khảo: 1. Castellsagué X, et al. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137403/.

FVCOG2024

HIỆU LỰC, TÍNH SINH MIỄN DỊCH VÀ HỒ SƠ AN TOÀN CỦA VẮC XIN 4vHPV Ở PHỤ NỮ 24 - 45 TUỔI

NGHIÊN CỨU FUTURE III

ĐẶC ĐIỂM BAN ĐẦU

KHOẢNG **1/3** Dương tính với các týp HPV 6, 11, 16 hoặc 18 bởi XN kháng thể HPV hoặc xét nghiệm HPV DNA.

7.9% Dương tính với týp HPV có trong vắc xin được xác định bằng xét nghiệm DNA.

91% Chưa nhiễm 3 hoặc 4 týp HPV có trong vắc xin.

- Hầu hết phụ nữ xét nghiệm HPV DNA dương tính với týp có trong vắc xin thì **chỉ dương tính với 1 týp HPV**
- **1%** đã bị nhiễm đúng 2 týp HPV có trong vắc xin
- **<1%** đã bị nhiễm đúng 3 týp HPV có trong vắc xin
- **Không có trường hợp nào bị nhiễm tất cả 4 týp**



4vHPV = 4-valent human papillomavirus: vắc xin HPV tứ giá; **DNA** = deoxyribonucleic acid; **HPV** = human papillomavirus.
1. Muñoz N, et al. *Lancet*. 2009;373(9679):1949-1957. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493565/ **2.** Castellsagué X, et al. *Br J Cancer*. 2011;105(1):28-37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137403/.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

HIỆU LỰC CỦA VẮC XIN 4vHPV Ở PHỤ NỮ 24 - 45 TUỔI

NGHIÊN CỨU FUTURE III

NGĂN NGỪA NHIỄM MỚI[1]

88.7%

(95% CI: 78.1, 94.8)

Hiệu lực của vắc xin 4vHPV đối với tỷ lệ mắc mới kết hợp gồm nhiễm HPV dai dẳng, mụn cóc sinh dục, tổn thương âm hộ và âm đạo, CIN ở bất kỳ cấp độ nào, AIS và UT CTC liên quan đến HPV 6, 11, 16 hoặc 18

NGĂN NGỪA TÁI NHIỄM VÀ BỆNH LÝ[1]

66.9%

(95% CI: 4.3, 90.6)

Hiệu lực của vắc xin chống lại nhiễm dai dẳng và CIN hoặc EGL liên quan đến 4 týp HPV trong vắc xin ở phụ nữ có bằng chứng huyết thanh học về nhiễm HPV trước đó, nhưng không có bằng chứng nhiễm tại thời điểm nghiên cứu (huyết thanh dương tính/ DNA âm tính)

Tài liệu tham khảo: 1. Castellsagué X, et al. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37.

HIỆU QUẢ LÂU DÀI CỦA VẮC XIN HPV TRÊN PHỤ NỮ TRƯỞNG THÀNH[1-3]

Vắc xin 4vHPV



Phụ nữ 16 - 23 tuổi

0 trường hợp tổn thương cổ tử cung mức độ cao, AIS hoặc ung thư cổ tử cung, âm hộ hoặc âm đạo[1,a]

100% HIỆU QUẢ[1]

14 NĂM

>93% đáp ứng miễn dịch[1,b]



Phụ nữ 27 - 45 tuổi

0 trường hợp mụn cóc sinh dục hoặc CIN[2,a,c]

100% HIỆU QUẢ[2]

10 NĂM

>79% đáp ứng miễn dịch[2,b]

Vắc xin 9vHPV



Phụ nữ 16 - 26 tuổi

0 trường hợp CIN3+, AIS, hoặc ung thư cổ tử cung, âm hộ hoặc âm đạo[3,d]

100% HIỆU QUẢ[3]

8 NĂM

[a]Gây ra bởi các týp HPV 6, 11, 16, 18.[1,2] [b]Chống lại các týp HPV 6, 11, 16, 18 sử dụng phương pháp xét nghiệm miễn dịch Luminex nhạy cảm hơn cho kháng thể immunoglobulin G[1,2] [c]Trong phần nghiên cứu theo dõi dài hạn.[2] [d]Gây ra bởi các týp HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.[3]
AIS = Carcinoma tuyến tại chỗ; **CIN3** = Tiền ung thư cổ tử cung mức độ cao; **HPV** = human papillomavirus; **IgG-LIA** =immunoglobulin G Luminex assay.
1. Kjaer SK et al. EClinicalMedicine. 2020;23:100401. **2.** Maldonado I et al. Hum Vaccin Immunother. 2022;18:2078626. 3. Kjaer SK et al. Hum Vaccin Immunother. 2021;17:943–949.

FVCOG2024

DỮ LIỆU THẾ GIỚI THỰC TRÊN PHỤ NỮ ĐÃ TIÊM CHỦNG

Tỉ lệ giảm nguy cơ ung thư cổ tử cung

Thụy Điển

Độ tuổi thực hiện tiêm chủng:

<17 tuổi - 88%

17-30 tuổi - 53%



1.672.983 trẻ em gái và phụ nữ được đánh giá vào sinh nhật lần thứ 31.*

VẮC XIN HPV GIÚP GIẢM TỶ LỆ UTCTC

CI = Khoảng tin cậy;
*So với phụ nữ chưa được tiêm chủng, dựa trên tỷ lệ tương đối điều chỉnh hoàn toàn trong nhóm gồm 1.145.112 phụ nữ không tiêm chủng và 438.939 phụ nữ được tiêm chủng trước 17 tuổi (95% CI, -66% đến -100%)1;
Lei J et al. *N Engl J Med*. 2020;383:1340–1348.

FVCOG2024

GÁNH NẶNG BỆNH TẬT LIÊN QUAN HPV

FVCOG2024

GÁNH NẶNG BỆNH LÝ VÀ UNG THƯ DO HPV Ở NỮ GIỚI

HPV gây ra các bệnh lý ở phụ nữ: UTCTC, UT âm hộ, UT âm đạo, UT hậu môn, mụn cóc sinh dục[1,2]

Ung thư do HPV ở nữ giới[1]
~ 8.6%
~ 71.4% ~ +18.2%

Ung thư cổ tử cung[1]
~ 100%
~ 70.8% ~ +18.7%

Ung thư hậu môn[1,a]
~ 88%
~ 87% ~ +8.9%

Ung thư âm hộ[1]
~ 24.9%
~ 72.6% ~ +14.5%

Ung thư âm đạo[1]
~ 78%
~ 63.7% ~ +21.6%

Mụn cóc sinh dục[2]
90% gây ra bởi **HPV týp 6** và **11**

Gây ra bởi HPV týp 16 và 18

Gây ra bởi HPV týp 31, 33, 45, 52 và 58

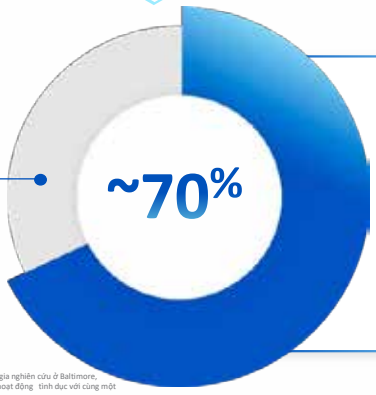
Không liên quan đến các týp HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58

FVCOG2024

NHIỄM MỚI HPV CÓ THỂ XẢY RA NGAY CẢ KHI KHÔNG CÓ BẠN TÌNH MỚI

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên phụ nữ Hoa Kỳ (35-60 tuổi) [a]





Ca nhiễm mới ở các týp HPV nguy cơ cao **xảy ra ở phụ nữ có 1 bạn tình hoặc không quan hệ trong thời gian nghiên cứu.** Tỷ lệ nhiễm này có liên quan chặt chẽ đến xác suất tích lũy phơi nhiễm HPV trong quá khứ của họ[b]

[a]Như đã được đánh giá trong nghiên cứu về HPV trong thời kỳ tiền mãn kinh, trong đó 731 phụ nữ ở độ tuổi 35–60 đã tham gia nghiên cứu ở Baltimore, Maryland, từ tháng 3 năm 2008 đến tháng 3 năm 2011 và được theo dõi trong phân tích phát hiện mới[1]. [b]Được xác định là hoạt động tình dục với cùng một bạn tình trong 6 tháng trước[1].
HPV = human papillomavirus.
Tài liệu tham khảo:
Paul P et al. J Infect Dis. 2021;223:1423–1432.

FVCOG2024

NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH MẮC UNG THƯ LIÊN QUAN ĐẾN HPV CÓ NGUY CƠ PHÁT TRIỂN CÁC LOẠI UNG THƯ KHÁC CŨNG LIÊN QUAN ĐẾN HPV[1,a]

Bệnh nhân mắc
ung thư cổ tử cung
có nguy cơ mắc
ung thư âm hộ – âm đạo

cao gấp **~8x lần[1]**

(95% CI: 5.50-10.95)

Bệnh nhân mắc
ung thư âm hộ – âm đạo
có nguy cơ mắc
ung thư hậu môn

cao gấp **~14x lần[1]**

(95% CI: 8.56-21.89)

Bệnh nhân mắc
ung thư hậu môn
có nguy cơ mắc
ung thư hầu họng

cao gấp **~5x lần[1]**

(95% CI: 1.96-6.81)

[a] Dữ liệu được thu thập từ một đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp các vị trí ung thư liên quan đến HPV chính và phụ. Tỷ lệ mắc chuẩn hóa (SIR) cho mỗi vị trí ung thư ban đầu được tổng hợp từ mỗi nghiên cứu và sắp xếp theo vị trí ung thư ban đầu. Khi tỷ lệ SIR cho từng vị trí riêng lẻ được báo cáo riêng biệt, dữ liệu được tổng hợp bằng phương pháp phân tích tổng hợp hiệu ứng ngẫu nhiên để có được một SIR duy nhất cho vị trí kết hợp. Một phân tích tổng hợp chính thức dựa trên vị trí ung thư ban đầu được thực hiện để ước tính nguy cơ mắc ung thư thứ cấp độc lập.[1]
CI=confidence interval: khoảng tin cậy; **HPV**=human papillomavirus; **SIR**=standardized incidence rate: tỷ lệ mắc bệnh tiêu chuẩn.
Tài liệu tham khảo:
1. Gilbert DC et al. *Br J Cancer*. 2019;120:256–268.

FVCOG2024

LÝ DO CẦN PHẢI TIÊM CHỦNG HPV CHO PHỤ NỮ TRƯỞNG THÀNH

HPV là nguyên nhân gây ra nhiều bệnh lý ở người trưởng thành như: ung thư cổ tử cung, ung thư âm hộ, ung thư âm đạo, ung thư hậu môn, ung thư hầu họng, mụn cóc sinh dục[1-4]

Nhiễm mới HPV có thể xảy ra ở người trưởng thành, thậm chí lên đến **~70%** ca nhiễm mới xảy ra **ở những người chỉ có 1 bạn tình[5]**

Người trưởng thành mắc ung thư liên quan đến HPV **có nguy cơ phát triển thêm các loại ung thư khác cũng liên quan đến HPV[6]**

VẮC XIN HPV

NỮ GIỚI

- **16 - 26 tuổi:** Ngăn ngừa **96% tỷ lệ nhiễm HPV dai dẳng và 96.7% tỷ lệ mắc các bệnh lý** cổ tử cung, âm hộ và âm đạo mức độ cao[7]
- **26 - 45 tuổi:** Ngăn ngừa **88.7% tỷ lệ mắc mới kết hợp[8]** và **66.9% tỷ lệ tái nhiễm và bệnh lý** ở phụ nữ đã bị nhiễm HPV trước đó[8]
- Đáp ứng kháng thể ở phụ nữ 27 - 45 tuổi **KHÔNG THUA KÉM** so với phụ nữ từ 16 - 26 tuổi[9]

Tài liệu tham khảo: 1. de Sanjosé S et al. *JNCI Cancer Spectrum*. 2019;2:1–11. **2.** Bruni L et al. Human papillomavirus and related diseases report. ICO/IARC HPV Information Centre; 2021. Accessed February 6, 2023. https://hpvcentre.net/datastatistics.php **3.** Centers for Disease Control and Prevention. Anogenital warts. Accessed February 7, 2023. www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm#print; **4.** Plummer M et al. *Lancet Glob Health*. 2016;4(9):e609-e616. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27470177/. **5.** Paul P et al. J Infect Dis. 2021;223:1423–1432. **6.** Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update). Weekly epidemiological record. 2022;97(50):645–672. **7.** Joura EA, et al. N Engl J Med. 2015;372(8):711-23. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25693011/. **8.** Castellsagué X, et al. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137403/. **9.** Joura EA, et al. Vaccine. 2021;39(20):2800-2809. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33676783

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

THÔNG TIN AN TOÀN CHỌN LỌC

CHỈ ĐỊNH



- GARDASIL 9 là vắc xin được chỉ định **cho bé gái và phụ nữ từ 9 - 45 tuổi** để phòng ngừa ung thư cổ tử cung, âm hộ, âm đạo và hậu môn; các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản; mụn cóc sinh dục gây ra bởi Human Papillomavirus (HPV) týp 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58.



- GARDASIL 9 được chỉ định cho **bé trai và nam giới từ 9 - 45 tuổi** để phòng ngừa ung thư hậu môn, các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản hậu môn; các tổn thương bộ phận sinh dục ngoài (bao gồm cả mụn cóc sinh dục) gây ra bởi HPV týp 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 và 58

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- **Quá mẫn với các hoạt chất hoặc với bất kỳ tá dược nào của thuốc được liệt kê trong phần "Thành phần".**
- **Những người bị quá mẫn sau khi tiêm Gardasil 9 hoặc Gardasil trước đây không nên dùng Gardasil 9.**

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG ĐẶC BIỆT KHI SỬ DỤNG

- Ngất, đôi khi liên quan đến té ngã, có thể xảy ra sau, hoặc ngay cả trước bất kỳ sự tiêm chủng nào, đặc biệt ở thiếu niên như là phản ứng do yếu tố tâm lý đối với việc tiêm kim. Điều này có thể đi kèm với một số dấu hiệu thần kinh như rối loạn thị giác thoáng qua, dị cảm và cử động co cứng - co giật chi trong khi hồi phục. Do đó, cần theo dõi người được tiêm chủng trong khoảng 15 phút sau khi tiêm chủng. Điều quan trọng là phải có các quy trình để tránh tổn thương do ngất.
- Nên hoãn lại việc tiêm chủng ở những người đang bị sốt nặng cấp tính. Tuy nhiên, sự hiện diện của nhiễm trùng nhẹ, như nhiễm trùng đường hô hấp trên nhẹ hoặc sốt mức độ nhẹ, không phải là chống chỉ định cho tiêm chủng.
- Không có dữ liệu về việc sử dụng Gardasil 9 ở những người bị suy giảm đáp ứng miễn dịch. Độ an toàn và tính sinh miễn dịch của vắc xin qHPV đã được đánh giá ở những người từ 7 - 12 tuổi được biết là bị nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) (xem phần Các đặc tính dược lực học).
- Những người bị suy giảm đáp ứng miễn dịch do sử dụng liệu pháp ức chế miễn dịch mạnh, khiếm khuyết di truyền, nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) hoặc các nguyên nhân khác có thể không đáp ứng với vắc xin này.
- Vắc xin này nên được dùng thận trọng cho những người bị giảm tiểu cầu hoặc có bất kỳ rối loạn đông máu nào vì chảy máu có thể xảy ra sau khi tiêm bắp ở những người này.
- Không có dữ liệu về độ an toàn, tính sinh miễn dịch hoặc hiệu quả để hỗ trợ cho việc sử dụng thay thế cho nhau giữa Gardasil 9 với vắc xin HPV nhị giá hoặc tứ giá.

FVCOG2024

THÔNG TIN AN TOÀN CHỌN LỌC

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN

A. Tóm tắt hồ sơ về an toàn

Trong 7 thử nghiệm lâm sàng, tổng cộng có 15.776 người đã nhận được Gardasil 9, vài đối tượng (0,1%) đã ngừng nghiên cứu do phản ứng bất lợi. Các phản ứng bất lợi thường gặp nhất là các phản ứng bất lợi **tại vị trí tiêm và nhức đầu**. Những phản ứng bất lợi này thường có **cường độ nhẹ hoặc trung bình**.

B. Bảng tóm tắt các phản ứng bất lợi

Các phản ứng bất lợi sau khi tiêm Gardasil 9 xảy ra với tần suất ít nhất 1,0% từ các thử nghiệm lâm sàng.

Nhóm hệ cơ quan	Tần suất	Các phản ứng bất lợi
Rối loạn hệ thần kinh	Rất thường gặp	Nhức đầu
	Thường gặp	Chóng mặt
Rối loạn tiêu hóa	Thường gặp	Buồn nôn
Rối loạn toàn thân và tình trạng tại chỗ tiêm	Rất thường gặp	Tại chỗ tiêm: đau, sưng, ban đỏ
	Thường gặp	Sốt, mệt mỏi, Tại chỗ tiêm: ngứa, bầm tím

C. Kinh nghiệm hậu mãi

GARDASIL 9

- Rối loạn hệ thần kinh: Ngất đôi khi đi kèm với các cử động co cứng-giật rung
- Rối loạn tiêu hóa: Nôn

GARDASIL

- Nhiễm trùng và nhiễm ký sinh trùng: Viêm mô tế bào tại chỗ tiêm.
- Rối loạn máu và hệ bạch huyết: Ban xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát, bệnh hạch bạch huyết.
- Rối loạn hệ miễn dịch: Phản ứng quá mẫn bao gồm phản ứng phản vệ/phản ứng dạng phản vệ, co thắt phế quản và nổi mề đay.
- Rối loạn hệ thần kinh: Viêm não-tủy rải rác cấp tính, hội chứng Guillain-Barré.
- Rối loạn hệ cơ xương và mô liên kết: Đau khớp, đau cơ.
- Rối loạn toàn thân và tình trạng tại chỗ tiêm: Suy nhược, ớn lạnh, khó chịu.

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

APTIMA HPV mRNA

APTIMA HPV **mRNA có ít hơn** **24%** Kết quả **dương tính giả** so với HPV DNA



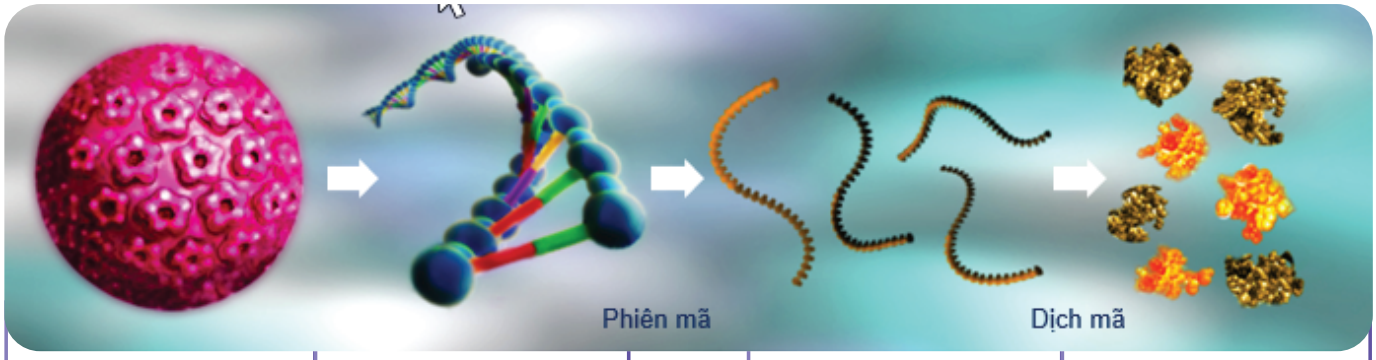
E6/E7 mRNA

Nhận diện sự **tồn tại và hoạt động** của virus HPV

WHO 2021

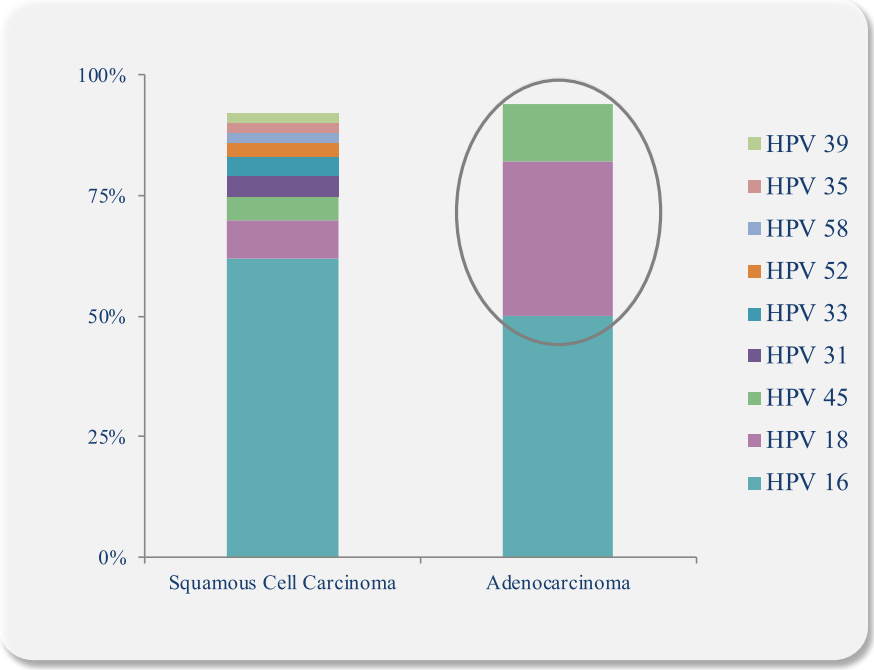
Khuyến cáo sử dụng **HPV mRNA** trong tầm soát **đầu tay** tương đương HPV DNA

DNA phát hiện "sự tồn tại" ***mRNA phát hiện "sự tồn tại" và "hoạt động"***



Virus HPV	Viral DNA genome	E6/E7 mRNA được biểu hiện bởi virus hoạt động	E6/E7 oncoproteins gây ung thư
DNA là dấu hiệu cho sự tồn tại của HPV		Sự bộc lộ E6/E7 mRNA là dấu hiệu cho hoạt động của HPV	

ĐỊNH THÊM TYPE 45



HPV type 16, 18 và 45

là 03 tuýp có nguy cơ cao nhất gây Ung thư cổ tử cung so với các tuýp khác

HPV type 45

là yếu tố tiên đoán cao của Ung thư tế bào biểu mô tuyến

HPV type 45

không phổ biến ở phụ nữ khỏe mạnh (Tỷ lệ 0.4% trong số phụ nữ có kết quả tế bào học bình thường)

ĐỘ NHẠY

99%

Xét nghiệm HPV mRNA có **độ nhạy cao tương đương** so với các xét nghiệm HPV DNA

ĐỘ ĐẶC HIỆU

98.5%

Xét nghiệm Aptima HPV cho **ít kết quả dương tính giả** hơn so với các xét nghiệm HPV DNA

LIÊN HỆ
Nguyễn Thị Lương Minh
0982.37.38.38

GOLDEN GATE
Nhà phân phối tại Việt Nam
CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI CỔNG VÀNG
HOLOGIC®
Website: **https://goldengate.vn**



PGS.TS CAO HỮU NGHĨA

Trưởng khoa Xét nghiệm sinh học lâm sàng – Viện Pasteur - TP.HCM

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 1992 tham gia nghiên cứu các lĩnh vực bệnh học sinh hóa, huyết học, miễn dịch và vi sinh học; đặc biệt là virus học.
- 1997: tham gia vào các chương trình nghiên cứu trong cũng như ngoài nước về tiêm chủng. Được đề bạt làm Trưởng phòng Khám và bắt tay vào việc xây dựng mô hình dịch vụ phòng khám xét nghiệm tiêm ngừa trong hệ thống y tế dự phòng.
- 1999: xây dựng mô hình xét nghiệm-tham vấn và theo dõi bệnh nhân HIV/AIDS – là một trong những mô hình đầu tiên về lĩnh vực HIV tại VN và là tiền thân của phòng OPC ngày nay.
- Từ 2000 - 2011: Tham gia nghiên cứu khoa học, báo cáo tại các HNKH và công bố một số báo cáo trên tạp chí trong và ngoài nước.
- Hiện tham gia huấn luyện và hổ trợ cho bộ môn Vi sinh của trường Đại học Y Dược TPHCM, Viện Y tế công cộng và Viện Pasteur TP.HCM trong công tác đào tạo các khóa sau đại học và đào tại lại

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 2002: Đánh giá hiệu quả mô hình tham vấn và chăm sóc lâm sàng cho người nhiễm HIV sau 3 năm (1999-2002) - Tạp chí YHDP số 3
- 2003: Dự phòng Cotrimoxazole trên người nhiễm HIV - Tạp chí YHDP số 4
- 2003: Tăng bạch cầu ái toan trên bệnh nhân nhiễm HIV - Tạp chí YHDP số 5
- 2006: AIDS và bệnh lý KST - Tạp chí AIDS số 23
- 2006: Dự phòng phổ quát cho bệnh nhân nhiễm HIV - Tạp chí AIDS số 20
- 2006: Tài liệu giảng dạy cho các BS làm việc trong lĩnh vực HIV - Dự án Bộ Y Tế và InWEnt (Đức)
- 2006: MSM at Viet Nam - AIDS &Prevention
- 2007: Hand ulcer in a woman with HIV infection. IDCP-07-160R1 - Infectious diseases in clinical practice
- 2010: Các tác nhân vi sinh gây bệnh trên người nhiễm HIV theo sự biến đổi tế bào CD4 - Tạp chí Y học dự phòng XX, số 3 (111) 201
- 2010: Một số tác nhân gây bệnh cơ hội trên người nhiễm HIV xác định tại Viện Pasteur và TT Mai Hòa - Tạp chí Y học dự phòng XX, số 3 (111)

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- Danh hiệu Chiến sỹ thi đua
- Bằng khen của Bộ Y Tế về thành tích đóng góp cho ngành YTDP- giai đoạn 1991- 2001 (Quyết định số 5022/QĐ-BYT)- 27/11/2001
- Bằng khen của Bộ Y Tế về hoạt động phòng chống AIDS (2001 – 2005) (Quyết định số 3682/QĐ-BYT)- 21/9/2006
- Bằng khen của Thủ tướng chính phủ (Quyết định 2162 QĐ/TTg) – 26/11/2010

PGS. TS. Cao Hữu Nghĩa

Dạ Hương®
Daily Fresh

Khám phá các dòng sản phẩm khác nhau chuyên biệt cho nhu cầu của vùng nhạy cảm

Dạ Hương Daily Fresh

TOTAL CARE
CHĂM SÓC TOÀN DIỆN

Với dưỡng chất lợi khuẩn Prebiotic (Bioecolia) & các thành phần thiên nhiên

Giúp ngừa viêm nhiễm, nấm ngứa
Chiết xuất Lô hội, Trầu không, Nhũ hương...



Phù hợp cho mọi người để vệ sinh hàng ngày, đặc biệt người hay bị viêm ngứa, mùi hôi, khí hư

Dạ Hương Daily Fresh

MOISTURE
TĂNG CƯỜNG THÀNH PHẦN DƯỠNG ẨM

Với dưỡng chất lợi khuẩn Prebiotic (Bioecolia) & các thành phần thiên nhiên

Chiết xuất Cúc la mã, Collagen & Vitamin E, B3...



Phù hợp khi gặp phải tình trạng khô hạn, thâm sạm, da xỉn màu

Dạ Hương Daily Fresh

DỊU NHẸ
PHÙ HỢP CHO DA NHẠY CẢM

Với dưỡng chất lợi khuẩn Prebiotic (Bioecolia) & các thành phần thiên nhiên

Giúp chăm sóc dịu nhẹ (Chiết xuất Bách lý hương, Cam thảo...) & Provitamin B5



Phù hợp cho người có làn da nhạy cảm, dễ kích ứng, phụ nữ có thai, sau sinh, bé gái tuổi dậy thì



ThS.BS TRẦN THỊ THANH TÂM

Khoa Laser và Săn sóc da -
Bệnh viện Da liễu Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- Từ 2007 – 2013: Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
- Từ 2013 – 2017: Bác sĩ nội trú chuyên ngành Da liễu, Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

Từ 2017 – nay: Bác sĩ tại khoa Laser và Săn sóc da, Bệnh viện Da liễu Trung ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Diễn giả tại Hội nghị Da liễu Đông Dương lần thứ 3: Điều trị sẹo lồi do mụn bằng sự kết hợp laser VBEAM và gel silicon, 2017.
- Diễn giả tại Hội nghị Da liễu thẩm mỹ toàn quốc lần thứ 3: Điều trị vết bớt rượu vang ở trẻ em, 2019
- Diễn giả tại Hội nghị Da liễu thẩm mỹ toàn quốc lần thứ 6: Điều trị nám da bằng laser, 2023
- Diễn giả tại Hội nghị Da liễu thẩm mỹ toàn quốc lần thứ 7: Liệu pháp quang động để điều trị mụn trứng cá, 2024

ThS.BS. Trần Thị Thanh Tâm

BETADINE®
vaginal douche 10%

DUNG DỊCH SÁT KHUẨN ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO

Hiệu quả cho nhiễm trùng âm đạo

- ☑ Điều trị nhiễm trùng âm đạo do các vi sinh vật nhạy cảm
- ☑ Sát trùng âm hộ, âm đạo trước khi thực hiện thủ thuật xâm lấn hoặc phẫu thuật vùng niệu dục



mundipharma

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y Tế:
123e/2024/XNTT/QLD, ngày 02 tháng 08 năm 2024.
Tài liệu có 2 trang. Thông tin sản phẩm xem trang 2.

BETADINE® vaginal douche 10%
dung dịch sát khuẩn trong viêm âm đạo

Thành phần: Povidone-Iodine 10% (kl/tt), Fleuroma bouquest 477, Nonoxynol, nước tinh khiết. **Dạng bào chế:** Dạng dung dịch. **Chỉ định:** Điều trị tại chỗ trong điều trị nhiễm trùng âm đạo do các vi sinh vật nhạy cảm và sát trùng âm hộ, âm đạo trước khi thực hiện thủ thuật xâm lấn hoặc phẫu thuật vùng niệu dục. **Liều lượng và cách dùng:** Dung dịch sát trùng BETADINE® dùng với dụng cụ đặt: Dùng ngày một lần tốt nhất vào buổi sáng trong vòng 14 ngày (kể cả ngày kinh nguyệt) hoặc theo sự chỉ dẫn của bác sĩ. Đổ 2 nắp chai đầy (30ml) dung dịch đặc vào chai vắt. Mỗi nắp chai đầy tương đương 15ml dung dịch povidone iodine. Đổ thêm nước ấm vào chai cho đầy. Xoay dụng cụ đặt vào trong chai vắt và lắc nhẹ. Cẩn thận đưa dụng cụ đặt vào âm đạo. Đẩy ra càng nhiều càng tốt dung dịch rửa bằng cách ấn nhẹ vào sườn chai vắt để cho dung dịch rửa chảy ra tự nhiên từ âm đạo. Kéo dụng cụ đặt ra khỏi âm đạo để không khí tràn vào chai vắt để lấy lại hình dạng ban đầu của chai. Đút lại dụng cụ đặt vào âm đạo rồi vắt rửa một lần nữa cho sạch toàn bộ âm đạo. Làm lại cho đến khi dung dịch BETADINE® được dùng hết. Cuối cùng rửa phần dung dịch còn bám quanh âm đạo bằng miếng xốp hoặc mảnh vải sạch. Lau khô vùng âm đạo bằng khăn vải hoặc khăn giấy sạch. Rửa sạch chai rỗng và dụng cụ đặt bằng nước ấm rồi cất đi cho lần dùng sau. Dung dịch sát trùng BETADINE® cho làm sạch bên ngoài âm đạo: Pha loãng 1 nắp chai (15mL) dung dịch povidone iodine 10% với ½ L nước ấm và rửa bên ngoài âm đạo 1-2 lần mỗi ngày. **Chống chỉ định:** Quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của thuốc. Không có phản ứng chéo với các chất đối kháng iodine. Những trường hợp phản ứng quá mẫn được biết liên quan tới chất đối kháng iodine hoặc các phản ứng phản vệ với hải sản không nằm trong trường hợp chống chỉ định khi sử dụng dung dịch sát trùng âm đạo Betadine 10%. Phụ nữ trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, trong trường hợp sử dụng kéo dài. Phụ nữ trong 3 tháng đầu thai kỳ, trong trường hợp sử dụng dụng cụ đặt. Phụ nữ cho con bú, trong trường hợp sử dụng kéo dài. Thuốc này không khuyến cáo kết hợp với các chất diệt tinh trùng và các chất sát khuẩn có nguồn gốc từ thủy ngân. **Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi sử dụng:** Chỉ dùng tại chỗ. Quá trình chờ dung dịch ướt cho tới lúc khô có thể gây ra kích thích da hoặc hiếm khi có các phản ứng da nghiêm trọng. Trong trường hợp gặp kích ứng da hoặc viêm da tiếp xúc hoặc mẫn cảm không điển hình khác thì ngừng sử dụng thuốc. Không làm nóng thuốc trước khi bôi. Giữ xa tầm tay trẻ em. Những bệnh nhân bị bướu cổ, bướu nhỏ tuyến giáp, hoặc các bệnh lý tuyến giáp có nguy cơ phát triển tăng năng tuyến giáp (Cường giáp) khi dùng liều cao iod. Đối với đối tượng bệnh nhân này, không được dùng povidone-iodine trừ khi được chỉ định chặt chẽ. Thậm chí cho đến lúc kết thúc điều trị vẫn cần quan sát các triệu chứng sớm có thể xảy ra của tăng năng tuyến giáp và nếu cần thiết phải kiểm soát chặt chẽ chức năng tuyến giáp. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có nguy cơ cao về phát triển tăng năng tuyến giáp nếu vô tình tiếp xúc với lượng lớn iod. Cần tránh tuyệt đối bất cứ khả năng nào có thể xảy ra việc trẻ nhỏ nuốt povidone-iodine vào bụng. Thuốc này thường được khuyến cáo không dùng đồng thời với các thuốc diệt tinh trùng. **Sử dụng cho phụ nữ có thai và cho con bú:** *Phụ nữ có thai:* Các nghiên cứu trên động vật không cho thấy bằng chứng về tác dụng gây quái thai. Khi không có tác dụng gây quái thai trên động vật, không cho rằng có tác dụng gây di tật ở người. Trên thực tế, hiện nay, các chất gây dị tật gây quái thai trên động vật trong các nghiên cứu được tiến hành trên 2 loài động vật. Từ quan điểm lâm sàng, không có dữ liệu đủ tin cậy để đánh giá tác dụng gây dị tật về sau của povidone-iodine khi dùng trong 3 tháng đầu của thai kỳ. Tuyến giáp của thai nhi bắt đầu phản ứng với iodine từ 14 tuần sau khi mất kinh, không có ảnh lên tuyến giáp của thai nhi trong trường hợp dùng thuốc trước đó. Một lượng quá mức iodine có thể xảy ra sau khi sử dụng thuốc kéo dài, có thể dẫn đến suy giáp trên thai nhi, về mặt sinh học hoặc thậm chí trên lâm sàng (bướu cổ). Do đó, sử dụng thuốc kéo dài được chống chỉ định từ 3 tháng giữa của thai kỳ. Nếu cần, chỉ nên xem xét sử dụng thuốc một lần duy nhất. *Phụ nữ cho con bú:* Iodine được bài tiết vào sữa mẹ với nồng độ cao hơn nồng độ trong huyết tương của người mẹ. Vì nguy cơ gây suy giáp trên trẻ, thuốc chống chỉ định với phụ nữ cho con bú. **Ảnh hưởng của thuốc lên khả năng lái xe và vận hành máy móc:** Chưa có bằng chứng về ảnh hưởng của thuốc lên khả năng lái xe, vận hành máy móc. **Tương tác với các thuốc khác, các dạng tương tác khác:** Phức hợp PVP-iodine có tác dụng với độ pH từ 2,0 đến 7,0. Có khả năng rằng phức hợp này sẽ phản ứng lại với protein và các hợp chất hữu cơ chưa bão hòa khác, dẫn đến sự giảm sút tác dụng của phức hợp (thuốc không hiệu quả). Sử dụng đồng thời với các chế phẩm điều trị vết thương chứa thành phần enzym dẫn đến làm giảm tác dụng của cả hai chất này (ức chế tương tác thuốc). Các sản phẩm chứa thủy ngân, bạc, hydrogen peroxide, và taurolidine có thể tương tác với povidone-iodine (tương tác thuốc không điển hình khác) và không nên dùng đồng thời với nhau. Khi dùng đồng thời các sản phẩm povidone-iodine hoặc dùng ngay sau khi bôi octenidine chứa chất vô trùng ngay tại hoặc gần vị trí bôi có thể dẫn đến sự mất sắc tố da thoáng qua tại vùng bôi. **Tác dụng không mong muốn:** Hiếm khi xảy ra các phản ứng mẫn cảm da ví dụ các phản ứng dị ứng-tiếp xúc kéo dài (phản ứng mẫn cảm da tuýp IV), mà có thể xuất hiện dưới dạng ngứa (không điển hình khác), ban đỏ, vết bỏng giộp nhỏ hoặc các biểu hiện tương tự. Rất hiếm khi xảy ra các phản ứng dị ứng toàn thân cấp tính (các phản ứng quá mẫn) với dạng hạ huyết áp (giảm huyết áp) và/hoặc khó thở cũng như các trường hợp sưng tấy niêm mạc và da cấp tính (phù mạch) đã được báo cáo. Trong một vài trường hợp cá biệt, những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tuyến giáp có thể tiến triển tăng năng tuyến giáp (gây ra do iod), thỉnh thoảng xuất hiện các triệu chứng như mạch nhanh. Có thể xảy ra suy giáp trong hoặc sau khi dùng povidon iod kéo dài. Sau khi hấp thu lượng lớn povidone-iod thấy xuất hiện mất cân bằng điện giải gia tăng và áp suất thẩm thấu máu bất thường (tăng hoặc giảm), suy chức năng thận (suy thận) với suy thận cấp tính và nhiễm axit chuyển hóa đã được đề cập đến khi dùng các sản phẩm có iod. ***Thông báo ngay cho bác sỹ hoặc dược sỹ những phản ứng có hại gặp phải khi sử dụng thuốc.*** **Quá liều:** Độc tính cấp của iod biểu hiện bởi triệu chứng đau bụng, bí tiểu, xẹp tuần hoàn, phù thanh quản dẫn đến khó thở, phù phổi không điển hình khác, rối loạn chức năng tuyến giáp (do iod đi vào tuần hoàn hệ thống với lượng lớn) và chuyển hoá bất thường. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ. **Các đặc tính dược lực học:** Povidone- iodine là một hỗn hợp trùng hợp polyvinylpyrrolidone với iodine (povidone-iodine) mà sau khi sử dụng sẽ tiếp tục giải phóng ra iod. Nguyên tố iod (I2) đã được biết từ lâu là một chất sát trùng có hiệu quả cao như diệt nhanh vi khuẩn, virus, nấm và một số động vật nguyên sinh invitro. Hai cơ chế tác dụng bao gồm: iod tự do diệt vi trùng và trong khi đó iod gắn kết trong chất trùng hợp là nguồn dự trữ. Khi thuốc tiếp xúc với da và màng nhầy, iod mỗi lúc lại tách ra từ chất trùng hợp. Iod tự do phản ứng với nhóm -SH hoặc –OH có thể oxy hoá được của các amino acid trong các enzyme và cấu trúc protein của vi sinh vật, do đó mà bất hoạt và tiêu diệt các enzyme và protein đó. Hầu hết các vi sinh vật đang trong quá trình sinh dưỡng đều bị tiêu diệt chỉ trong thời gian dưới một phút in vitro với rất nhiều bị tiêu diệt chỉ trong 15 đến 30 giây. Trong quá trình này, iod bị mất màu; theo đó có thể thấy mức độ tác dụng của thuốc qua độ đậm nhạt của màu nâu. Liều nhắc lại có thể được đề nghị khi mất mầu. Sự kháng thuốc chưa được thấy báo cáo. **Các đặc tính dược động học:** *Hấp thu:* thông thường, dùng iod tại chỗ dẫn đến hấp thu toàn thân một lượng rất nhỏ. Tuy nhiên, khi dùng tại âm đạo iod được hấp thu nhanh và nồng độ trong huyết tương của toàn bộ iod và iod vô cơ tăng lên một cách đáng kể. *Povidone (PVP):* Sự hấp thu và đặc biệt bài tiết qua đường niệu của povidone phụ thuộc chủ yếu vào trọng lượng phân tử (của hợp chất). Với trọng lượng phân tử lớn hơn 35,000 đến 50,000 có thể gây nên bí tiểu. *Iodine:* Cách thức hấp thu iod hoặc hợp chất của iod vào các tổ chức tương tự như khi iod được dùng bằng các đường dùng khác. Thời gian bán thải (t1/2) sau khi dùng tại âm đạo khoảng 2 ngày. Đào thải chủ yếu bằng đường niệu. **Đóng gói:** Hộp 1 chai 125ml. **Điều kiện bảo quản:** Bảo quản ở nhiệt độ không quá 30°C. Tránh ánh sáng. **Hạn dùng:** 36 tháng kể từ ngày sản xuất. **Mundipharma Pharmaceuticals Ltd.** 13-15, Othellos str., Dhali Industrial Area, Nicosia, Cyrus, 2540, Cyprus (Síp).

®: BETADINE là nhãn hiệu đã được đăng ký của Mundipharma.



BETADINE®
Vaginal Douche

Gigamed



TTND.PGS.TS LƯU THỊ HỒNG

Tổng thư ký Hội Phụ sản Việt Nam;
Nguyên Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ & Trẻ em - Bộ Y Tế

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1984: Bác sĩ đa khoa Đại học Y Hà Nội
- 1987: Bác sĩ nội trú chuyên ngành Sản Phụ khoa
- 1998: Thạc sĩ Y học chuyên ngành Phụ Sản.
- 2009: Tiến sĩ Y học chuyên ngành Phụ Sản
- 2010: Chuyên khoa II chuyển đổi
- 2012: Được phong chức danh Phó giáo sư

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1984 – 1987: Bác sĩ nội trú Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 1988 – nay: Giảng viên Trường Đại học Y Hà Nội
- 1997 – 2007: Phó trưởng khoa Phụ sản Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
- 2007 – 2013: Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ – Trẻ em
- 2013 – 2015: Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ – Trẻ em
- 2016 – nay: Giảng viên cao cấp, Bộ môn Phụ Sản- Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác gải và đồng tác giả 50 bài báo công bố trên các tạp chí khoa học uy tín quốc tế và trong nước
- Tham gia 18 đề tài cấp bộ,04 đề tài cấp cơ sở đã nghiệm thu.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2009: Bằng khen của Bộ Y tế
- 2010: Thầy thuốc Ưu tú
- 2011: Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ
- 2012: Chiến sĩ thi đua Bộ Y tế
- 2012: Bằng khen của UBND tỉnh Lai châu "Đã có thành tích xuất sắc trong thời gian tăng cường giúp đỡ Ngành Y tế tỉnh Lai Châu năm 2011 theo đề án 1816"
- 2013: Bằng khen của BCH công đoàn Y tế Việt Nam "Đã có thành tích xuất sắc trong thực hiện Quy chế phối hợp giữa Bộ Y tế và Công đoàn Y tế Việt Nam năm 2012"
- 2014: Huân chương Lao động Hạng ba
- 2015: Chiến sĩ thi đua cấp Bộ
- 2015: Thầy thuốc Nhân dân

FVCOG2024

TẦM QUAN TRỌNG CỦA TIÊM PHÒNG CÚM TRONG THAI KÌ

PGS. TS. BS. Lưu Thị Hồng

Tổng thư kí Hội Phụ Sản Việt Nam

Nguyên vụ trưởng vụ SKBMTE



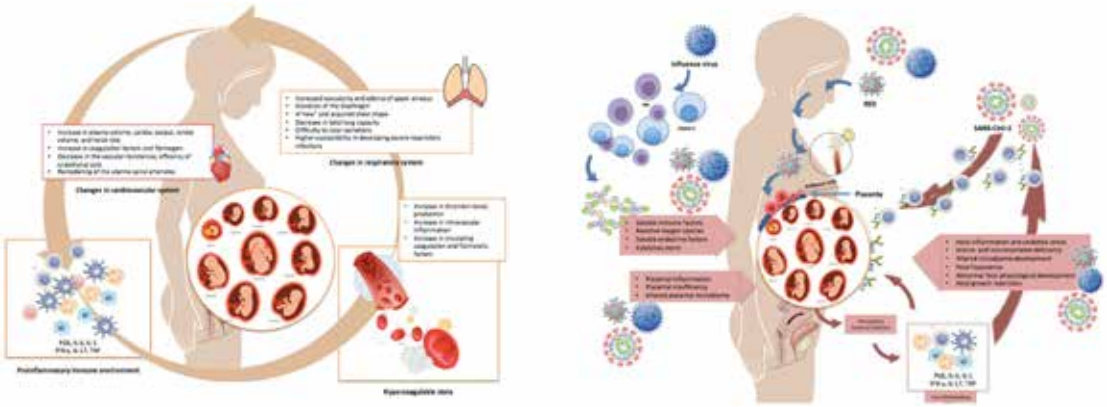
TẦM QUAN TRỌNG CỦA
TIÊM PHÒNG CÚM TRONG THAI KÌ

PGS. TS. BS. Lưu Thị Hồng
Tổng thư kí Hội phụ sản Việt Nam
Nguyên vụ trưởng vụ SKBMTE

VTM2331654 (v1.0)

FVCOG2024

TRONG THAI KỲ: SỰ ĐIỀU CHỈNH CỦA HỆ TUẦN HOÀN, HÔ HẤP, MIỄN DỊCH LÀM TĂNG NGUY CƠ NHIỄM CÚM, NHẬP VIỆN DO CÁC BIẾN CHỨNG CỦA CÚM VÀ THAI KỲ



https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2022.853009/full

FVCOG2024

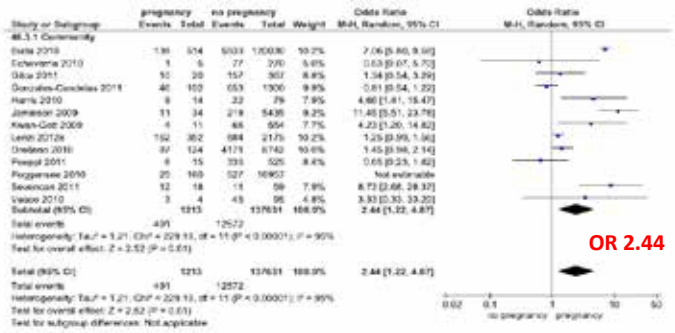
MANG THAI LÀ YẾU TỐ NGUY CƠ NHẬP VIỆN DO CÚM

Phân tích gộp 13 NC:

PN mang thai có **nguy cơ nhập viện do cúm cao hơn 2.44 lần** so với PN không mang thai

([95% CI: 1.22–4.87]; I^2 = 95%)[1]

Forest plot for pregnancy as a risk factor for hospitalization following influenza[1]



[a]Most studies (n = 136; 95.8%) were conducted during the 2009 H1N1 influenza pandemic
[b]Community-acquired pneumonia, death from all causes or related to influenza, hospitalization from all causes or related to influenza, admission to an intensive care unit related to influenza, and/or need for mechanical ventilatory support
CI, confidence interval; OR, odds ratio
1. Mertz D, et al. *Vaccine* 2017;35:521–8

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PHỤ NỮ MANG THAI CÓ BỆNH HÔ HẤP LÀM TĂNG NGUY CƠ MẮC CÁC BIẾN CỐ BẤT LỢI CHU SINH

NC tại Hoa kỳ dữ liệu từ Healthcare Cost and Utilization Project Nationwide Inpatient Database đánh giá các PN mang thai nhập viện liên quan cúm trong 10 mùa cúm (1998–2008)[1]

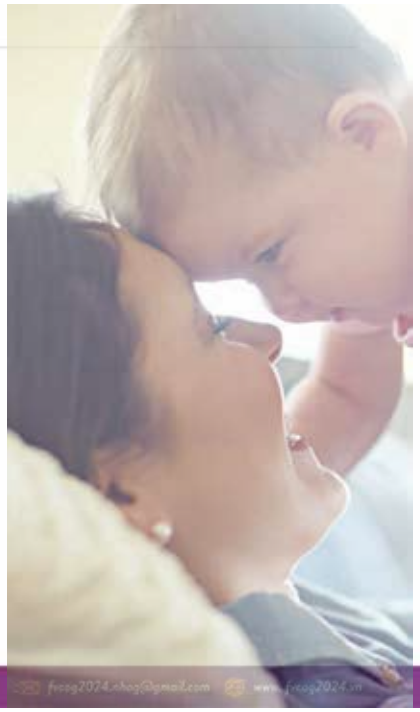
Biến cố	Có bệnh hô hấp[a] (n = 17. 136)	Không có bệnh hô hấp[a] (n = 15. 722. 564)	OR hiệu chỉnh (95% CI)
Sinh non, n (%)	4 420 (25.8)	1 140 648 (7.3)	3.82 (3.53–4.14)
Mổ lấy thai, n (%)	10 185 (59.4)	4 415 731 (28.1)	3.47 (3.22–3.74)
Suy thai, n (%)	4 700 (27.4)	2 093 426 (13.3)	2.33 (2.15–2.52)
Biến cố	**Có bệnh hô hấp (n = 17. 468)**	**Không có bệnh hô hấp (n = 15. 825. 557)**	**OR hiệu chỉnh (95% CI)**
Thai chết lưu, n (%)	333 (1.9)	102 993 (0.7)	2.50 (1.97–3.18)

[a]Defined using codes for pneumonia and influenza (International Classification of Diseases Clinical Modification, 9th Revision codes 480–8)
CI, confidence interval; OR, odds ratio
1. Martin A, et al. *Matern Child Health J* 2013;17:1325–31

FVCOG2024

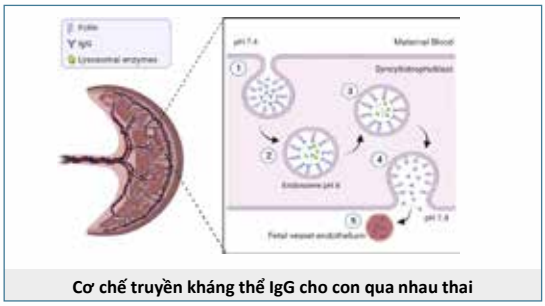
MỤC TIÊU CỦA TIÊM PHÒNG CÚM CHO PHỤ NỮ MANG THAI



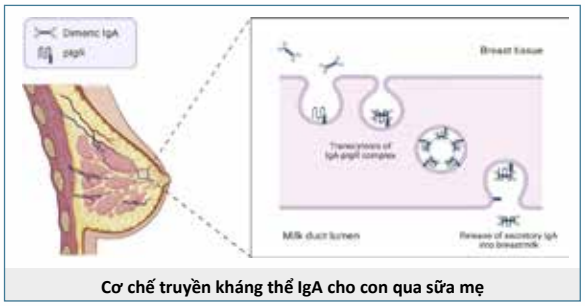


FVCOG2024

BẢO VỆ KÉP CHO CẢ MẸ VÀ BÉ THÔNG QUA CƠ CHẾ NGỪA NHIỄM BỆNH VÀ TRUYỀN KHÁNG THỂ IgG QUA NHAU THAI VÀ IgA QUA SỮA MẸ



Cơ chế truyền kháng thể IgG cho con qua nhau thai



Cơ chế truyền kháng thể IgA cho con qua sữa mẹ

1. Melanie Etti et al., Maternal vaccination. Am J Obstet Gynecol 2022

CƠ CHẾ TRUYỀN KHÁNG THỂ CHO CON KHI TIÊM CHỦNG CHO MẸ ĐÃ ĐƯỢC NGHIÊN CỨU TRÊN NHIỀU LOẠI VACCINE NHƯ VACCINE CÚM, UỐN VÁN, HO GÀ...VÀ GẦN ĐÂY NHẤT LÀ VACCINE COVID-19

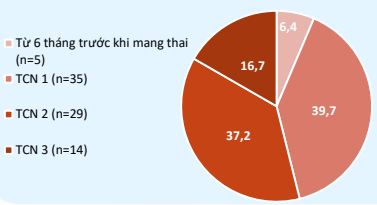
FVCOG2024

KHÁNG THỂ IgG CHỐNG CÚM HIỆN DIỆN TRÊN #80% MẪU MÁU NGOẠI BIÊN CỦA TRẺ SƠ SINH CÓ MẸ TIÊM PHÒNG CÚM TRONG THAI KÌ

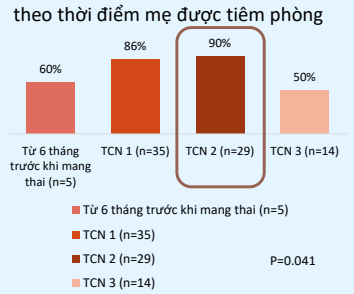
Nghiên cứu đoàn hệ (2023) trên 78 phụ nữ mang thai tại Hy Lạp, đã được tiêm phòng vaccine cúm tứ giá.

- ❑ Thời điểm tiêm vaccine cúm bao gồm từ 6 tháng trước khi mang thai, trong thai kỳ cho đến lúc sinh.
- ❑ Kháng thể IgG chống cúm A và cúm B được tìm thấy ở máu ngoại biên của trẻ sơ sinh trong vòng 10 ngày sau sinh
  - ❖ 79.5% trẻ có kháng thể IgG chống cúm A
  - ❖ 72.3% trẻ có kháng thể IgG chống cúm B

Tỷ lệ mẹ tiêm phòng cúm ở các thời điểm



Tỷ lệ trẻ có kháng thể IgG chống cúm theo thời điểm mẹ được tiêm phòng



Diseases 2023, 11, 166. https://doi.org/10.3390/diseases1104016

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

TIÊM PHÒNG CÚM MANG LẠI LỢI ÍCH LÂM SÀNG CHO CẢ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH

Giảm **51%** nguy cơ nhiễm cúm ở PNMT được tiêm phòng cúm (95% CI: 8-74)

Giảm **43%** nguy cơ bệnh hô hấp có sốt ở PNMT được tiêm phòng cúm (95% CI: -14.5- -0.1)

Giảm **50%** nguy cơ thai lưu & nguy cơ tử vong sơ sinh ở PNMT được tiêm phòng cúm p=0.006 & p=0.01

Giảm **48%** nguy cơ nhiễm cúm ở trẻ nhũ nhi < 6 tháng tuổi (95% CI: 33%-59%; p-values < 0.05)

Giảm **72%** nguy cơ nhập viện do cúm ở trẻ nhũ nhi < 6 tháng tuổi (95% CI: 0.13-0.61; p-values < 0.05)

Mark G. Thompson et al., Clinical Infectious Diseases 2014;58(4):449–57
K. Zaman, et al. N Engl J Med 2008;359:1555-64
Sheffield JS, et al. Obstet Gynecol 2012;120:532–7
Nunes MC and Madhi SA. Hum Vaccin Immunother 2018;14:758–66

FVCOG2024

TIÊM PHÒNG CÚM GIÚP GIẢM CÁC BIẾN CỐ BẤT LỢI CHU SINH

27% Trẻ sơ sinh nhẹ cân *(OR[a] **0.73** [95% CI: 0.56–0.95])*

25% Trẻ sinh non *(OR[a] **0.75** [95% CI: 0.6–0.94])*

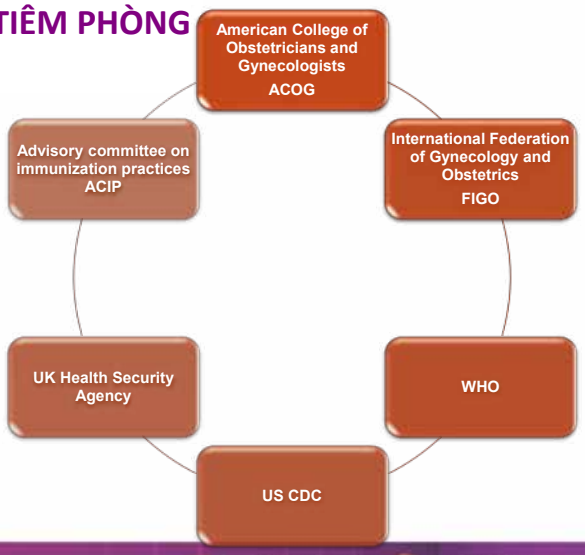
27% Trẻ sinh non < 32 tuần *(HR[a] 0.73 [95% CI: 0.58–0.91])*

so với nhóm không tiêm chủng

1. Legge A, et al. *CMAJ* 2014;186:E157–64

FVCOG2024

CÁC TỔ CHỨC/ HIỆP HỘI QUỐC TẾ/ WHO/ CƠ QUAN QUẢN LÝ ĐÃ KHUYẾN CÁO TIÊM PHÒNG CÚM CHO PHỤ NỮ MANG THAI



FVCOG2024

KHUYẾN CÁO TIÊM PHÒNG CÚM CHO PHỤ NỮ CÓ THAI CỦA WHO VÀ CDC/HIỆP HỘI SPK HOA KỲ

Khuyến cáo WHO[1]

- ✓ Tiêm vaccine cúm trong thai kì **bảo vệ cả mẹ và trẻ sơ sinh trước bệnh cúm.**
- ✓ Phụ nữ mang thai nên tiêm vaccine cúm **ở bất kỳ giai đoạn nào trong thai kì.**

Khuyến cáo CDC Hoa Kỳ[2,3]

- ✓ **Tiêm phòng cúm an toàn trong thời kỳ mang thai.** Có đủ bằng chứng cho thấy phụ nữ mang thai có thể tiêm phòng cúm một cách an toàn.
- ✓ Phụ nữ mang thai nên **tiêm phòng trong bất kỳ tam cá nguyệt nào của thai kì**.
- ✓ Phụ nữ sau sinh, **ngay cả khi đang cho con bú, có thể tiêm vaccine cúm.**
- ✓ **Dữ liệu an toàn của vaccine cúm trong thai kì đã được chứng minh và thống nhất qua nhiều nghiên cứu**

Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ[4]

- ✓ **Phụ nữ đang hoặc sẽ mang thai trong mùa cúm được khuyến cáo tiêm loại vaccine cúm bất hoạt càng sớm ngay khi có thuốc**. Bất kỳ loại vaccine cúm bất hoạt nào được cấp phép, khuyến cáo, phù hợp với lứa tuổi, đều có thể được tiêm an toàn trong bất kỳ tam cá nguyệt nào.
- ✓ Bác sĩ Sản Phụ khoa và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nên tư vấn cho PN mang thai về sự an toàn và lợi ích tiêm vaccine cúm cho bản thân và thai nhi, **lợi ích nhờ miễn dịch thụ động từ mẹ truyền qua thai thông qua tiêm chủng cho mẹ.**

1. WHO Weekly epidemiological record, No. 47, 23 November 2012
2. https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp-toolkit/flu-vaccine-pregnancy.html
3. https://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vaccination-possible-safety-signal.html
4. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/04/influenza-vaccination-during-pregnancy

KHUYẾN CÁO TIÊM PHÒNG CÚM CHO PHỤ NỮ CÓ THAI Ở CÁC QUỐC GIA CHÂU Á

Bộ Y tế Singapore
Hướng dẫn tiêm chủng cho phụ nữ mang thai (2017)[1]

Chỉ định thường quy

- **Vaccine cúm bất hoạt:** 1 liều hàng năm tại bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ
- **Tdap:** 1 liều vào mỗi thai kỳ (từ 16 – 32 tuần)

  Tdap có thể cân nhắc sử dụng sau tuần 32 của thai kỳ tại mỗi lần mang thai. Cần tham khảo ý kiến bác sỹ.

Bộ Y tế Malaysia
Hướng dẫn tiêm chủng cho người lớn (2014)[2]

- **Vaccine cúm bất hoạt:** tất cả thai phụ hoặc phụ nữ chuẩn bị mang thai.
- **Bạch hầu – Ho gà – Uốn ván**: tiêm mỗi lần mang thai vào 27 – 36 tuần, bất kể trước đó đã tiêm vaccine Tdap hay chưa.
  - ✓ Phụ nữ mang thai không rõ hoặc chưa hoàn tất tiêm chủng uốn ván, cần hoàn tất

Bộ Y tế Việt Nam
Kế hoạch sử dụng và phát triển vaccine cúm (2013)[3]

"Sử dụng rộng rãi vaccine cúm mùa cho đối tượng cảm nhiễm, đặc biệt là nhóm có nguy cơ mắc bệnh nặng và tử vong cao (**phụ nữ có thai**, trẻ em dưới 5 tuổi, người già và người mắc bệnh mạn tính)"

Hội Y Học Dự Phòng Việt Nam (2023)[4]

"**Nên tiêm vaccine cúm cho phụ nữ mang thai.** Tiêm vaccine cúm cho phụ nữ mang thai là **một trong những cách tốt nhất để bảo vệ bản thân và em bé trong 6 tháng sau sinh** khỏi các biến chứng liên quan đến cúm"

Bộ Y Tế - Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2016)[5]

"**Nên tiêm phòng cúm, rubella cho phụ nữ trước khi có thai** ít nhất 3 tháng"

1. Ministry of Health, Singapore. *MOH establishes national adult immunisation schedule,extends use of medisave for vaccines under the schedule*. 2017. Oct 21, [Accessed April 11, 2018]. Available at: https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/moh-establishes-national-adult-immunisation-schedule-extends-use-of-medisave-for-vaccines-under-the-schedule
2. https://adultimmunisation.msidc.my/
3. Quyết định số 1950/QĐ-BYT ngày 06/06/2013
4. Hội Y Học Dự Phòng Việt Nam - Khuyến cáo lịch tiêm chủng vắc xin cho mọi lứa tuổi ở Việt nam 2023
5. Quyếtđịnh số 4128 - QĐ-BYT ngày 29/7/2016

CÁC NGHIÊN CỨU ĐÃ CHỨNG MINH TIÊM PHÒNG CÚM CHO PHỤ NỮ MANG THAI KHÔNG LÀM TĂNG NGUY CƠ BIẾN CỐ BẤT LỢI LIÊN QUAN ĐẾN THAI KÌ

- Không tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh ở trẻ
- Không tăng nguy cơ sẩy thai
- Không tăng nguy cơ rối loạn phổ tự kỉ (asd)

Peppa M, et al. *Clin Infect Dis* 2021;73:e4296–e4304
Ludvigsson JF, et al. *Ann Intern Med* 2020;173:597–604;
US CDC. https://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/vaccination-possible-safety-signal.html

FVCOG2024

CÁC LOẠI VACCINE CÚM

Phân loại dựa trên công nghệ bào chế

Vaccine phân cắt

Chứa hầu hết các thành phần của virus (tất cả protein của virus cũng như các kháng nguyên bề mặt)[1]

➢ **Ít phản ứng phụ hơn so với vaccine toàn phần**[1]

Vaccine tiểu đơn vị

Chọn lọc các kháng nguyên bề mặt (HA và neuraminidase [NA])[1]

➢ **Khả năng dung nạp tốt hơn và khả năng gây phản ứng dị ứng ít hơn so với các loại vaccine khác**[1,2]



HIỆN NAY, WHO DỰ ĐOÁN VÀ KHUYẾN CÁO CẬP NHẬT VẮC XIN CÚM CHO CÁC MÙA CÚM DỰA TRÊN KHẢO SÁT VỀ SỰ BIẾN ĐỔI KHÁNG NGUYÊN HA/NA CỦA 4 TÝP CÚM

HA, haemagglutinin; NA, neuraminidase; RNA, ribonucleic acid

1. Herzog C, et al. *Vaccine* 2009;27:4381–7;
2. Noh JY, Kim WJ. *Infect Chemother* 2013;45:375–86;
3. Kon TC, et al. *PLoS One* 2016;11:e0150700

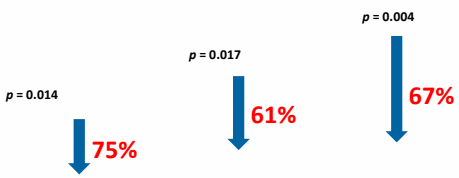
FVCOG2024

VACCINE TIỂU ĐƠN VỊ CÓ TÍNH SINH MIỄN DỊCH TƯƠNG ĐƯƠNG VÀ ÍT PHẢN ỨNG TẠI CHỖ VÀ PHẢN ỨNG TOÀN THÂN HƠN SO VỚI VACCINE PHÂN MẢNH

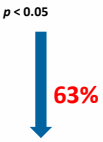
NC cho thấy Vaccine tiểu đơn vị có *tính sinh miễn dịch tương đương* so với vaccine phân mảnh

(theo GMR, SPR, SCR)

Nghiên cứu hồi cứu (N=283 người lớn ≥ 18 tuổi)[1]



Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi ở 499 trẻ em từ 6-12 tuổi[2]



➢ **Giảm sử dụng thuốc giảm đau/hạ sốt** ở nhóm vaccine tiểu đơn vị so với vaccine phân mảnh (12%; $p = 0.008$)[1]

1. W.E.P. Beyer et al. Vaccine 29 (2011) 5785–5792
2. Leeb A, Carcione D, Richond PC, et al. Vaccine 2011;29:7920– 7924.
3. Dong PM, Li YQ, Zheng TZ, et al. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2003;24:570–573.

FVCOG2024

TIÊM PHÒNG CÚM LÀ GIẢI PHÁP HIỆU QUẢ BẢO VỆ PHỤ NỮ CÓ THAI và TRẺ DƯỚI 6 THÁNG



- Nhiễm cúm làm tăng nguy cơ nhập viện và các biến cố bất lợi chu sinh ở phụ nữ có thai
- Tiêm vaccine cúm giúp giảm nguy cơ nhiễm cúm, giảm nguy cơ thai chết lưu, tỷ lệ sinh non và trẻ nhũ nhi nhập viện do cúm
- WHO, các Cơ quan quản lý và các Hiệp hội Sản phụ khoa Quốc tế khuyến cáo tiêm phòng cúm hàng năm cho thai phụ
- Vaccine cúm tiểu đơn vị là vaccine bất hoạt và có thể được dùng cho phụ nữ mang thai hoặc cho con bú, ở bất kì giai đoạn nào của thai kì.

1. Metz D, Geest J, Wiepjet A, Vaccine, 2017;35:521-528.
2. Martin A, et al. *Matern Child Health J* 2013;17:1325–31
3. Sheffield JS, Greer LG, Rogers VL, et al.. Obstetrics & Gynecology, 2012;120:532-537.
4. Legge A, et al. *CMAJ* 2014;186:E157-64
5. Nunes MC and Madhi SA. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14:758-66
6. WHO Weekly epidemiological record, No. 47, 23 November 2012
7. https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp-toolkit/flu-vaccine-pregnancy.html
8. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/04/influenza-vaccination-during-pregnancy
9. UK Health Security Agency, Flu vaccination Who should have it and why. Winter 2022 to 2023. Available at:
10. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1106491/UKHSA-12465-flu-vaccination-leaflet-winter-2022-2023.pdf. (Accessed May 2023).
11. Ministry of Health, Singapore. *MOH establishes national adult immunisation schedule;extends use of medisave for vaccines under the schedule.* 2017. Oct 21, [Accessed April 11, 2018]. Available at: https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/moh-establishes-national-adult-immunisation-schedule-extends-use-of-medisave-for-vaccines-under-the-schedule
12. https://adultimmunisation.moh.mx/
13. W.E.P. Beyer et al. Vaccine 29 (2011) 5785–5792
14. Leeb A, Carcione D, Richond PC, et al. Vaccine 2011;29:7920–7924.
15. Dong PM, Li YQ, Zheng TZ, et al. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2003;24:570-573.

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM MÙA QUYẾT ĐỊNH SỐ 2078/QĐ-BYT

Phụ nữ mang thai được xem là đối tượng nguy cơ cao khi nhiễm cúm

- Trẻ < 5 tuổi, suy dinh dưỡng, béo phì, hen phế quản hoặc bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải
- Người > 65 tuổi, và mắc bệnh mạn tính
- Phụ nữ mang thai
- Suy giảm miễn dịch (đang điều trị thuốc chống ung thư, HIV/AIDS, thải ghép….)

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

CHỌN NAN SUPREMEpro SỮA MÁT** THỤY SĨ*

ĐẠM WHEY THỦY PHÂN MỘT PHẦN



HỖ TRỢ
CƠ ĐỊA MẪN CẢM

HỖ TRỢ
TIÊU HÓA & ĐỀ KHÁNG



DIỆN MẠO MỚI

0–12 THÁNG (400 g & 800 g) » **12–24 THÁNG** (800 g) » **2–6 TUỔI** (800 g)

CÔNG NGHỆ ĐỘC ĐÁO - 100% ĐẠM WHEY THUỶ PHÂN MỘT PHẦN



- ✓ Hỗ trợ cơ địa mẫn cảm
- ✓ Dễ tiêu hoá, hấp thu
- ✓ Phòng ngừa nguy cơ dị ứng (chàm sữa)

BỘ ĐÔI ĐỘC ĐÁO 5HMO VÀ LỢI KHUẨN *BIFIDUS BL*



- ✓ Tăng cường sức đề kháng
- ✓ Tăng đáp ứng kháng thể IgA đặc hiệu
- ✓ Củng cố chức năng bảo vệ của hàng rào niêm mạc ruột
- ✓ Cải thiện hệ vi sinh đường ruột

(*) Nestlé NAN SUPREMEPRO 3 LÀ THƯƠNG HIỆU CỦA NESTLÉ THUỶ SĨ VÌ CÔNG THỨC ĐƯỢC PHÁT TRIỂN TỪ THUỶ SĨ. (**)Theo nghiên cứu của Decision Lab ngày 4/4/2023, 89% các bà mẹ có con từ 2 đến 4 tuổi tại Hà Nội và TPHCM tham gia khảo sát đồng ý rằng Sữa mát là sữa giúp bé tiêu hóa tốt & 80% các bà mẹ có con từ 2 đến 4 tuổi tại Hà Nội và TPHCM tham gia khảo sát đồng ý rằng Sữa mát là sữa giúp bé tăng cường đề kháng (Cỡ mẫu: 200). Dòng sản phẩm dinh dưỡng công thức của Nestlé NAN SUPREMEPRO 3 có công dụng giúp tiêu hóa tốt & tăng cường đề kháng. Nestlé tin rằng nuôi con bằng sữa mẹ là khởi đầu dinh dưỡng lý tưởng cho trẻ sơ sinh và chúng tôi hoàn toàn ủng hộ khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới về việc cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong sáu tháng đầu đời, sau đó cho trẻ ăn thức ăn bổ sung dinh dưỡng đầy đủ cùng với việc tiếp tục cho trẻ bú mẹ đến hai tuổi hoặc lâu hơn. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng việc nuôi con bằng sữa mẹ không phải lúc nào cũng là một lựa chọn khả thi cho các bậc cha mẹ. Chúng tôi khuyến nghị các chuyên gia y tế lưu ý tư vấn cho cha mẹ về những lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ. Nếu cha mẹ cần nhắc không cho con bú, các chuyên gia y tế cần tư vấn cho cha mẹ những quyết định như vậy có thể ảnh đến nguồn sữa mẹ và tái phát. Việc cho trẻ bú bình một phần sẽ làm giảm nguồn cung cấp sữa mẹ. Vì thế không thường xuyên và tốc độ khác nhau, các chuyên gia y tế nên tư vấn về thời điểm thích hợp để trẻ bắt đầu ăn thực ăn bổ sung. Sữa công thức dành cho trẻ sơ sinh và thức ăn bổ sung phải luôn được pha chế, sử dụng và bảo quản theo hướng dẫn trên nhãn để tránh rủi ro cho sức khỏe của trẻ.

Nestlé Mom & Me Medical

NAN® EXPERTPRO TOTAL COMFORT

HỖ TRỢ CÁC TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN TIÊU HOÁ CỦA TRẺ NHỎ

Sự kết hợp độc đáo của đạm GENTLE OPTIPRO, lợi khuẩn L.REUTERI, chất xơ FOS và hàm lượng MAGIÊ cao

Được chứng minh lâm sàng giúp



- Giảm đến **75%** nôn trớ[1]
- Giảm đến **53%** triệu chứng đường tiêu hoá[3]
- Giảm đến **78%** khóc dạ đề[2]
- Giảm táo bón trong vòng **7 ngày**
- Tăng tần suất đi tiêu đến **26%**[4]

0 – 12 tháng | 380 g

NAN® EXPERTPRO LACTOSE FREE

CÔNG THỨC GIÚP TRẺ NHANH HỒI PHỤC SAU TIÊU CHẢY



L. REUTERI

Bằng chứng lâm sàng cho thấy **rút ngắn thời gian**[3-5] và tần suất tiêu chảy[6,7], **cải thiện** hệ vi sinh đường ruột[8]

KẼM

Giảm độ nặng và thời gian **tiêu chảy**[9-11]

LACTOSE-FREE

Khuyến nghị cho trẻ tiêu chảy kéo dài hoặc dai dẳng[1,2]

DINH DƯỠNG HOÀN THIỆN

Với **Nucleotid**, đạm **Whey** và **DHA/ARA** giúp cung cấp dưỡng chất cho trẻ

0 – 36 tháng | 380 g

CÔNG THỨC DINH DƯỠNG VƯỢT TRỘI
HỖ TRỢ TRẺ NHẸ CÂN THIẾU THÁNG



ĐẠM

Cung cấp hàm lượng đạm cần thiết[1] **3.37 g/100 kcal**

NĂNG LƯỢNG

Cung cấp năng lượng cao[6] **80.8 kcal/100 ml**

LIPID

LC-PUFAs (DHA, ARA...) hỗ trợ phát triển trí não và thị lực[2,3]
Acid béo cấu trúc đặc biệt* hỗ trợ hấp thu các dưỡng chất thiết yếu[2,4,5]
MCT giúp trẻ dễ tiêu hóa, dễ hấp thu, cung cấp nhanh năng lượng cho trẻ[2,3]

VITAMIN & KHOÁNG CHẤT

Cung cấp lượng lớn **vitamin và khoáng chất thiết yếu**[2]

NAN EXPERTPRO TOTAL COMFORT: 1. Indira F et al., Eur J Clin. 2011;41:417-422. 2. Szajewska H et al., J Pediatr. 2013;162:257-262. 3. Eid BM et al., Eur J Nutr. 2000;39:145-156. 4. Moore N et al., Br J Nutr. 2003;90:581-587. 5. Goehring KC et al., J Nutr. 2016;146:2559-2566. 6. Revert EJ et al., Nutrients. 2018;10:1346. 7. Storm HM et al., Glob Pediatr Health. 2019;6. **NAN EXPERTPRO LACTOSE FREE:** 1. World Health Organization, editor. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. In: World Health Organization. Geneva; 2005. 2. Guarino A, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018;67(5):586-593. 3. Shornikova A, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997 Apr;24(4):399-404.4. Urbanska M, et al. Ailment Pharmacol Ther. 2016 May;43(10):1025-34. 5. Dinleyici EC, et al. J Pediatr (Rio J). 2015 Jul-Aug;91(4):392-6. 6. Francavilla R, et al. Ailment Pharmacol Ther. 2012;36(4):363-369. 7. Elmi TK, et al. Korean J Pediatr. 2005;48(9):986-990. 8. Papagaroufalis, et al. Nutrition and Metabolic Insights. 2014;7. 19-27. 9. Aggarwal R, et al. Pediatrics. 2007;119:1120-1130. 10. Lukacik M, et al. Pediatrics. 2008;121:326-336. 11. Guarino A, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59(1):132-152. 33. Patra B, et al. Ailment Pharmacol Ther. 2008;28(6):713-723. **PRENAN:** 1. Koletzko B, Poindexter B, Uauy R. Nutrition care of preterm infants: Scientific basis and practical guidelines. World review of nutrition and dietetics. Koletzko B, Poindexter B, Uauy R eds. KARGER; 2014. 2. Delplanque B, et al. Lipid quality in infant nutrition: current knowledge and future opportunities. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015; 61(1): 8-17. 3. Cornelli VP, et al. Feeding premature newborn infants palmitic acid in amounts and stereoisomeric position similar to that of human milk: effects on fat and mineral balance. Am J Clin Nutr. 1995; 61(5): 1037-42. 4. Lucas A, Quinlan P, Abrams S, et al. randomised controlled trial of a synthetic triglyceride milk formula for preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1997; 77(3): F178-84. 5. Embleton, Nicholas David MBBS, BSc, MD, Jennifer Moltu, Sissel MD, PhD, Lapillonne, Alexandre MD, PhD, et al. Enteral Nutrition in Preterm Infants (2022): A Position Paper From the ESPGHAN Committee on Nutrition and Invited Experts. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 74(2):p 248-268.

TAZOCIN
(piperacillin / tazobactam)

BỘT PHA TIÊM/TRUYỀN
UNASYN®
sulbactam/ampicillin

VIÊN NÉN BAO PHIM
UNASYN®
sultamicillin tosylat

Dalacin® C
Clindamycin Phosphate

Dalacin® C
Clindamycin hydrochloride











Pfizer Breakthroughs that change patients' lives

PP-DAL-VNM-0043

PHIÊN 2A



PGS.TS
VŨ VĂN DU

Phó Giám đốc Bệnh viện
Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1990-1996: Học Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Thái Bình
- 1997-2000: Học bác sĩ nội trú chuyên ngành Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội
- 2011: Tiến sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
- 2018: Phó giáo sư chuyên ngành Sản Phụ khoa

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2009-2012: Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2013 đến nay: Trưởng khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2014 đến nay: Phó chủ nhiệm Bộ môn Sản Phụ khoa, Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
- 2015-2023: Trưởng Phòng Quản lý chất lượng Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2020 đến nay: Phó giám đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2021: Phó Trưởng Bộ môn Sản Phụ Khoa thuộc trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
- Các hướng nghiên cứu chủ yếu:
  - Bệnh lý phụ khoa lành tính.
  - Ứng dụng nội soi trong phụ khoa.
  - Nhiễm khuẩn sản phụ khoa.
  - Phá thai an toàn

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Phó giáo sư là tác giả chính, thành viên: đã công bố 106 bài báo, công trình khoa học công bố trên các tạp chí khoa học uy tín trong nước và quốc tế.
- Số lượng sách đã xuất bản: 8 cuốn thuộc nhà xuất bản có uy tín trong nước trong đó có 4 giáo trình, 4 sách tham khảo
- Đã hoàn thành đề tài NCKH từ cấp cơ sở trở lên: số lượng 09, trong đó có 01 đề tài cấp tỉnh và 8 đề tài cấp cơ sở.
- Tham gia chủ tọa, báo cáo nhiều hội nghị khoa học trong nước và quốc tế
- Hướng dẫn 7 tiến sĩ đã bảo vệ thành công và gần 40 các Thạc sĩ, CK2, bác sĩ nội trú và nhiều sinh viên y khoa khác

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2015: Bằng khen Thủ tướng Chính phủ
- 2016, 2017, 2018, 2021: Bằng khen Bộ trưởng Bộ Y tế
- 2023: Bằng khen Chiến sỹ Thi đua cấp Bộ

FVCOG2024

MỔ LẤY THAI THEO YÊU CẦU NGƯỜI BỆNH XU HƯỚNG VÀ CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO

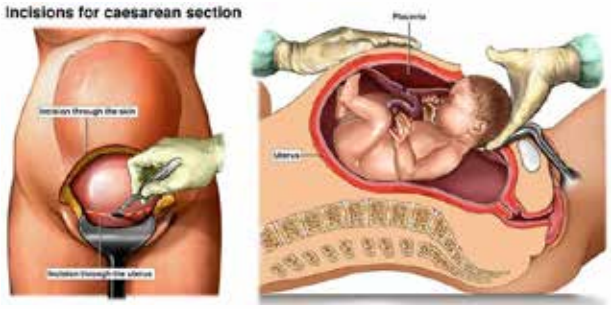
PGS.TS.BS Vũ Văn Du

Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

FVCOG2024

MỔ LẤY THAI

- Phương pháp sinh bằng phẫu thuật, nhằm mục đích đưa thai nhi ra ngoài qua vết rạch trên tử cung và thành bụng.
- Mổ lấy thai có thể được lên kế hoạch từ trước nếu người bệnh có các yếu tố chống chỉ định sinh ngả âm đạo hoặc được quyết định trong quá trình theo dõi chuyển dạ sinh thường.



PHÂN LOẠI ROBSON MỔ LẤY THAI

- Mổ lấy thai được thực hiện rộng rãi cho nhiều chỉ định khác nhau của mẹ hoặc thai nhi
- Phân loại Robson là Hệ thống phân loại mười nhóm (TGCS) đã được WHO chứng thực là công cụ ***tiêu chuẩn toàn cầu*** để đánh giá mổ lấy thai

Bảng 1: Phân loại 10-nhóm Robson

Số	Nhóm
1	Con so, đơn thai, ngôi đầu, >37 tuần, chuyển dạ tự nhiên
2	Con so, đơn thai, ngôi đầu, > 37 tuần , khởi phát chuyển dạ hoặc MLT trước chuyển dạ
3	Con rạ (ngoại trừ có VMC), đơn thai, ngôi đầu, > 37 tuần, chuyển dạ tự nhiên
4	Con rạ (ngoại trừ có VMC), đơn thai, ngôi đầu, > 37 tuần, khởi phát chuyển dạ hoặc MLT trước chuyển dạ.
5	Có VMC, đơn thai, ngôi đầu, > 37 tuần
6	Tất cả con so ngôi mông
7	Tất cả con rạ ngôi mông (bao gồm VMC)
8	Tất cả đa thai (bao gồm VMC)
9	Tất cả ngôi bất thường (bao gồm VMC)
10	Tất cả đơn thai, ngôi đầu, < 36 tuần (bao gồm VMC)

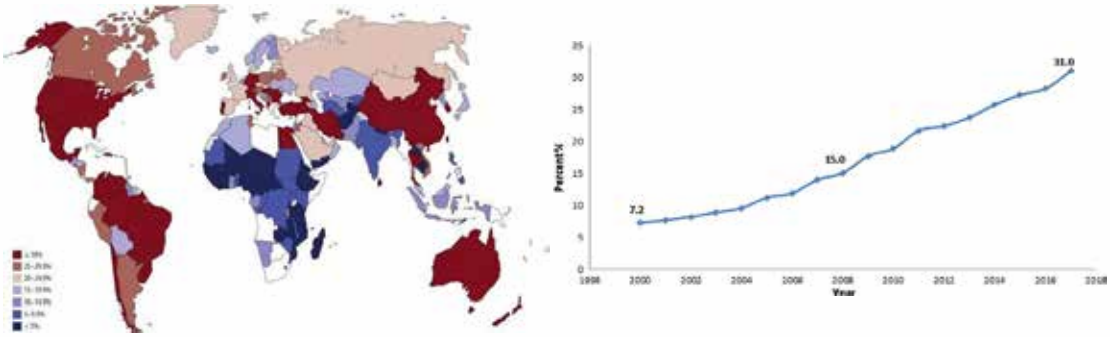
TÌNH HÌNH CHUNG

- Theo dữ liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ sinh mổ được khuyến nghị dao động từ 10% đến 15%
- Khi tỷ lệ này vượt quá 15% được coi là không cần thiết về mặt y khoa
- Trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ sinh mổ tăng trên toàn thế giới
- Theo dự báo ước tính gần đây, tỷ lệ tích lũy có thể tăng thêm tới 50% vào năm 2030, chiếm tỷ lệ mắc mổ lấy thai toàn cầu là 29%

Harrison MS, Garces A, Figueroa L, Esamai F, Bucher S, Bose C, et al. Caesarean birth by maternal request: a poorly understood phenomenon in low-and middle-income countries. International Health. 2021;13(1):63-69
Betrán A.P., Ye J., Moller A.B., Zhang J., Gülmezoglu A.M., Torloni M.R. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE. 2016;11:e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Pang RY, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet. 2010;375(9713):490-499

FVCOG2024

TÌNH HÌNH CHUNG



Tỷ lệ sinh mổ trên thế giới ngày càng tăng qua các giai đoạn

*Tadevosyan, M., Ghazaryan, A., Harutyunyan, A. et al. Factors contributing to rapidly increasing rates of cesarean section in Armenia: a partially mixed concurrent quantitative-qualitative equal status study. BMC Pregnancy Childbirth **19**, 2 (2019).*

FVCOG2024

TẠI VIỆT NAM

- Tỷ lệ mổ lấy thai ở Việt Nam tăng liên tục trong 15 năm qua
- Năm 2005, tỷ lệ sinh mổ ở Việt Nam là 12%. Tới năm 2022, tỷ lệ này đã tăng lên 37%

(*Báo cáo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2022 của Bộ Y tế*)

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

TÌNH HÌNH CHUNG

- Tỷ lệ sinh mổ cao đã trở thành một vấn đề cấp bách, làm dấy lên mối lo ngại về tác động của nó đối với sức khỏe của bà mẹ cũng như hậu quả lâu dài
- Một động lực tiềm ẩn của tỷ lệ gia tăng là **mổ lấy thai theo yêu cầu người bệnh**

--> TREND



FVCOG2024

MỔ LẤY THAI THEO YÊU CẦU NGƯỜI BỆNH

- ***Mổ lấy thai theo yêu cầu người bệnh (CDMR)*** được định nghĩa là sinh mổ lần đầu theo yêu cầu của người bệnh khi không có bất kỳ chỉ định mổ nào về phía mẹ hoặc thai nhi
- Tỷ lệ sinh mổ theo yêu cầu của người bệnh thay đổi rất nhiều ở các quốc gia/khu vực khác nhau, dao động từ 0,2% đến 42% trong tổng số ca sinh

Gholitabar M, Ullman R, James D, Griffiths M. Caesarean section: Summary of updated NICE guidance. BMJ. 2011;2011:343. DOI: 10.1136/bmj.d7108
Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

YẾU TỐ TÁC ĐỘNG

- **Tokophobia** (Fear of childbirth): Sợ sinh con là một trong những lý do chính gây ra CSMR
- Tỷ lệ mắc chứng sợ sinh con nghiêm trọng ước tính là 14%
- Phụ nữ mắc chứng sợ sinh con thường coi việc sinh con là nỗi sợ đau chuyển dạ, tổn thương sàn chậu dẫn đến tiểu không tự chủ hoặc đại tiện, sợ phải phẫu thuật khẩn cấp, sợ mất con và sợ bị bỏ lại một mình trong khi chuyển dạ



Sethi N, Kumar Rajaratnam R, Abdullah N. Caesarean Section on Maternal Request [Internet]. New Aspects in Cesarean Sections. IntechOpen; 2023. Available from: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.109589

FVCOG2024

YẾU TỐ TÁC ĐỘNG

- Mong muốn lựa chọn thời điểm sinh
- Nhân khẩu học như tuổi mẹ cao, nghề nghiệp, trình độ học vấn, béo phì của mẹ, thu nhập hộ gia đình, số con còn sống và tuổi kết hôn
- Quan niệm của cộng đồng sinh mổ là một phẫu thuật rất đơn giản với rủi ro thấp
- ***Thái độ của các nhà cung cấp dịch vụ*** chăm sóc sức khỏe đã thay đổi, đặc biệt là thái độ của các bác sĩ sản khoa trẻ, dẫn đến số lượng CDMR ngày càng tăng
- Thiếu phương tiện thực hiện sinh thủ thuật, theo dõi chuyển dạ đúng cách và năng lực của hệ thống y tế

*Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020; **33**: 3867-3872.*
*Masciullo L, Petruzziello L, Perrone G, et al. Caesarean section on maternal request: an Italian comparative study on patients' characteristics, pregnancy outcomes and guidelines overview. Int J Environ Res Public Health. 2020; **17**: 4665.*
Sethi N, Kumar Rajaratnam R, Abdullah N. Caesarean Section on Maternal Request [Internet]. New Aspects in Cesarean Sections. IntechOpen; 2023. Available from: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.109589

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

LỢI ÍCH VÀ RỦI RO TIỀM ẨN

- Trong 10 năm qua, tỷ lệ mổ lấy thai ở các quốc gia phát triển đã tăng đáng kể, dẫn đến những cuộc tranh luận gây tranh cãi về lợi ích của các thủ thuật được lên kế hoạch đối với sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh
- Bằng chứng cho thấy mổ lấy thai trên toàn cầu đã ngăn ngừa được 2,9 triệu ca tử vong ở trẻ sơ sinh và khoảng 187.000 ca tử vong ở bà mẹ
- Tuy nhiên, mổ lấy thai không có chỉ định y khoa có thể làm tăng nguy cơ sức khỏe ngắn hạn và dài hạn cho cả mẹ và con

Sethi N, Kumar Rajaratnam R, Abdullah N. Caesarean Section on Maternal Request [Internet]. New Aspects in Cesarean Sections. IntechOpen; 2023. Available from: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.109589

LỢI ÍCH VỀ PHÍA MẸ

Lợi ích về phía mẹ	Trích dẫn	Sinh thường (VD)	Sinh mổ (CD)	Tỷ lệ
Giảm tỷ lệ băng huyết cần truyền máu	Canadian national registry 1991–2005	1500/2 292 420; 0,7%	11/46 766; 0,2%	OR 2,5; 95% CI, 0,8 - 5
Giảm tỷ lệ vỡ tử cung	Canadian national registry 1991–2005	660/2 292 420; 0,3%	7/46 766; 0,2%	OR 0,5; 95% CI, 1,0-5,0.
Giảm tỷ lệ sốc sản khoa	Canadian national registry 1991–2005	435/2 292 420; 0,2%	3/46 766; 0,1%	OR 2,5; 95% CI, 1–10
Giảm tỷ lệ tiểu không tự chủ	Meta-analysis, 6 studies (Keag 2018)	7129/49 319 (14,5%)	955/6883 (13,9%)	OR 0,59; 95% CI, 0,49–0,70, P < 0,001; I^2 = 72%
Giảm tỷ lệ sa sinh dục	Meta-analysis, 2 studies (Keag 2018)	2055/34 310 (6,0%)	116/4898 (2,4%)	OR 0,29; 95% CI, 0,17–0,51, P = 0,005, $I2$ = 87%

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/share/RYDJIN6GMNT98UTH4IMD?target=10.1002/ijgo.15118

FVCOG2024

LỢI ÍCH VỀ PHÍA CON

Lợi ích về phía con	Trích dẫn	Sinh thường (VD)	Sinh mổ (CD)	Tỷ lệ
Giảm tỷ lệ bệnh viêm ruột	Meta-analysis, 3 studies (Keag 2018)	7806/2 285 965 (0,34%)	878/319 164 (0,28%)	OR 0,73; 95% CI, 0,69–0,79, P < 0,001, I^2 = 0%

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/share/RYDJIN6GMNT98UTH4IMD?target=10.1002/ijgo.15118

FVCOG2024

RỦI RO VỀ PHÍA MẸ

Rủi ro về phía mẹ	Trích dẫn	Sinh thường (VD)	Sinh mổ (CD)	Tỷ lệ
Tăng tỷ lệ bệnh tật tổng thể	Canadian national registry 1991–2005	20 639/2 292 420; 9.0%	1279/46 766; 27.3%	OR 3.1; 95% CI, 3.0–3.3
Tăng tỷ lệ băng huyết phải cắt tử cung	Canadian national registry 1991–2005	254/2 292 420; 0,1%	12/46 766; 0,3%	OR 2,1; 95% CI, 1,2–3,8
Tăng biến chứng gây mê	Canadian national registry 1991–2005	4793/2 292 420; 2,1%	247/46 766; 5,3%	OR 2,3; 95% CI, 2,0–2,6
Tăng tỷ lệ ngừng tim	Canadian national registry 1991–2005	887/2 292 420; 0,4%	89/46 766; 1,9%	OR 5,1; 95% CI, 4,1–6,3
Tăng tỷ lệ suy thận cấp	Canadian national registry 1991–2005	2055/34 310 (6,0%)	116/4898 (2,4%)	OR 0,29; 95% CI, 0,17–0,51, ^{P} = 0,005, $I2$ = 87%

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/share/RYDJIN6GMNT98UTH4IMD?target=10.1002/ijgo.15118

RỦI RO VỀ PHÍA MẸ

Rủi ro về phía mẹ	Trích dẫn	Sinh thường (VD)	Sinh mổ (CD)	Tỷ lệ
Tăng thuyên tắc tĩnh mạch	Canadian national registry 1991–2005	623/2 292 420; 0,3%	28/46 766; 0,6%	OR 2,2; 95% CI, 1,5–3,2
Tăng tỷ lệ nhiễm trùng hậu sản	Canadian national registry 1991–2005	4833/2 292 420; 2,1%	281/46 766; 6,0%	OR 3.0; 95% CI, 2.7–3.4
Tăng thời gian nằm viện (ngày)	Canadian national registry 1991–2005	2,56	3,96	1,47 (1,46–1,49)
Tăng tỷ lệ vô sinh	Meta-analysis, 7 studies (Keag 2018)	978 990/3 075 271 (31,8%)	243 260/560 190 (43,4%)	OR 1,64; 95% CI, 1,46–1,84, P < 0,001; I^2 = 100%
Tăng tỷ lệ thai lưu	Meta-analysis, 8 studies (Keag 2018)	1905/585 370 (0.33%)	496/118 192 (0.42%)	OR 1.27; 95% CI, 1.15-1.40, P < 0.001; I^2 = 34%

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/share/RYDJIN6GMNT98UTH4IMD?target=10.1002/ijgo.15118

FVCOG2024

RỦI RO VỀ PHÍA MẸ

Rủi ro về phía mẹ	Trích dẫn	Sinh thường (VD)	Sinh mổ (CD)	Tỷ lệ
Tăng tỷ lệ rau tiền đạo	Meta-analysis, 10 studies (Keag 2018)	16 679/6 076 000 (0.28%)	5039/1 025 692 (0.49%)	OR 1.74; 95% CI, 1.62-1.87, P < 0.001; I^2 = 55 %
Tăng tỷ lệ rau cài răng lược	Meta-analysis, 3 studies (Keag 2018)	188/638 867 (0.03%)	44/66 241 (0.07%)	OR 2.95; 95% CI,1.32–6.60, P = 0.008; I^2 = 47 %
Tăng tỷ lệ rau bong non	Meta-analysis, 6 studies (Keag 2018)	23 855/4 808 952 (0.5%)	6047/858 208 (0.71%)	OR 1.38; 95% CI,1.27–1.49, P < 0.001; I^2 = 54 %
Tăng tỷ lệ vỡ tử cung	Meta-analysis, 4 studies (Keag 2018)	56/749 372 (0.11%)	215/91 837 (0.23%)	OR 25.81; 95% CI, 10.96-60.76, P < 0.001; I^2 = 80 %
Tăng tỷ lệ sảy thai	Meta-analysis, 4 studies (Keag 2018)	12 663/132 306 (9.6%)	2060/19 106 (10.8%)	OR 1.17; 95% CI,1.03–1.32, P = 0.01; I^2 = 79%

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/share/RYDJIN6GMNT98UTH4IMD?target=10.1002/ijgo.15118

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

RỦI RO VỀ PHÍA CON

Rủi ro về phía con	Trích dẫn	Sinh thường (VD)	Sinh mổ (CD)	Tỷ lệ
Tăng tỷ lệ mắc các bệnh lý hô hấp sơ sinh	Morrison 1995.	5,3/1000	Tỷ lệ mắc bệnh hô hấp trước khi chuyển dạ là 35,5/1000 và trong khi chuyển dạ là 12,2/1000.	CD trước khi chuyển dạ so với nhóm sinh bằng phương pháp CD trong khi chuyển dạ (OR 2,9; 95% CI, 1,9–4,4; P < 0,001) và so với nhóm sinh qua ngã âm đạo (OR 6; 95% CI, 5,0–8,9; P < 0,001)
Tăng tỷ lệ hen phế quản	Meta-analysis (Keag 2018)	23 092/760 142 (3.0%)	4743/124 068 (3.8%)	OR 1.22; 95% CI,1.11-1.33, P < 0.0001; I^2 = 77 %
Tăng tỷ lệ béo phì	Meta-analysis (Keag 2018)	9587/145 740 (6,6%)	3191/39 721 (8,0%)	OR 1.19; 95% CI, 1.04–1.35; P = 0.01, I^2 = 42%

https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/share/RYDJIN6GMNT98UTH4IMD?target=10.1002/ijgo.15118

FVCOG2024

MỔ LẤY THAI THEO YÊU CẦU HAY SINH THƯỜNG KẾ HOẠCH?

- Ngoại trừ ba kết quả có bằng chứng chất lượng trung bình (băng huyết ở mẹ, thời gian nằm viện của mẹ và bệnh lý hô hấp ở trẻ sơ sinh), tất cả các đánh giá kết quả còn lại do hội đồng đồng thuận của Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ năm 2006 xem xét đều dựa trên bằng chứng yếu

→ Thách thức đối với nhân viên y tế

KHUYẾN CÁO

- ACOG 2019
- FIGO 2022



SUPPLEMENT ARTICLE

WILEY

FIGO good practice recommendations for cesarean delivery on maternal request: Challenges for medical staff and families

Diana Ramasauskaite[1] | Anwar Nassar[2] | Akanimyene Eseme Ubom[3] | Wanda Nicholson[4] | on behalf of the FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee*

FVCOG2024

KHUYẾN CÁO

- Cần có sự tham gia và hỗ trợ tốt hơn của bà mẹ để giảm tỷ lệ CDMR và gánh nặng về sức khỏe và tài chính liên quan
- Các phương thức sinh nên được thảo luận trong các lần khám sức khỏe định kỳ hoặc các lần khám trước khi thụ thai vì phần lớn phụ nữ đã quyết định phương thức sinh trước khi mang thai
- Khi không có chỉ định lâm sàng dựa trên bằng chứng cho việc sinh mổ, nên khuyến cáo sinh thường
- Mọi trường hợp CDMR nên được xử lý đúng cách và tùy thuộc vào tình hình lâm sàng của từng cá nhân

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

KHUYẾN CÁO

- Tư vấn cho phụ nữ yêu cầu sinh mổ và gia đình là nền tảng trong việc quản lý CDMR và giảm tỷ lệ phẫu thuật này
- Các hướng dẫn và khuyến nghị về việc quản lý CDMR nên được ban hành ở mọi quốc gia để đảm bảo các tiêu chuẩn cao nhất có thể về sức khỏe và hạnh phúc cho phụ nữ đồng thời giúp các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành nghề an toàn

FVCOG2024

KHUYẾN CÁO

- Sau khi tìm hiểu lý do đằng sau yêu cầu của bệnh nhân và thảo luận về các rủi ro và lợi ích, nếu bệnh nhân quyết định theo đuổi việc sinh mổ theo yêu cầu của mẹ, thì khuyến nghị như sau:

1) Trong trường hợp không có chỉ định khác cho việc sinh sớm, thì không nên thực hiện việc sinh mổ theo yêu cầu của mẹ trước tuổi thai 39 tuần
2) Do tỷ lệ sinh mổ lặp lại cao, nên thông báo cho bệnh nhân rằng nguy cơ rau tiền đạo, rau cài răng lược và cắt bỏ tử cung khi có thai tăng lên sau mỗi lần sinh mổ tiếp theo

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

KẾT LUẬN

- ❖ Mổ lấy thai theo yêu cầu người bệnh là một xu hướng đầy thách thức đối với gia đình và nhân viên y tế
- ❖ Mặc dù CSMR có liên quan đến một số kết quả có lợi nhất định nhưng nó vẫn gây ra các kết quả bất lợi cho sản phụ và thai nhi
- ❖ Các bác sĩ lâm sàng cần tìm cách tư vấn cho sản phụ lời khuyên đúng đắn, không phải để ngăn cản việc sinh mổ mà quan trọng hơn là hỗ trợ họ có trải nghiệm sinh đẻ tích cực

FVCOG2024

KẾT LUẬN

Mọi bà mẹ đều có quyền trải nghiệm quá trình sinh đẻ tích cực và an toàn



Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới (WHO)

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

CHỌN NAN A2 SỮA MÁT THỤY SĨ

CÔNG THỨC ĐẦU TIÊN KẾT HỢP ĐẠM A2 & 5 HMO



0-12 THÁNG	12-24 THÁNG	2-6 tuổi
400 g & 800 g	400 g & 800 g	800 g

A2 ĐẠM QUÝ A2
HỖ TRỢ TIÊU HÓA, HẤP THU TỐT

Thân thiện với hệ tiêu hóa của bé

- Từ những con bò được chọn lọc chỉ sản sinh ra đạm A2 một cách tự nhiên
- Prebiotic tự nhiên có nhiều trong sữa của hầu hết các bà mẹ

5 HMO PHỨC HỢP 5HMO
TĂNG CƯỜNG ĐỀ KHÁNG

Củng cố hàng rào niêm mạc ruột

- Giúp giảm nôn trớ, đầy hơi, chướng bụng, rối loạn tiêu hoá so với sữa thông thường có chứa đạm A1[4]
- Nuôi dưỡng các vi khuẩn có lợi trong ruột, giúp đường ruột khoẻ mạnh & tăng cường sức đề kháng[3][5]

Đạm A2 được được chọn lọc từ những con bò A2 thuần chủng chỉ sản sinh ra đạm A2 một cách tự nhiên. Giúp giảm nôn trớ, đầy hơi, chướng bụng, rối loạn tiêu hóa so với sữa thông thường có chứa đạm A1 (4).
Phức hợp 5HMO là prebiotic tự nhiên có nhiều trong sữa của hầu hết các bà mẹ. Nuôi dưỡng các vi khuẩn có lợi trong ruột, giúp đường ruột khỏe mạnh & tăng cường sức đề kháng (3)(5)

Zinforo®
ceftaroline fosamil



Pfizer Breakthroughs that change patients' lives

PP-ZFO-VNM-0254



Prof. GIAN CARLO DI RENZO

Director of the Center for Reproductive Medicine and Perinatal Medicine, University of Perugia, Italy
Former Honorary Secretary of FIGO

DIPLOMAS

- 1977: Graduated with distinction from the School of Medicine, University of Padova.
- 1977-1982: Completed research and advanced training at the universities of Verona, Messina, and Modena, and institutions including CHUV Lausanne, UCH London, University of Texas (Dallas), and Catholic University Nijmegen.
- 1992–present: Professor of Obstetrics and Gynecology, University of Perugia.

EXPERIENCE

- 1992–present: Director of the Perinatal and Reproductive Center, University of Perugia.
- Held leadership roles in professional organizations: President, Italian Society of Perinatal Medicine.
- President, International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.
- Honorary professorships at prominent institutions: University of Buenos Aires, Moscow State University, and others.

PUBLICATIONS

- Authored/co-authored over 1200 pages of scientific work.
- More than 300 peer-reviewed articles published in international journals.
- 72 books authored/co-authored, including: Italian textbook on Obstetrics and Gynecology.
- Co-author of "Atlas of the Newborn and Perinate."
- Delivered over 1300 presentations at international conferences and workshops.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Gold Medal, Bangladesh Society of Obstetrics and Gynecology.
- Liley Medal for significant contributions to fetal medicine.
- Four Doctor Honoris Causa titles from renowned institutions, including:
- University of Athens, University of St. Petersburg.

FVCOG2024

DỰ PHÒNG SINH NON: CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO

GS. Gian Carlo DI RENZO

Giám đốc Trung tâm Y học sinh sản và chu sinh, Đại học Perugia

Nguyên Thư ký danh dự Liên đoàn Sản phụ khoa quốc tế (FIGO)



HỘI CHỨNG SẢN KHOA

Tiên lượng của trẻ sơ sinh sinh non phụ thuộc vào tuổi thai khi sinh



Tỷ lệ sống sót ở trẻ sinh non



- 26 wk – 80%
- 27 wk – 90%
- 28-31 wk – 90 to 95%
- 32-33 wk – 95%
- 34-36 wk – Tiệm cận tỷ lệ sống sót ở trẻ đủ tháng

Hậu quả của việc sinh non

Hậu quả sớm

- Tử vong
  - Nguy cơ tăng đáng kể so với trẻ đủ tháng
    - eg, Cao hơn 16 lần đối với trẻ sơ sinh sinh ra ở tuần thứ 28 đến 31
- Bệnh tật
  - Biến chứng cấp tính về hô hấp, tiêu hóa, miễn dịch và thần kinh
- Chi phí kinh tế và tinh thần

Hậu quả dài hạn

- Khuyết tật phát triển thần kinh
- Chức năng phổi thay đổi
- Nguy cơ rối loạn chuyển hóa và tim mạch
- *Giảm khả năng sống sót và sinh sản lâu dài*

Một số thông tin bổ sung

- Tần suất di chứng không giảm và vẫn giữ nguyên, ở mức khoảng 20% trong thập kỷ qua.
- Cùng với số lượng trẻ sống sót, tổng số trẻ em có vấn đề về phát triển liên quan đến sinh non ngày càng tăng.
- Hiện có 50% trẻ bại não có tiền sử sinh non.Trong số những người bị suy giảm thị lực nghiêm trọng, 20% là trẻ sơ sinh có cân nặng lúc sinh dưới 1500 g.
- Về đánh giá IQ, phần lớn trẻ em sinh non đều có IQ trong phạm vi bình thường, nhưng khi so sánh với sự phân bố của trẻ đủ tháng thì thấy có sự lệch về bên trái

Có nên trì hoãn sinh trong trường hợp dọa sinh non?

- Phần lớn các ca chuyển dạ sinh non – có hoặc không có màng ối nguyên vẹn – đều liên quan đến nhiễm trùng hoặc viêm và cả hai đều liên quan đến các biến chứng về thần kinh và hô hấp, bao gồm PVL và CP
- Vì vậy, việc trì hoãn việc sinh nở có thể không ngăn ngừa được tổn thương thần kinh, nhưng thậm chí có thể khiến tình trạng trở nên tồi tệ hơn

Trẻ sinh đủ tháng sau khi dọa sinh non có điểm thấp hơn so với nhóm đối chứng

Chỉ số nhận thức toàn cầu (P = .011)

Nhận thức (P = .021)

Các nhóm vận động tinh (P = .003)

Các nhóm vận động thô (P = .001)

Khả năng ghi nhớ (P = .015)

Các nhóm ngôn ngữ tiếp thu (P = .03)

Tốc độ của năng lực xử lý (P = .011)

Paules C et al Am J Obstet Gynecol 2017

Các cơ chế

Nhìn chung, bằng chứng dịch tễ học lâm sàng hiện tại cho thấy mối quan hệ giữa một đợt TPL và sinh đủ tháng với:

Suy giảm phát triển thần kinh thai nhi (SGA neonate)

Rối loạn phát triển thần kinh ở trẻ nhỏ

Tình trạng thiếu máu nhau thai và tình trạng viêm màng ối mãn tính có thể liên quan đến:

" … không đủ nghiêm trọng để gây ra sinh non, nhưng dẫn đến kết quả tiêu cực cho thai nhi-trẻ sơ sinh-trẻ nhỏ"

HỘI CHỨNG SẢN KHOA



Tạp chí về Điều trị cho mẹ-thai nhi và trẻ sơ sinh, tháng 8 2009; 22(8): 633-635

EDITORIAL

Những Hội chứng Sản khoa lớn

GIAN CARLO DI RENZO, M.D., Ph.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Centre for Perinatal and Reproductive Medicine, University of Perugia, Perugia, Italy

Các đặc tính của hội chứng sản khoa

1. **Đa nguyên nhân**
2. **Giai đoạn tiền lâm sàng dài**
3. **Thường xảy ra có liên quan đến thai nhi/ trẻ sơ sinh**
4. **Có khuynh hướng dẫn đến những hội chứng bị ảnh hưởng cụ thể thông qua tương tác gen-môi trường và/hoặc tương tác phức tạp gen-gen liên quan người mẹ và/hoặc kiểu gen thai nhi**
5. **Các biểu hiện lâm sàng thường là thích nghi tự nhiên**

Romero, 1996, Di Renzo 2009, JMFNM





Hở eo CTC





Màng ối
– màng đệm

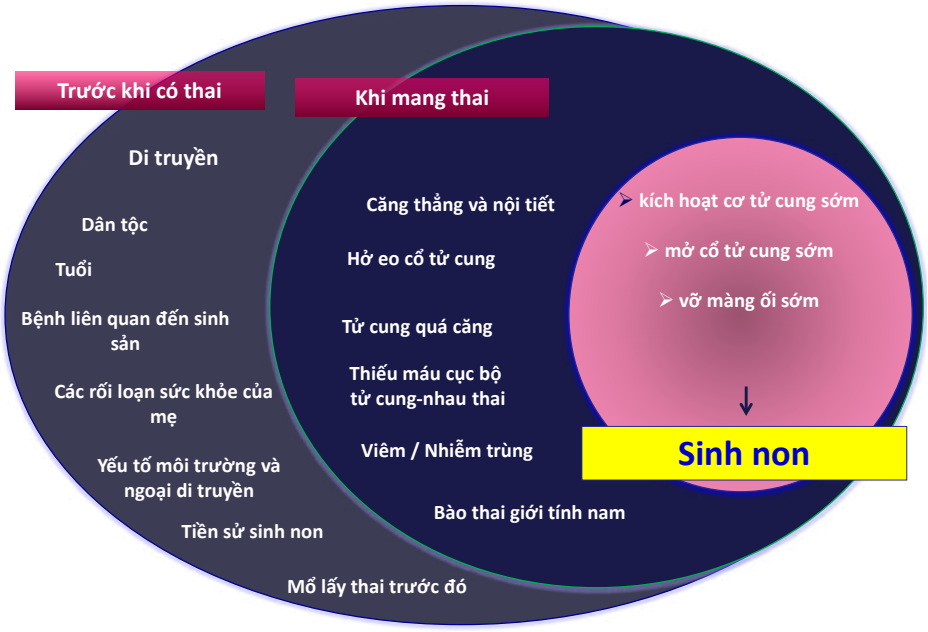


40% sinh non liên quan đến nhiễm trùng
80% sinh non <30 tuần có bằng chứng nhiễm trùng trong màng thai/ khoang ối

NHẬN DẠNG
BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ

Since preterm labour is not a disease,
but rather an "event", it may be more appropriate
to replace the term "diagnosis" with the term "identification" in this context

Dự phòng sinh non: yếu tố nguy cơ



Sinh non và tiền sử gia đình



dữ liệu từ cơ sở dữ liệu liên kết về giấy khai sinh của 15 triệu trẻ

- Nguy cơ sinh non của những bà mẹ sinh non cao hơn những bà mẹ sinh đủ tháng (HOẶC 1,18)
- Nếu mẹ sinh non <30 tuần HOẶC tăng lên 2,38
- Tiền sử sinh non của người mẹ có liên quan đến tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh trong những lần mang thai tiếp theo (điều chỉnh OR 1,47)

Wang et al, JAMA 2022

Khuynh hướng di truyền

- Nhiều bằng chứng khoa học đáng kể về mối liên quan giữa thời gian mang thai với nguy cơ sinh non

- Zhang và cộng sự gần đây đã xác định các biến thể di truyền của mẹ có liên quan chặt chẽ với thời gian mang thai: (EBF1, EEFSEC, AGTR2 và WNT4)

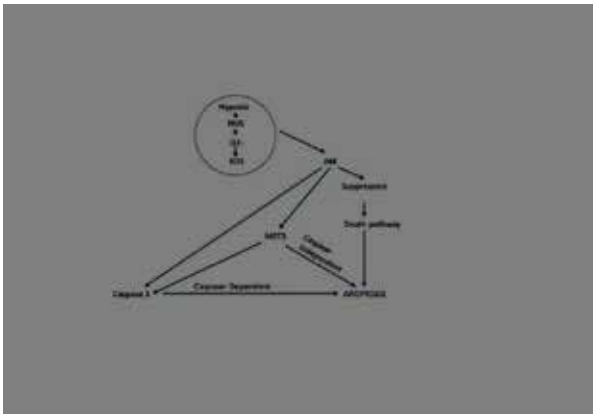
Zhang G et al. N Engl J Med, 2017.

Cơ chế sinh học

Locus	Known GWA	Mechanism
EBF1	Blood pressure Childhood obesity	• Điều chỉnh sự biệt hóa và phát triển của tế bào mỡ • Căng thẳng sẽ thay đổi chức năng EBF1
EEFSEC	Menarche (age at onset) Prostate cancer	• Selenium metabolism • Reduced selenium concentration is associated with preterm birth risk
WNT4	Endometriosis Bone mineral density	• Important for the development of the female reproductive system • Operating in endometrium to control decidualization
AGTR2	CF severity	• Angiotensin II receptor • Modulating uteroplacental circulation
ADCY5	Diabetes, obesity Birth weight	• Membrane-bound adenylyl cyclase • Cell energy, metabolism

Khuynh hướng di truyền

- **Nghiên cứu gần đây về mối liên quan giữa sinh non tự phát và đa hình đơn hoặc kết hợp (SNP) liên quan đến con đường apoptotic được kích hoạt bởi stress oxy hóa.**

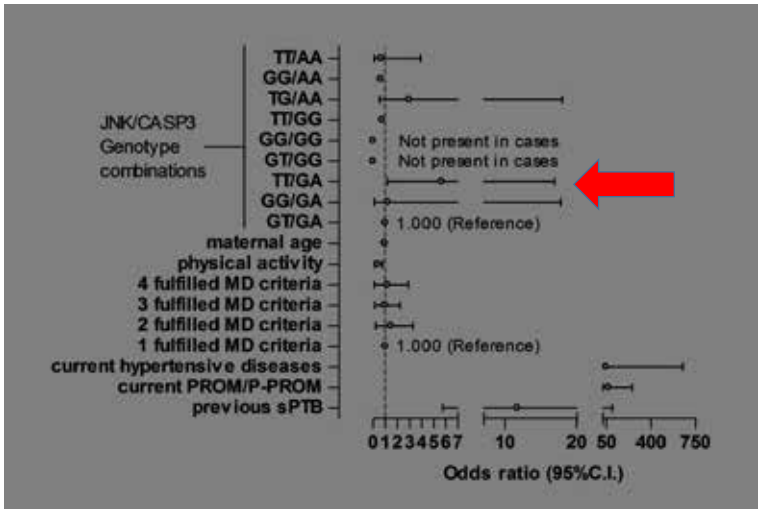


Khuynh hướng di truyền

Dữ liệu cho thấy phụ nữ mang thai mang kiểu gen TT/GA của JNK/CASP3 có nguy cơ mắc sPTB cao hơn so với những người có kiểu gen GT/GA mà không phụ thuộc vào tất cả các yếu tố khác từ mẹ.

Tarquini , Di Renzo et al. Biomed Rep. 2018

Khuynh hướng di truyền



Tarquini , Di Renzo et al . Biomed Rep. 2018

NHẬN DẠNG
BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO

Since preterm labour is not a disease,
but rather an "event", it may be more appropriate
to replace the term "diagnosis" with the term "identification" in this context

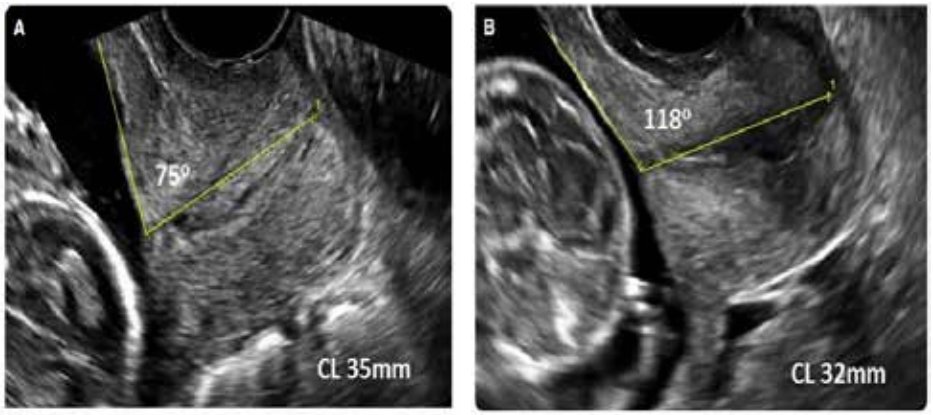
CERVICAL SHORTENING



CERVICAL FUNNELING

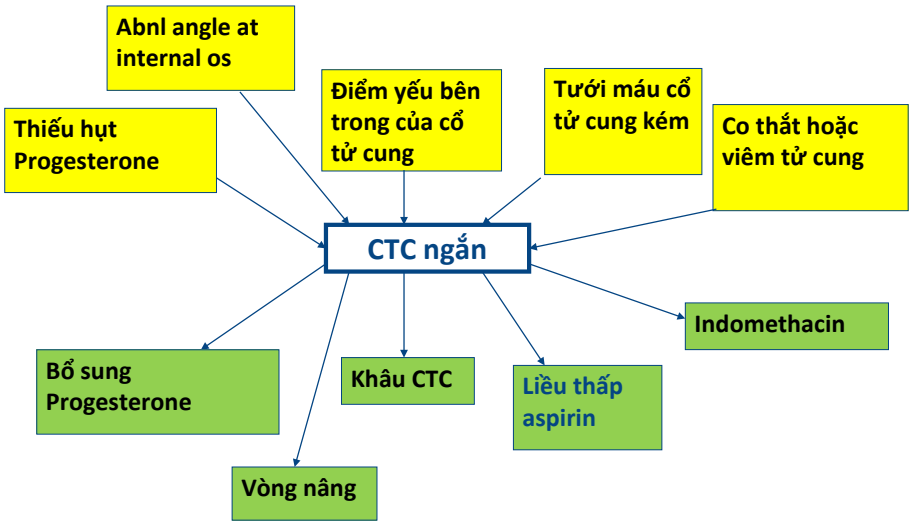


UTERO-CERVICAL ANGLE



ACUTE OBTUSE

Sự không đồng nhất của các nguyên nhân gây ra cổ tử cung ngắn



SÀNG LỌC TOÀN DIỆN bằng siêu âm ngã âm đạo đo chiều dài CTC ở tuần thứ 18-23 là phù hợp

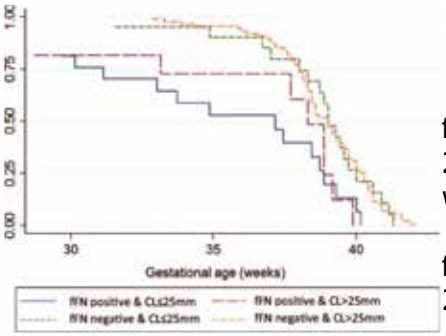
- **Dự phòng sinh non là một vấn đề quan trọng.**
- **Dự phòng bằng progesterone âm đạo là hiệu quả.**
- **Nguồn lực cho chẩn đoán và điều trị đã có sẵn.**
- **Giai đoạn tiềm ẩn quan trọng / giai đoạn triệu chứng sớm.**
- **Đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm qua âm đạo (TVCL) là một sàng lọc hiệu quả.**
- **TVCL là một sàng lọc được chấp nhận**
- **Cơ chế từ cổ tử cung ngắn đến sinh non đã được hiểu rõ.**
- **Các bệnh nhân cần điều trị được xác định rõ ràng.**
- **Sàng lọc bằng TVCL là hiệu quả về chi phí.**

Wilson et al , WHO 1968, Khalifeh et al AJOG 2016

Fetal fibronectin

Dự đoán âm tính chính xác(> 98%)

Dự đoán dương tính thấp(< 20%)





fFN positive and CL < 25mm44% PTB <34 weeks

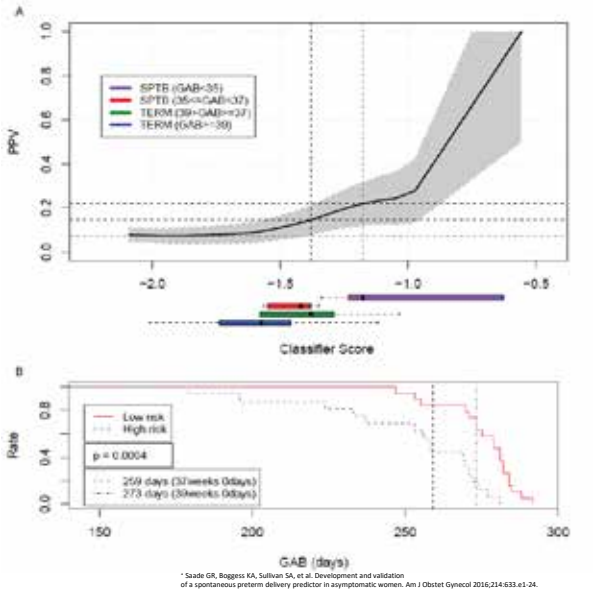
fFN negative and CL < 25mm5% PTB < 34 weeks

Bolt LA, Chandiramani M, De Greeff A, Seed PT, Kurtzman J, **Shennan AH**. The value of combined cervical length measurement and fetal fibronectin testing to predict spontaneous preterm birth in asymptomatic high-risk women. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Jul;24(7):928-32

IBP4 và SHBG có khả năng dự đoán sinh non cao

- Hiệu suất đã được xác thực trong nghiên cứu nghiêm ngặt
- Successful Clinical Validation of All Major Claims[1]
  - Prediction of PTB <37 wks: AUC of 0.75, p = 0.016
  - Prediction of PTB <35 wks: AUC of 0.93, p = 0.0009
- Phát hiện sớm giúp phụ nữ và bác sĩ chủ động hơn và can thiệp sớm hơn

[1] Saade GR, Boggess KA, Sullivan SA, et al. Development and validation of a spontaneous preterm delivery predictor in asymptomatic women. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214:633.e1-24.



[1] Saade GR, Boggess KA, Sullivan SA, et al. Development and validation of a spontaneous preterm delivery predictor in asymptomatic women. Am J Obstet Gynecol 2016;214:633.e1-24.

PREMISES

Ở hầu hết các quốc gia, việc xác định chuyển dạ sinh non chỉ dựa trên dữ liệu chủ quan về mặt lâm sàng

Quá mức:

Nhập viện

Giãn cơ tử cung

Corticosteroids

Chi phí tăng

Tăng các can thiệp vô ích và có khả năng gây hại

Phương pháp xác định thai phụ có triệu chứng có nguy cơ sinh non tự nhiên

Trước khi thực hiện bất kỳ chiến lược điều trị nào, cần phải xác định cẩn thận những phụ nữ có nguy cơ sinh non và sinh non, để phát hiện các tình trạng có thể quản lý và các chống chỉ định cho thai nhi và/hoặc mẹ.

Việc đo chiều dài cổ tử cung và sử dụng các dấu hiệu sinh hóa, đặc biệt khi kết hợp với nhau, sẽ cải thiện khả năng nhận diện bệnh nhân có nguy cơ sinh non tự phát sắp xảy ra so với chỉ dựa vào các triệu chứng lâm sàng như chảy máu âm đạo, tần suất và thời gian co thắt, hay giãn cổ tử cung

Di Renzo et al European Guidelines 2017

Xét nghiệm dấu hiệu sinh hóa để dự đoán sinh non tự nhiên trong vòng 7 ngày sau khi xét nghiệm ở những thai phụ có triệu chứng chuyển dạ sinh non

Biomarker	Name of Test	Test Cutoff	N	SN (%)	SP (%)	PPV (%)	NPV (%)
fFN (qualitative)[1]	Rapid fFN / QuikCheck	50 ng/ml	4285	76%	83%	25%	98%
fFN (quantitative)[2]	Rapid fFN 10Q Analyser	10 ng/mL	350	96%	42%	29%	98%
		50 ng/mL	350	91%	65%	39%	97%
		200 ng/mL	350	71%	84%	52%	92%
		500 ng/mL	350	42%	96%	71%	87%
phIGFBP-1[3]	Actim Partus	10 ng/ml	2159	67%	79%	35%	93%
PAMG-1[4,5,6]	PartoSure	1 ng/ml	353	84%	95%	77%	97%

fFN – fetal fibronectin; phIGFBP-1 – phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1); PAMG-1 – placental alpha microglobulin-1

1. Revah A, Hannah ME, Sue-A-Quan AK. Fetal fibronectin as a predictor of preterm birth: an overview. Am J Perinatol. 1998;15(11):613-21.
2. Bruijn M et al. Quantitative fetal fibronectin testing in combination with cervical length measurement in the prediction of spontaneous preterm delivery in symptomatic women. BJOG. 2015 Dec 15. [Epub ahead of print]
3. Conde-Agudelo A, Romero R. Cervical phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 test for the prediction of preterm birth: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jan;214(1):57-73.
4. Bolotskikh V.M., Borisova V.Yu. Role of biochemical tests and cervicometry in the diagnosis of threatened preterm birth. Akusherstvo i ginekologiya/ Obstetrics and Gynecology. 2015; 2: (in Russian)
5. Nikolova T, Bayev O, Nikolova N, Di Renzo GC. Evaluation of a novel placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) test to predict spontaneous preterm delivery. J Perinat Med. 2014 Jul;42(4):473-7.
6. Nikolova T, Bayev O, Nikolova N, Di Renzo GC. Comparison of a novel test for placental alpha microglobulin-1 with fetal fibronectin and cervical length measurement for the prediction of imminent spontaneous preterm delivery in patients with threatened preterm labor. J Perinat Med. 2015 Jul;43(4):395-402.

DỰ PHÒNG SINH NON: TRONG TRƯỜNG HỢP NÀO?

Dự phòng sinh non

Phòng ngừa sơ cấp

Mục đích:

Giảm tỷ lệ sinh non bằng cách cải thiện sức khỏe bà mẹ nói chung và bằng cách tránh các yếu tố nguy cơ trước hoặc trong khi mang thai

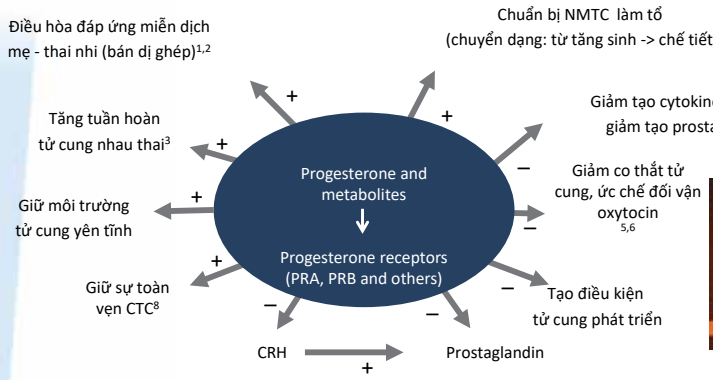
Biện pháp:

1- Cai thuốc lá

2- Tư vấn dinh dưỡng - lối sống.

3- Giảm khối lượng công việc cho phụ nữ có công việc căng thẳng

CÁC ĐẶC TÍNH CỦA PROGESTERONE TRONG DUY TRÌ THAI KỲ

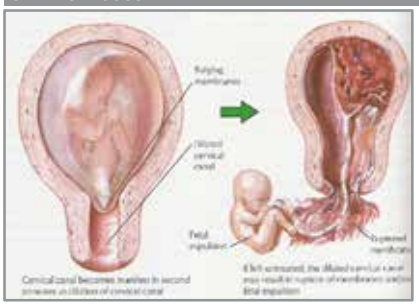




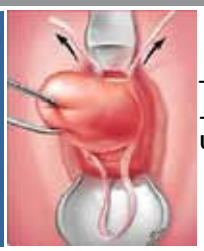
Piette P. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2020; 69: 13-29.
1. **Norwitz ER**, et al. *N Engl J Med*. 2001;345:1400-1408.
2. **Druckmann R**, et al *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2005;97:389-396.
3. **Czajkowski K**, et al. *Fertil Steril*. 2007;87:613-618.
4. **Schwartz N**, et al. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201:211.e1-9.
5. **Fanchin R**, et al. Hum Reprod. 2000;15 Suppl 1:90-100.
6. **Perusquía M**, Jasso-Kamel J. Life Sci. 2001;68:2933-2944.
7. **Lovely LP**, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90:2351-2356.
8. **Iams JD**, et al. Lancet. 2008;371:164-175
9. **Vondra S**, et al. *J Lip Res* 2019; 20:1922-1934..

Hở eo tử cung

Trước đây, thuật ngữ 'hở eo tử cung' được sử dụng để mô tả một rối loạn mà trong đó cổ tử cung giãn ra không đau, dẫn đến việc mất thai liên tục ở tam cá nguyệt thứ hai hoặc sinh non rất sớm



Treatment Cerclage

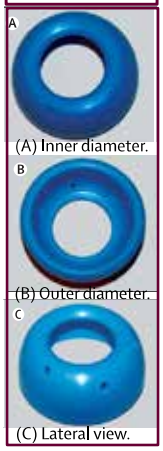


- **History-indicated**
- **US surveillance and US indicated cerclage**

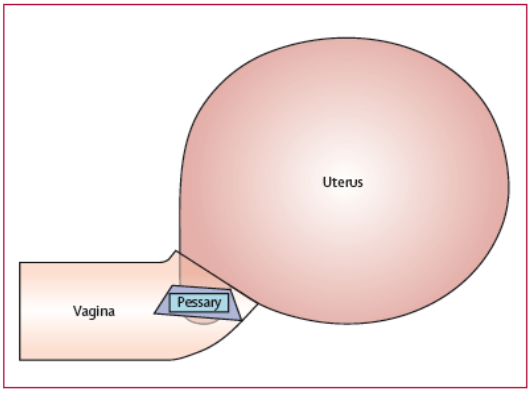
Suhag et al. **Obstet Gynecol**. 2015; 126:962-8.
To et al. **UOG**. 2002;19:475-7.

Cơ chế hoạt động của vòng nâng CTC

Vòng nâng



The smaller diameter of the pessary is fitted around the cervix and the larger diameter faces the pelvic floor, thus rotating the cervix to the posterior vaginal wall and correcting the cervical angle.



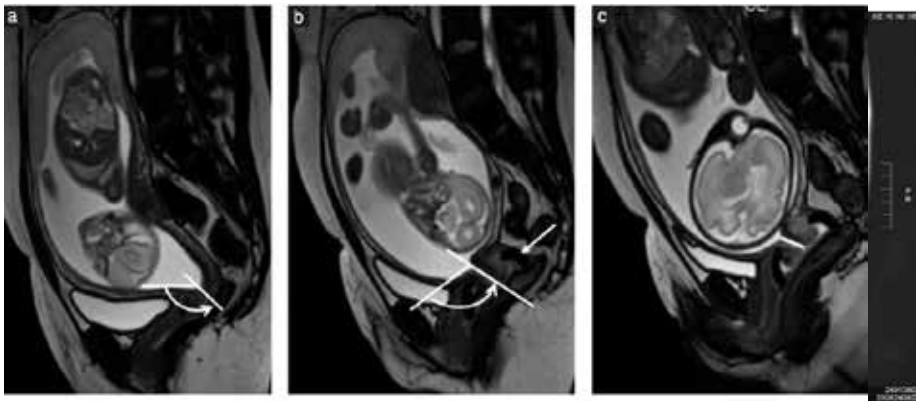
Hiệu quả dựa trên khả năng cơ học để uốn cong cổ tử cung về phía sau, hơi kéo dài CTC ra và cũng có thể thay đổi góc tử cung - cổ tử cung.

Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 42: 426–433
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.12507

Sử dụng vòng nâng cổ tử cung Arabin ở phụ nữ nguy cơ sinh non cao: Một nghiên cứu quan sát theo dõi hình ảnh MRI

M. M. CANNIE*†, O. DOBRESCU‡, L. GUCCIARDO‡, B. STRIZEK‡, S. ZIANE‡, E. SAKKAS‡, F. SCHOONJANS*, L. DIVANO* and J. C. JANI‡
*Department of Radiology, University Hospital Brugmann, Brussels, Belgium; †Department of Radiology, UZ Brussel, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium; ‡Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Brugmann, Brussels, Belgium

Sử dụng vòng nâng cổ tử cung và sinh non: Chúng ta biết rất ít



Thai phụ có tiền sử sinh non

Kết quả chính

36 RCTs — **8523 thai phụ**, **12515 trẻ em**

➢ **Progesterone so với giả dược cho thai phụ có tiền sử sinh non**

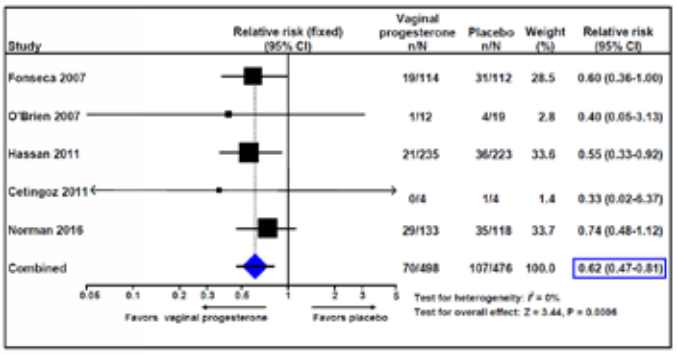
Tử vong chu sinh	6 NC	N =1453	**RR 0.50**	[95% CI 0.33 to 0.75)]
Sinh non < 34 weeks	5 NC	N = 602	**RR 0.31**	[95% CI 0.14 to 0.69)]
Sinh non < 37 weeks	10 NC	N =1750	**RR 0.55**	[95% CI 0.42 to 0.74)]
Cân nặng trẻ lúc sinh < 2500 g	4 NC	N = 692	RR 0.58	[95% CI 0.42 to 0.79)]
Có sử dụng thông khí hỗ trợ	3 NC	N = 633	RR 0.40	[95% CI 0.18 to 0.90)]
Viêm ruột hoại tử	3 NC	N =1170	RR 0.30	[95% CI 0.10 to 0.89)]
Tử vong sơ sinh	6 NC	N =1453	RR 0.45	[95% CI 0.27 to 0.76)]
Nhập NICU	3 NC	N = 389	RR 0.24	[95% CI 0.14 to 0.40)]
			Statistically significant reduction	
	1 NC	N= 148	**MD** 4.47**	[95% CI 2.15 to 6.79)].
		Statistically significant increase in pregnancy prolongation weeks		

Dựa trên các kết cục chính được đánh giá, Không có tác dụng khác biệt về tác động trong đường dùng, thời gian bắt đầu điều trị và liều dùng của progesterone

Dodd, JM et al. *Coch Data Syst Rev.2013, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub3.*

Thai phụ có CTC ngắn

Hiệu quả của progesterone đặt âm đạo với các thai kỳ sinh non trước 33 tuần



KẾT LUẬN: Progesterone đặt âm đạo trên thai phụ đơn thai không có triệu chứng và siêu âm có CTC ngắn làm giảm nguy cơ sinh non trước 33 tuần, và cải thiện kết cục chu sinh mà không có bất kỳ tác động có hại nào đối với sự phát triển thần kinh của trẻ nhỏ.

Romero R et al. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; **218(2)** :161-180

Hiệu quả của progesterone đặt âm đạo trên các kết cục trẻ sơ sinh và sự phát triển thần kinh của trẻ

Điều trị bằng progesterone âm đạo liên quan đến **việc giảm nguy cơ RDS, bệnh suất và tử suất, cân nặng trẻ sơ sinh <1500 and <2500 g, và nhập NICU** (RRs 0.47 - 0.82; I2 = 0 for all; bằng chứng chất lượng cao). Tần suất tử vong sơ sinh là 1.4% (7/498) trong nhóm sử dụng progesterone âm đạo và 3.2% (15/476) ở nhóm giả dược

So sánh các chiến lược được sử dụng để sàng lọc trong y học

Test	Số lượng cần thiết phải sàng lọc
Pap Smear sàng lọc ung thư CTC	1140
Nhũ ảnh ở phụ nữ trên 50 tuổi	543
Nhũ ảnh ở phụ nữ 40 – 49 tuổi	3125
Prostate-specific Antigen sàng lọc ung thư tiền liệt tuyến	1254
Siêu âm đo chiều dài CTC để ngăn chặn 1 trường hợp sinh non < 33 tuần (<25 mm)	357
Siêu âm đo chiều dài CTC để ngăn chặn một trường hợp gây tăng bệnh suất/ tử suất sơ sinh (<25 mm)	218

So sánh với các can thiệp khác trong Y học chu sinh/ Sản khoa

Can thiệp	Để dự phòng	RR (95% CI)	NNT (95% CI)
Magnesium sulfate	Tiền sản giật	0.41 (0.29-0.58)	100 (50-100)
Magnesium sulfate	Bại não	0.69 (0.55-0.88)	52 (31-154)
Corticosteroid trước khi sinh	RDS	0.66 (0.59-0.73)	11 (9-14)
	Tử vong ở trẻ sơ sinh	0.69 (0.58-0.81)	22 (16-36)
Progesterone đặt âm đạo ở thai phụ có cổ tử cung ngắn	Sinh non <33 tuần	0.55 (0.33-0.92)	14 (8-87)
	RDS	0.39 (0.17-0.92)	22 (12-186)

NNT: Number Needed to Treat

So sánh với các can thiệp khác trong Y học chu sinh/ Sản khoa

Can thiệp	Để dự phòng	RR (95% CI)	NNT (95% CI)
Magnesium sulfate	Tiền sản giật	0.41 (0.29-0.58)	100 (50-100)
Magnesium sulfate	Bại não	0.69 (0.55-0.88)	52 (31-154)
Corticosteroid trước khi sinh	RDS	0.66 (0.59-0.73)	11 (9-14)
	Tử vong ở trẻ sơ sinh	0.69 (0.58-0.81)	22 (16-36)
Progesterone đặt âm đạo ở thai phụ có cổ tử cung ngắn	Sinh non <33 tuần	0.55 (0.33-0.92)	14 (8-87)
	RDS	0.39 (0.17-0.92)	22 (12-186)

NNT: Number Needed to Treat

isuog

ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the prediction of spontaneous preterm birth

GUIDELINES

KHUYẾN CÁO
Thai đơn không triệu chứng không có yếu tố nguy cơ

Đối với phụ nữ mang thai đơn không có triệu chứng, không có tiền sử sinh non tự phát trước đó và TVS CL<25mm trước 24 tuần, nên sử dụng progesterone tự nhiên âm đạo, kể từ thời điểm phát hiện cổ tử cung ngắn cho đến tuần thứ 36 (MỨC KHUYẾN CÁO: A)

Thai đơn không triệu chứng có yếu tố nguy cơ

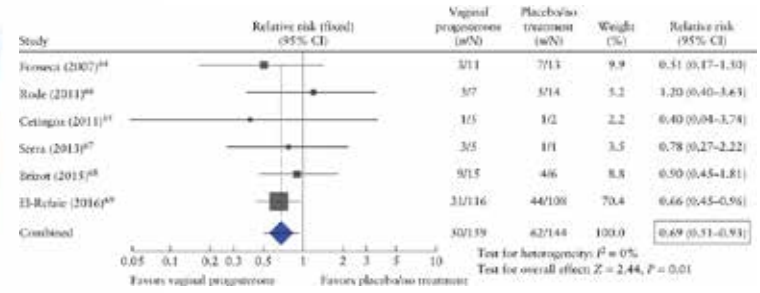
Thai phụ đơn thai và có tiền sử sinh non trước đó, nên cân nhắc điều trị bằng progesterone đặt âm đạo mỗi đêm từ tuần thứ 16 đến tuần thứ 36 hoặc theo dõi và điều trị ở những người có CL≤25 mm (ĐIỂM THỰC HÀNH TỐT).

Coutinho CM et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2022 Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.26020

Song thai

PREIS SCHOOL

Hiệu quả dự phòng sinh non của progesterone đặt âm đạo trên thai kỳ song thai



KẾT LUẬN: Sử dụng P4 âm đạo cho thai phụ song thai không có triệu chứng và siêu âm có cổ tử cung ngắn trong ba tháng giữa thai kỳ làm giảm nguy cơ sinh non xảy ra ở tuần thai <30 đến <35, tử suất và bệnh suất ở trẻ sơ sinh, không có bất kỳ ảnh hưởng có hại đối với sự phát triển thần kinh ở trẻ em

Romero R et al. *Ultrasound Obstet Gynecol 2017;* **49(3)***: 303-14*

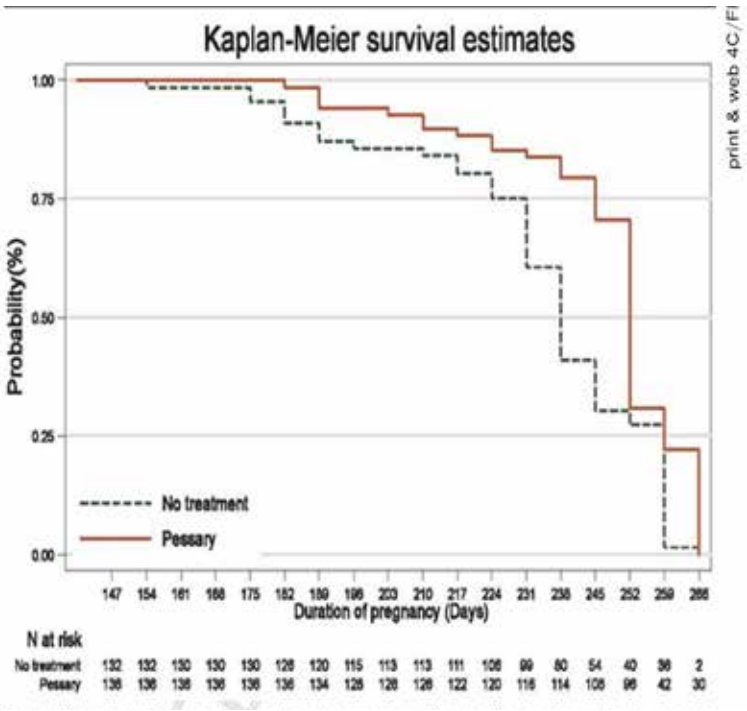
Reports of Major Impact ajog.org

Vòng nâng CTC dự phòng sinh non trên thai phụ song thai và có CTC ngắn trên siêu âm: Nghiên cứu ngẫu nhiên mù đôi có đối chứng

Maria Goya, MD, PhD; Maria de la Calle, MD; Laia Pratcorona, MD; Carme Merced, MD; Carlota Rodó, MD; Begoña Muñoz, MD, PhD; Miquel Juan, MD; Ariadna Serrano, MD; Elisa Llurba, MD, PhD; Teresa Higueras, MD, PhD; Elena Carreras, MD, PhD; Luis Cabero, MD, PhD, on behalf of the PECEP-Twins Trial Group



Am J Obstet Gynecol 2016



Thai phụ có tiền sử sinh non

THE JOURNAL OF MATERNAL-FETAL & NEONATAL MEDICINE
https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1743662

ORIGINAL ARTICLE

The use of vaginal progesterone as a maintenance therapy in women with arrested preterm labor: a double-blind placebo–randomized controlled trial

Jon Hyett[a], Nasrin Asadi[b], Maryam Zare Khafri[c], Homeira Vafaei[b], Maryam Kasraeian[b], Alireza Salehi[d], Najmieh Saadati[e] and Khadije Bazrafshan[b]

[a]Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, Australia; [b]Maternal-fetal medicine Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; [c]Maternal-Fetal Medicine Research Center, OB & GYN Ward, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; [d]Research Center for Traditional Medicine and History of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; [e]Fertility, Infertility and Perinatology Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran;

ABSTRACT

Background: The efficacy of maintenance tocolytic therapy after successful arrest of preterm labor remains controversial. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of 400 mg of daily vaginal progesterone (cyclogest) after successful parenteral tocolysis to increase latency period and improvement of neonatal outcomes in women with threatened preterm labor.

Materials and methods: In this randomized, double-blind, placebo-controlled trial, 85 participants were randomly allocated to either 400 mg daily of vaginal progesterone ($n = 45$) or placebo ($n = 40$) until 34 weeks of gestation. The primary outcomes were the time until delivery (latency period) and cervical length after 1 week of treatment. Secondary outcome were GA on delivery, type of delivery, incidence of low birth weight, perinatal morbidity and mortality.

Results: Longer mean latency until delivery (53.6 ± 16.8 versus 34.5 ± 12.9) days $p = .0001$; longer mean of gestational age on delivery (37.5 ± 2.2 versus 34.2 ± 2.1) weeks $p = .0001$; cervical length after 1 week of treatment (27.5 ± 5.5 versus 20.7 ± 3.1) mm $p = .0001$; low birth weight 12 (29.3%) versus 19 (57.6%) $p = .01$; and NICU admission 9 (22%) versus 15 (45.5%), were significantly different between the two groups. No significant differences were found between neonatal death 1 (2.4%) versus 2 (6.1%), $p = .43$; RDS 5 (12.2%) versus 8 (24.2%), $p = .17$; and need to mechanical ventilator 2 (5.4%) versus 6 (18.2%) $p = .136$, for the progesterone and placebo

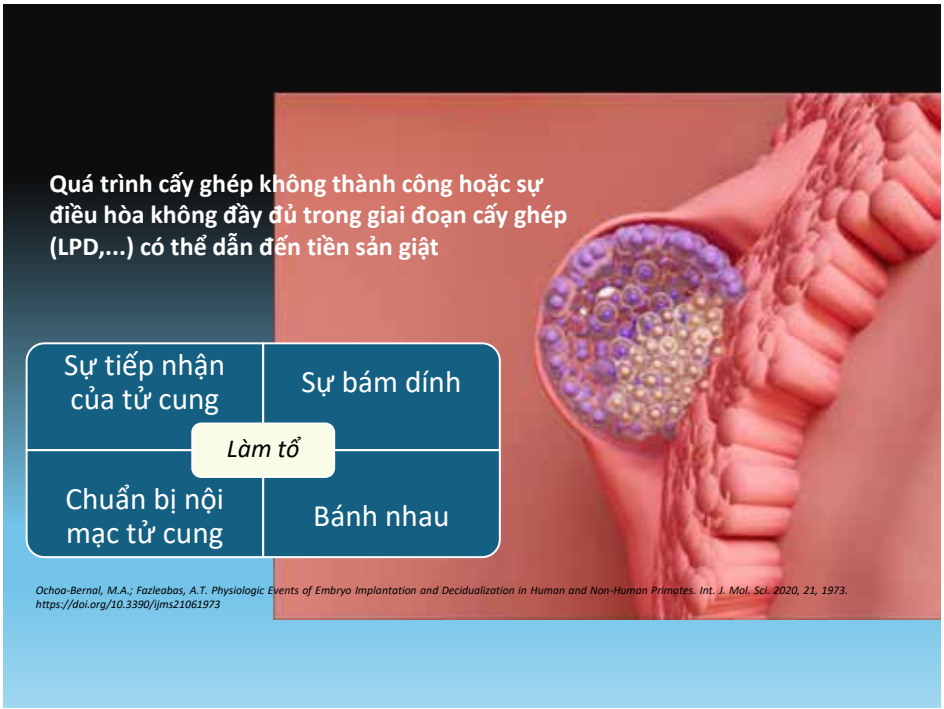
Conclusion: Daily administration of 400 mg vaginal progesterone after successful parenteral tocolysis may increase latency preceding delivery and improves cervical shortening and neonatal outcome in women with preterm labor. Further confirmatory studies are warranted.

ARTICLE HISTORY
Received 24 December 2019
Revised 10 March 2020
Accepted 13 March 2020

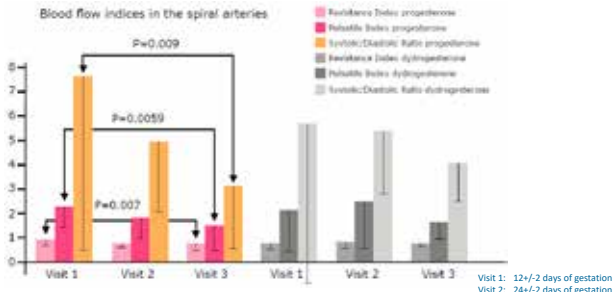
KEYWORDS
Neonatal morbidity; neonatal mortality; preterm labor; tocolytic therapy; vaginal progesterone



CHỈ ĐỊNH MỚI


Quá trình cấy ghép không thành công hoặc sự điều hòa không đầy đủ trong giai đoạn cấy ghép (LPD,...) có thể dẫn đến tiền sản giật
Sự tiếp nhận của tử cung
Sự bám dính
Làm tổ
Chuẩn bị nội mạc tử cung
Bánh nhau
Ochoa-Bernal, M.A.; Fazleabas, A.T. Physiologic Events of Embryo Implantation and Decidualization in Human and Non-Human Primates. Int. J. Mol. Sci. 2020, 21, 1973. https://doi.org/10.3390/ijms21061973

Tác dụng của Progesterone đặt âm đạo so với dydrogesterone đường uống đối với chỉ số nhịp và sức cản của động mạch xoắn ốc cũng như tỷ lệ tâm thu/tâm trương ở những thai kỳ sớm dọa sẩy thai



Điều trị bằng progesterone âm đạo có liên quan đến việc giảm chỉ số dao động động mạch xoắn ốc

Czajkowski K, et al. Uteroplacental circulation in early pregnancy complicated by threatened abortion supplemented with vaginal micronized progesterone or oral dydrogesterone. Fertil Steril 2007; 87: 613-618.

Sàng lọc ba tháng đầu
11-14 tuần

US (Anatomical scan)



0,5-2,0 MoM

PAPP-A + b-HCG

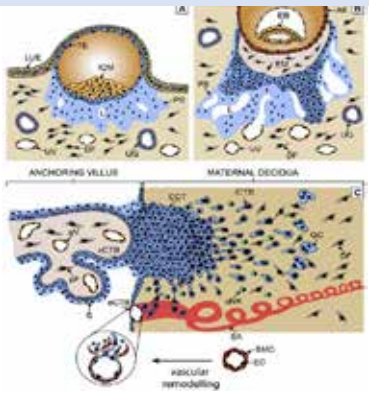


PAPP-A là gì?

- **PAPP-A** là yếu tố thúc đẩy tăng trưởng bằng cách tách các protein gắn với IGF và tăng khả dụng sinh học của IGF
- **PAPP-A** hiện diện ở nồng độ thấp trong máu của nam giới và phụ nữ không mang thai, nhưng nồng độ trong máu của nó tăng ngay sau khi thụ tinh và tăng theo thời kỳ mang thai, đạt đỉnh điểm trong tam cá nguyệt thứ ba.
- **PAPP-A MoM thấp** có liên quan đến tiền sản giật, thai nhỏ so với tuổi thai & FGR, sinh non và dọa sẩy thai

Sự hình thành giường nhau thai

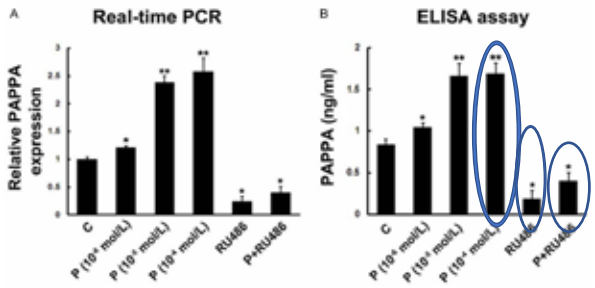
PAPP-A + IGF
Kiểm soát glucose và axit amin trong lá nuôi
- Nguyên phân tế bào
- Sự xâm lấn của nguyên bào nuôi ở màng rụng



Full remodeling of wall:
-Loss of musculo-elastica
-Fibro fibrinoid wall
-Trophoblast

Hội chứng sản khoa
- **Thành cơ đàn hồi**
- **Xơ vữa động mạch**

Progesterone kích thích biểu hiện PAPP-A trong nguyên bào nuôi



Wang, Jiao, et al. "Pregnancy-associated plasma protein A up-regulated by progesterone promotes adhesion and proliferation of trophoblastic cells." *International journal of clinical and experimental pathology* 7.4 (2014): 1427.

CÓ THỂ CẢI THIỆN KẾT CỤC MANG THAI VỚI NỒNG ĐỘ THẤP PAPP-A TRONG TAM CÁ NGUYỆT ĐẦU TIÊN?

116/8933 thai phụ được sàng lọc

Nồng độn PAPP-A trong huyết thanh <0,399 MoM trong tam cá nguyệt đầu tiên; ngẫu nhiên 1:1:2

Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3
Thai phụ dùng 200 mg progesterone vi hạt đặt âm đạo sau khi sàng lọc cho đến tuần thứ 16 (11-16 tuần)	Thai phụ dùng 200 mg progesterone vi hạt đặt âm đạo sau khi sàng lọc cho đến tuần thứ 36(11-36 tuần)	Không sử dụng progesterone vi hạt đặt âm đạo

Tsibizova, Di Renzo et al JMFNM, 2024

Kết quả ở thai phụ có nồng độ PAPP-A trong huyết thanh < 0,399 MoM trong ba tháng đầu, có hoặc không sử dụng progesterone tự nhiên vi hạt. 116 trong số 8933 trường hợp thai phụ được sàng lọc

	Group 1 (until 16 wks)	Group 2 (up to 36 wks)	Group 3 (no progesterone)
Số trường hợp	29 (25%)	25 (21,5%)	62 (53,5%)
Sẩy thai	1 (3%)	0 (0)	19 (29,7%)
Thai nhi hạn chế tăng trưởng	4 (13.8%)	3 (12%)	12 (19.4%)
Sinh non	7 (24,1%)	3 (12%)	11 (17,8%)
Thời gian mang thai(weeks)	37±0	37±5	36±0
Cân nặng lúc sinh (g)	2912	3238	1868

Tsibizova, Di Renzo et al JMFNM, 2024

PHẦN KẾT



Sự rút ngắn thời gian mang thai có các cơ chế và yếu tố nguy cơ tương tự cho mọi giai đoạn thai kỳ, nhưng mức độ và tỷ lệ biểu hiện thay đổi tùy theo tuổi thai. Có thể một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ tương tác và kích hoạt quá trình đẩy thai ra ngoài, và sự cân bằng hay không thích nghi của người mẹ với thai nhi quyết định thời điểm xảy ra việc này. Vì thai kỳ là một quá trình liên tục, chúng ta cần thay đổi cách nhìn nhận và điều chỉnh chiến lược điều trị dựa trên các cơ chế và yếu tố nguy cơ chung

Điều này được minh chứng qua việc progesterone đã cho thấy hiệu quả trong việc phòng ngừa cả sảy thai lẫn sinh non

Foreward to « **Shortening of pregnancy**»
Eds A Coomarasamy, G C Di Renzo, E Fonseca, GLOWM , London, 2024



THANK YOU FOR YOUR ATTENTION!



CẢM ƠN

www.preischool.eu

Abbott

Dydrogesterone

BỔ SUNG PROGESTERONE
TRONG ĐIỀU TRỊ
DỌA SẨY & SẨY THAI LIÊN TIẾP



Nguồn gốc tự nhiên
Công nghệ LV độc quyền

16 Tuần

Sử dụng đến tuần thứ 16 cho hiệu quả tối ưu [2]

20 Triệu

Hồ sơ an toàn trên 20 triệu thai kì [3]

↓50%

Giảm hơn 50% tỉ lệ sẩy thai so với nhóm chứng [4,5]

↑22%

Tăng 22% tỉ lệ thai sinh sống [6]

Tăng áp lực với thụ thể
Tăng sinh khả dụng [7]



Dr. VIOLAINE PEYRONNET

Louis Mourier Hospital,
Colombes, France

DIPLOMAS

- Medical Degrees:
  - DES in Gynaecology-Obstetrics, 2018 – Université Versailles Saint Quentin en Yvelines.
  - Thèse d'exercice de médecine in Obstetrics, 2018 – Université Versailles Saint Quentin en Yvelines.
  - Inter-University Diploma in Fetal Medicine, 2018 – Université Pierre et Marie Curie.
  - Inter-University Diplomas in Gynaecological and Obstetric Ultrasound (2014) and Hysteroscopy and Colposcopy (2013).
- Public Health Degrees:
  - Master 2 Research in Public Health, 2017 – INSERM U1018.
  - Master 1 in Public Health, 2015 – Université Paris Sud.

EXPERIENCE

- Current Position:
  - Praticien Hospitalier in Gynaecology-Obstetrics and Prenatal Diagnosis since July 2022 at Hôpital Louis Mourier, Colombes.
- Previous Positions:
  - Chef de Clinique Assistante in Gynaecology-Obstetrics (2018-2021), focusing on high-risk pregnancies and prenatal diagnosis.
  - Contractual Praticien Hospitalier in Gynaecology-Obstetrics and Prenatal Diagnosis (2021-2022) at the same institution.

PUBLICATIONS

- Total of 143 points in the SIGAPS database.
- Notable publications include:
- "Diagnostic value of fetal autopsy after early termination of pregnancy for fetal anomalies," PLoS One, 2022.
- "Risk factors of relaparotomy for intra-abdominal hemorrhage after cesarean delivery," Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2021.
- Research on the impact of changing antiretroviral therapy during pregnancy, J Acquir Immune Defic Syndr, 2019.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Engaged in various teaching roles from 2016-2024, including courses at the DIU in Tobaccoology and Gynaecological Ultrasound.
- Contributed to practical training sessions and evaluations for medical students at Paris Diderot University.
- Supervised interns in Gynaecology-Obstetrics, facilitating their thesis work and research publications.

FVCOG2024

DÙNG THUỐC GIẢM CO NÀO VỚI NHỮNG TRƯỜNG HỢP CHUYỂN DẠ ĐẺ NON?

BS. Violaine Peyronnet

Bệnh viện Tenon – Paris - Pháp

FVCOG2024

Hôpital Louis-Mourier AP-HP

Université Paris Cité

Dùng thuốc giảm co nào với những trường hợp chuyển dạ đẻ non?

Dr Violaine Peyronnet
Hôpital Louis Mourier

La conférence FRANCO-VIETNAMIENNE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE
Le 15/10/2024

CNGOF

FVCOG2024

Đẻ non

- **Trước 37 tuần**
- Trên thế giới: **14,8 triệu/năm** với 81% ở Châu Á và Châu Phi vùng hạ Sahara. *Chawanpaiboon S, 2019*
- **6,9%** ở Pháp *Euro-Peristat (2015-2019)*
- **Đa nguyên nhân**: nguyên nhân từ tử cung/ nhiễm trùng/ không rõ nguyên nhân/ Ối vỡ sớm..

- **Nguyên nhân chính gây tử vong** ở trẻ dưới 5 tuổi, 35% tử vong sơ sinh (J28) gây ra bởi các biến chứng của trẻ sơ sinh non tháng. *Wardlaw et al. 2014, Yadav et al. 2021*
- **Tăng nguy cơ các bệnh lý sơ sinh sớm**: Suy hô hấp/ Xuất huyết não/ Viêm ruột hoại tử và nhiễm khuẩn huyết
- **Bệnh lý muộn**: Bệnh phổi mãn tính và khuyết tật về thần kinh. *Patel RM, Am J Perinatol. 2016, WHO 2022*

FVCOG2024

Dọa đẻ non

15-20% thai nghén, nguyên nhân hàng đầu nhập viện trong thai kỳ

<u>Định nghĩa:</u> cơn co tử cung bất thường + thay đổi đáng kể ở cổ tử cung và/hoặc vỡ ối ở thai non tháng từ 22 tuần đến 36 tuần 6 ngày
Liên tiếp gây chuyển dạ sớm

Định nghĩa rất rộng, nhiều tình huống

Theo **tuổi thai**, sự **mở cổ tử cung**, sự **xuất hiện cơn co tử cung**, phát hiện tình cờ, xuất hiện **vỡ ối** hoặc không, **song thai**, hoặc **nhiều nguyên nhân…**

<u>Chẩn đoán phân biệt</u>: tụ máu sau rau, cơn co sinh lý, đau do dây chằng, các nguyên nhân đau khác

Hơn 50% sẽ chuyển dạ đủ tháng

Recommandations : Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences, CNGOF 2016

FVCOG2024

Dọa đẻ non

Quan trọng: có thể đánh giá tiên lượng và xử trí đúng ca bệnh bởi xử trí chỉ có giá trị cho những trường hợp thật sự đẻ non.

ĐÁNH GIÁ TIÊN LƯỢNG

- **Siêu âm cổ tử cung:** ngưỡng từ **15 mm và 25 mm** để dự đoán và loại trừ nguy cơ sinh non trong vòng 48 giờ và 7 ngày.



- **Bệnh nguyên:** có vỡ ối hoặc không, viêm màng ối, song thai….
- **Sử dụng dấu ấn sinh học:**
  - **Fibronectine ở thai:** giá trị chẩn đoán âm tính tốt để dự đoán việc không chuyển dạ đẻ non trong vòng 48 giờ và 7 ngày. Không được khuyến cáo ở Pháp trong thực hành hiện nay.
  - Các dấu ấn khác? **Nghiên cứu PREDIMAP:** dấu ấn sinh học đặc hiệu liên quan đến việc khởi phát chuyển dạ.

Recommandations : Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences, CNGOF 2016

FVCOG2024

Dự phòng đẻ non

- **Dự phòng tiên phát**: cho mọi phụ nữ (chế độ ăn uống và nguyên tắc vệ sinh, theo dõi tâm lý…)
- **Dự phòng thứ phát** : nếu biết các yếu tố nguy cơ +/- tiền sử (theo dõi cổ tử cung, lấy bệnh phẩm âm đạo tìm viêm âm đạo, progestérone +/- khâu vòng cổ tử cung)
- **Dự phòng cấp ba**: khi dọa đẻ non để hạn chế các biến chứng ở trẻ sơ sinh và trẻ em về lâu dài:

MỤC TIÊU CỦA THUỐC GIẢM CO: KHIÊM TỐN

1) Có thời gian để sử dụng **corticoïdes : 48h**
2) **Tăng thời gian** cho thai kỳ
3) Giúp **chuyển thai phụ** đến một bệnh viện tuyến trên phù hợp để xử trí

Khuyến cáo của Pháp nếu Dọa đẻ non

- Loại trừ việc chuyển dạ đẻ non sắp xảy ra (thăm âm đạo)
- Đánh giá mức độ nặng bằng **siêu âm cổ tử cung**
- Tìm kiếm nguyên nhân : **bilan sinh học** (bạch cầu), **phân tích nước tiểu, lấy bệnh phẩm dịch âm đạo**
- **Nhịp tim thai, siêu âm (đường bụng và cổ tử cung)**
- **Không cần** nằm tại giường, lặp lại thăm khám cổ tử cung hoặc siêu âm cổ tử cung , lặp lại đo tim thai hoặc bilan viêm…
- **Liệu pháp Corticoids** nếu <34SA
- **Giảm co**: atosiban ou nifedipine: thường dùng nifedipine : sẵn có/ giá thành
- **Sulfate Magnésium** nếu đẻ <32SA
- **Chuyển viện** nếu cần thiết

Recommandation pratique clinique CNGOF 2016

FVCOG2024

Khuyến cáo

<u>Nếu vỡ ối:</u>

- **Tranh cãi:** duy trì thai nghén thêm 48h để dùng corticoïdes, hoặc duy trì thai trong môi trường viêm nhiễm với nguy cơ biến chứng thần kinh
- Ưu tiên nghiên cứu
- **Không có khuyến cáo rõ ràng**

PROTOCOLE TOCOPROM

World Health Organization

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Loại giảm co nào?

- **Loại giảm co nào** nếu chúng ta tính đến **hiệu quả và sự an toàn** của thuốc?
  - Câu hỏi chính : **atosiban hay nifedipine?**
  - Quan trọng: khả năng **có thể đưa ra thuốc điều trị đường uống**

- **Với nhóm phụ nữ nào** chúng ta cần sử dụng giảm co?
- Có cần thiết **điều trị duy trì** ?

- **Chống chỉ định++++:** Nhiễm trùng ối, nghi ngờ máu tụ sau rau, nhịp tim thai bất thường, hoặc các bất thường cần đình chỉ thai nghén tức thời

FVCOG2024

Hiệu quả của thuốc giảm co/ placebo

Nghiên cứu: không có sự cải thiện tỉ lệ mắc bệnh và tử vong sơ sinh : vấn đề chọn mẫu?

Kéo dài thai kỳ **> 48h** nhưng **không** giảm tỷ lệ đẻ non **<37SA** :
- **B mimétiques**
- **Đối vận của l'ocytocine (atosiban)**

Ít nghiên cứu**, kéo dài thêm >48h**. Giảm trước **37SA** không chắc chắn:
- **Nifedipine**

Không giảm tỷ lệ sinh trong 48h:
- **Sulfate de Magnésium**

Hiệu quả kéo dài thei kỳ không chắc chắn: dữ liệu xung đột:
- **Kháng viêm không steroids (AINS)** *Reinebrant et al (2015), Haass et al. (2012)*

La tocolyse en cas d'accouchement prématuré à membranes intactes, M. Doret, G. Kayem JGOBR 2016
Wilson et al. Cochrane 2022

Sử dụng β mimétiques

SALBUTAMOL

- Hiệu quả kéo dài thai kỳ **nhưng nhiều tác dụng không mong muốn**
- Không khác với atosiban và nifédipine **để cải thiện tỷ lệ tử cung chu sinh và sơ sinh**
- Nifedipine tốt hơn để giảm tỷ lệ **đẻ non <34SA** và kéo dài thời gian mang thai hơn
- **Nhiều nguy cơ hơn các thuốc khác** : nhiều tác dụng phụ nặng lên tim mạch của thai phụ

→ **KHÔNG KHUYẾN CÁO SỬ DỤNG β MIMETIQUES**

La tocolyse en cas d'accouchement prématuré à membranes intactes, M. Doret, G. Kayem JGOBR 2016

Sử dụng AINS

- Indometacine chiếm đa số
- **Nghiên cứu đa số so sánh với β mimétiques**: kết quả không thống nhất: giảm đẻ non trong 48H và giảm đẻ non <37SA
- **Nghiên cứu so sánh với thuốc chẹn kênh Calci** : không có sự khác biệt về tử vong sơ sinh
- **Nguy cơ** đóng sớm ống động mạch và suy thận

→ **KHÔNG KHUYẾN CÁO lựa chọn đầu tay**

- Thảo luận nếu dọa xảy muộn hoặc đẻ cực non **<23SA** : giảm áp lực ? Khâu vòng cổ tử cung? *Berghella et al. 2009*
- **Khuyến cáo của WHO 2022:** có thể sử dụng cho thai <28SA trong 48h

La tocolyse en cas d'accouchement prématuré à membranes intactes, M. Doret, G. Kayem JGOBR 2016
Reinebrant et al. 2015; Haas et al. 2012; Cabrol et al. 1996

FVCOG2024

Atosiban hay Nifedipine

- **Tử vong chu sinh và bệnh tật sơ sinh** → **Không khác biệt**
  - 16% sau nifedipine 19% atosiban *(1)*
  - 14% (N) vs 15% (A) *(4)*

- **Tử vong chu sinh, tử vong sơ sinh** *(1) (4)* → **Không khác biệt**
  - 5% (N) vs 2%(A); RR 2,2 (0,91-5,33). Phân tích của chuyên gia: không liên quan trực tiếp với điều trị*(4)*

- % sản phụ không đẻ non và không cần liều giảm co thứ 2 hoặc bị tác dụng phụ trong **48h**
- → **Không thể kết luận**
  - 77,4% (A) vs 81,3% (N); RR 1,26 (0,20-3,13) **không khác biệt** *(2)*
  - 68,6% (A) vs 52% (N) OR 2,26 (1,10-4,63) nhưng **nhiều trường hợp dùng liều thứ 2 ở** nhóm dùng atosiban (OR 2,9 (1,4-6,1) *(3)*

(1) Van Winden et al. BMC 2022, Metanalyse, 2 études, N=650
(2) Al Omari et al. EJOGRB 2006, randomisé, N=71, pas de rupture
(3) Salim et al. 2012 O&G, randomisée, N=149
(4) Van Vliet et al. APOSTEL III, Lancet 2016, randomisé, N=505

FVCOG2024

Atosiban vs Nifedipine

- **Không đẻ non ở ngày thứ 7:** → **Không kết luận**
  - 74,2% vs 70,9% **Không khác biệt** *(2)*
  - 78,6% (A) vs 89,3% (N) p=0,02 *(3)* **Khác biệt**

- **Thời điểm đẻ (SA)** → **« tốt hơn » với nifedipine**
  - 35,2 (+/-3) (A) vs 36,4 (N) (+/-2,8) (p=0,01) *(3)*

- **Trì hoãn trước khi đẻ** → **Tốt hơn với nifedipine**
  - 18 ngày (N) vs 10 ngày (A), HR 0,83 (0,69-0,99) *(1)*
  - 24 ngày (N) vs 14 ngày (A), HR 0,76 (0,58-0,99) không khác biệt về sơ sinh (sans rupture) *(4)*

- **Nhập viện hồi sức tích cực** → **Tốt hơn với nifedipine**
  - 46% (N) vs 59% (A), OR 0,32 (0,14-0,75) *(1)*
  - 52,2% (N) vs 61,9% (A), RR 0,85 (0,73-0,99) *(4)*

(1) Van Winden et al. BMC 2022, Metanalyse, 2 études, N=650
(2) Al Omari et al. EJOGRB 2006, randomisé, N=71, pas de rupture
(3) Salim et al. 2012 O&G, randomisée, N=149
(4) Van Vliet et al. APOSTEL III, Lancet 2016, randomisé, N=505

FVCOG2024

Dung nạp điều trị

NIFEDIPINE: Ức chế các kênh canxi phụ thuộc điện thế gây ra tác dụng giãn cơ gây hạ huyết áp/đau đầu/đỏ bừng/khó chịu/nhịp tim nhanh và đánh trống ngực
ATOSIBAN: hiếm, điểm tiêm truyền, nôn

- **Tác dụng không mong muốn:**
  - Toàn bộ : 22,7% (N) vs 7,1% (A), aOR 4,18 (1,38-12,68) *(2)* ⟶ **Khác biệt có ý nghĩa**
  - **Tim mạch:** 17,3% (N) vs 4,3% (A) aOR 5,14 (1,23-21,40) *(2)*
    - Hypotension: 43,8% (N) vs 3,2% (A) *(1)*
    - Palpitations: 40,6% (N) vs 6,5% (A) *(1)*
    - Céphalées: 46,9% (N) vs 9,7% (A) *(1)*
- **Tỷ lệ dừng:** ⟶ **Không khác biệt**
  - 30% vs 30%; Với tác dụng không mong muốn : 6% (N) vs 3% (A); RR 2,20 (0,91-5,33) *(3)*

(1) Al Omari et al. EJOGRB 2006, randomisé, N=71, pas de rupture
(2) Salim et al. 2012 O&G, randomisée, N=149
(3) Van Vliet et al. APOSTEL III, Lancet 2016, randomisé, N=505

FVCOG2024

Dung nạp điều trị

Tác dụng không mong muốn NGHIÊM TRỌNG ở thai phụ: hiếm

De Heus et al. (2009, N=1920) : 0,9% tác dụng không mong muốn nghiêm trọng (4 hypotensions et 1 dyspnée) et 1,1% nghiêm trong mức độ vừa

Một số ca được mô tả trong y văn nhưng do điều trị quá liều?

Dung nạp với thai và trẻ sơ sinh:

- Nifedipine: ít nghiên cứu: không biến đổi hoặc biến đổi và tạm thời của Doppler. Không có tác hại lâu dài hoặc sơ sinh nào được chứng minh.
- Atosiban: dữ liệu nghèo nàn, không biến đổi. Không có ảnh hưởng về sơ sinh và tác hại lâu dài được chứng minh

CẦN THEO DÕI : lâm sàng , huyết áp động mạch, nhịp tim

FVCOG2024

Khuyến cáo

Nifedipine hiện nay được khuyến cáo bởi các tổ chức là thuốc giảm co đầu tay (IOG 2015, ACOG et CNGOF 2016, NICE 2017, OMS 2022, HAS 2023)

Không có khả năng ưu tiên về hiệu quả của nifedipine và atosiban nhưng có lợi thế về đường dùng do sử dung **đường uống** và tính sẵn có/khả thi.
Lựa chọn phải phụ thuộc vào sự dung nạp và chỉ định

KHUYẾN CÁO WHO 2022: Từ 24 đến 33 tuần 6 ngày

- Nếu có thể sử dụng **corticoïdes** và/hoặc **chuyển** sản phụ đến nơi chăm sóc y tế thích hợp
- **Nếu thiếu thông tin dài hạn** về lợi ích và nguy cơ của thuốc giảm co

HAS France 2023: MEKAPNA LP ® AMM

- 20mg nhắc lại mỗi 30 phút sau đó tối đa 20mg trong 8h, tối đa 48h



FVCOG2024

Các câu hỏi khác

Recommandation pratique clinique CNGOF 2016

KẾT HỢP CÁC THUỐC: không chứng minh được tác dụng và nguy cơ lại cộng dồn: **không khuyến cáo.**
ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ: *Gaunekar et al.* (N=734): không khác biệt về tử vong sơ sinh hay sinh non hay đẻ non trong vòng 7 ngày: **không khuyến cáo.**
DỌA ĐẺ NON LẦN HAI: Chưa đánh giá đầy đủ: **không có khuyến cáo đặc biệt.**
NGƯỠNG MỞ CỔ TỬ CUNG: *Manuck et al.* (N=297, 4-8cm): Kéo dài >48h (23,6% vs 7,8% RR 2,64 (1,05-6,62)) không khác biệt về tiên lượng sơ sinh : **không có khuyến cáo.**
TUỔI THAI: Ít nghiên cứu, **ít lập luận để giảm co >34SA vì ngưỡng sử dụng** corticoïdes. Ít dữ liệu cho tuổi thai nhỏ nhát. **không có khuyến cáo về tuổi thai nhỏ nhất.**
Cùng khuyến cáo cho song thai : ít nghiên cứu đặc hiệu. Theo dõi.
Nếu thất bại điều trị: nếu thật sự cần giảm co: sử dụng loại thuốc giảm co khác. Tăng cường theo dõi tác dụng phụ không mong muốn (sử dụng liên tiếp).
Không dùng nicardipine truyền TM: Tăng tỷ lệ tác dụng không mong muốn.

FVCOG2024

Hôpital Louis-Mourier AP-HP

Université Paris Cité

Cám ơn sự chú ý của các bạn !

CNGOF

Pfizer

Tài liệu dành cho công chúng

PHẾ CẦU KHUẨN LÀ VI KHUẨN PHỔ BIẾN Ở ĐƯỜNG HÔ HẤP[1]



HÃY CHỦ ĐỘNG BẢO VỆ BÉ KHỎI PHẾ CẦU KHUẨN!

FACEBOOK PHẾ CẦU

fb.com/hieuvephecau

Vắc xin là biện pháp hiệu quả để phòng ngừa bệnh do phế cầu[8]

Thông tin về sức khỏe trong tài liệu này chỉ được cung cấp cho mục đích giáo dục và không nhằm mục đích thay thế việc tham khảo ý kiến với chuyên gia tại các cơ sở y tế. Tất cả các quyết định liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân phải được thực hiện bởi chuyên gia tại các cơ sở y tế dựa trên việc xem xét các đặc điểm riêng biệt của từng bệnh nhân và dựa trên đánh giá và chỉ định điều trị của nhân viên y tế. Vui lòng đến gặp bác sĩ của bạn.

HIỂU VỀ PHẾ CẦU

hieuvephecau.com.vn

CHỦNG PHẾ CẦU NGUY HIỂM

19A

Khả năng gây bệnh phế cầu xâm lấn cao hơn so với các chủng khác, tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao[2,3]

1,3,5, 7F,19A

Các týp huyết thanh có xu hướng gây bệnh xâm lấn cao[4]

6A

Một trong những chủng phế cầu đề kháng với kháng sinh nhiều nhất[5]

PHẾ CẦU KHUẨN
có thể gây ra các bệnh NGUY HIỂM TÍNH MẠNG[6]

CỨ 43 GIÂY

1 TRẺ TỬ VONG VÌ VIÊM PHỔI[7]

- Viêm màng não
- Viêm phổi kèm nhiễm trùng huyết
- Nhiễm trùng huyết



BỆNH LÝ LIÊN QUAN ĐẾN PHẾ CẦU
CÓ THỂ ĐƯỢC PHÒNG NGỪA

Chủng ngừa vắc xin cho trẻ từ sớm là biện pháp hiệu quả để bảo vệ trẻ khỏi các bệnh liên quan đến phế cầu khuẩn[8]

References:
1. https://www.cdc.gov/pneumococcal/clinicians/streptococcus-pneumoniae.html (Truy cập vào ngày 19 tháng 02, 2024)
2. R. Isturiz, et al., Expert Review of Vaccines 2017, 16, 1007.
3. C. Ardanuy, et al., Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2009, 64, 507.
4. del Amo E, et al. High invasiveness of pneumococcal serotypes included in the new generation of conjugate vaccines. Clin Microbiol Infect. 2014 Jul;20(7):684-9. doi: 10.1111/1469-0691.12422.
5. Dagan & Klugman Lancet Infect Dis, 8(12), 785-795 (2008)
6. https://vk.ovg.ox.ac.uk/vk/pneumococcal-disease (Truy cập vào ngày 19 tháng 02, 2024)
7. https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/. (Truy cập vào ngày 19 tháng 02, 2024)
8. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal Disease: https://www.cdc.gov/pneumococcal/about/prevention.html. (Truy cập vào ngày 19 tháng 02, 2024)

HIỂU VỀ PHẾ CẦU

hieuvephecau.com.vn

PP-PRV-VNM-0754



Dr. Yoann ATHIEL

Armand Trousseau Hospital, France

DIPLOMAS

- 2020: Doctorate in Medicine with High Honors - Thesis on external version for breech presentations.
- 2020: Specialized Diploma in Gynecology-Obstetrics with High Honors.
- 2021: Master 2 in Surgical Sciences - Thesis on the use of mesenchymal stem cell patches in prenatal myelomeningocele treatment.
- Ongoing: DIU in Medical Pedagogy (2024) - Université Paris Cité.
- Various specialized diplomas in fetal medicine, gynecological ultrasound, and colposcopy from prestigious institutions.

EXPERIENCE

- 2015 - 2020: Residency in Gynecology-Obstetrics.
- 2020 - 2021: Part-time practitioner in Fetal Medicine, contributing to clinical guidelines.
- 2021 - 2023: Assistant Chief Clinic - Port-Royal Maternity, University of Paris.
- 2022 - 2024: Research Thesis at Hôpital Saint-Louis, focusing on cell therapy.

PUBLICATIONS

- Over 50 scientific publications in international journals, covering topics such as prenatal diagnosis, surgical techniques, and clinical guidelines.
- Contributions to collaborative studies on COVID-19's impact on surgical practices.
- Ongoing research focused on prenatal cell therapy and fetal conditions, with multiple submissions in progress.

AWARDS & DISTINCTIONS

- 2021: Best Presentation Award at the Journées de Médecine Fœtale for prenatal myelomeningocele research.
- 2022: Michel Zerah Thesis Award for research on stem cell patches.
- 2023: QIM Handicap Ile de France Grant for PhD financing.
- 2024: NORGIN-CNGOF Grant for research on randomized trial participation.

FVCOG2024

XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC: BẢO TỒN TRONG TÌNH HUỐNG NÀO?

BS. Yoan Athiel

Bệnh viện Trousseau, CH Pháp

Hội nghị sản Phụ khoa Việt – Pháp 2024



Xử trí rau cài răng lược: bảo tồn trong tình huống nào?

Yoann Athiel, MD

15/10/2024

Định nghĩa và Dịch tễ học

Rau cài răng lược

Rau bám bề mặt | Rau xâm nhập cơ | Rau đâm xuyên



Bệnh tật về phía mẹ: truyền máu, cắt tử cung, rối loạn đông máu, tổn thương tạng, tử vong…

Tỷ lệ gia tăng(phẫu thuật lấy thai) : **1,7-4,6 / 10 000 ca sinh**

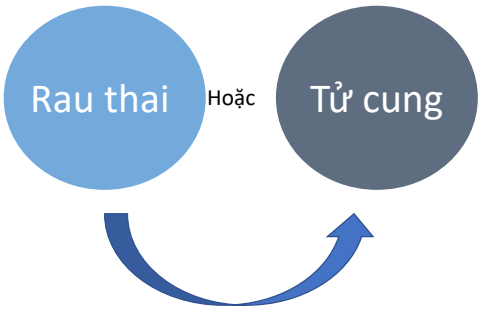
Sentilhes, 2022

Chẩn đoán trên siêu âm

Xử trí/ chiến lược điều trị:

- **Cắt tử cung** — *Tiêu chuẩn vàng*
- **Bảo tồn**

« Bảo tồn » : Nói về vấn đề này như thế nào?



Điều trị bảo tồn

Cách mổ hay chiến thuật cùng mục đích chung là tránh cắt tử cung

Mục đích ?

- **Giảm biến chứng cho mẹ**
- **Bảo tồn tử cung→ Khả năng sinh sản**

Phân loại điều trị

01

Điều trị
- Nguy cơ chảy máu- Phát hiện tình cờ
- Thuận lợi: tránh cắt tử cung ngay cả khi không phải rau cài răng lược

02

Để lại rau thai
- Một phần hay hoàn toàn- Thoái hoá / hoại tử
- Theo dõi- MTX / nút mạch – Cắt tử cung ở giai đoạn sau

03

Cắt bỏ tử cung
- lấy rau+ tử cung + phục hồi lại- Trong thời gian mổ lấy thai

04

Thủ tục "3 P"

- Hình ảnh siêu âm
- Nút mạch /đặt bóng
- Cắt cơ tử cung-rau cả khối

Sentilhes, 2019

So sánh cắt tử cung và điều trị bảo tồn

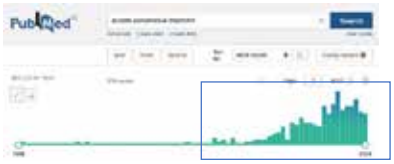
Nghiên cứu hồi cứu

Amsalem 2011, Kutuk 2018, Lional 2020

Thử nghiệm ngẫu nhiên

0

Nghiên cứu quan sát trong quần thể



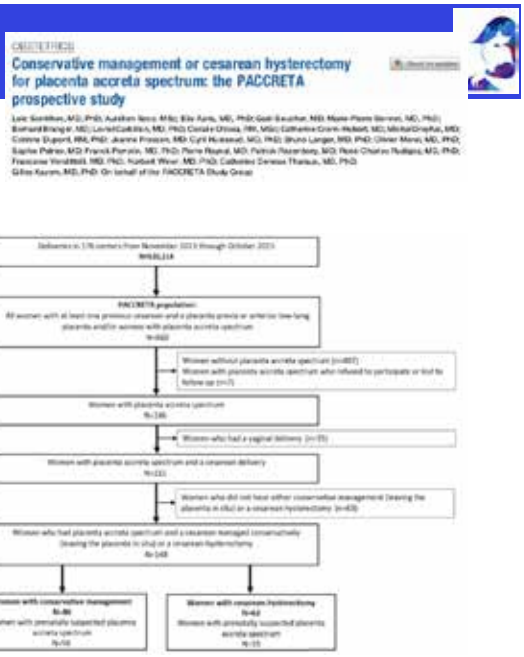
OBSTETRICS

Conservative management or cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum: the PACCRETA prospective study

Loic Sentilhes, MD, PhD; Aurélien Seco, MSc; Elie Azria, MD, PhD; Gaël Beucher, MD; Marie-Pierre Bonnet, MD, PhD; Bernard Branger, MD; Lionel Carbillon, MD, PhD; Coralie Chiesa, RM, MSc; Catherine Crenn-Hebert, MD; Michel Dreyfus, MD; Corinne Dupont, RM, PhD; Jeanne Fresson, MD; Cyril Huissoud, MD, PhD; Bruno Langer, MD, PhD; Olivier Morel, MD, PhD; Sophie Patrier, MD; Franck Perrotin, MD, PhD; Pierre Raynal, MD; Patrick Rozenberg, MD; René-Charles Rudigoz, MD, PhD; Francoise Vendittelli, MD, PhD; Norbert Winer, MD, PhD; Catherine Deneux-Tharaux, MD, PhD; Gilles Kayem, MD, PhD; On behalf of the PACCRETA Study Group



Rau cài răng lược: nghiên cứu tương lai



Mục đích : so sánh khả năng mắc bệnh của người mẹ có rau cài răng lược giữa mổ lấy thai-cắt tử cung và điều trị bảo tồn
Kết quả điều trị để tối ưu so sánh 2 nhóm
8 vùng / 176 cơ sở sản khoa

Tiêu chuẩn chính:
Truyền máu > 4 khối hồng cầu trong 6 tháng sau sinh

Rau cài răng lược: nghiên cứu tương lai

	Điều trị bảo tồn n = 86	Mổ lấy thai-cắt tử cung n = 62	aRR (IC 95%)	p
Truyền > 4 khối hồng cầu	16,3 %	59,0 %	0,29 (0,19 - 0,45)	**< 0,0001**

78% « thành công » (= bảo tồn tử cung)

- Cắt tử cung
- EPS > 3000 mL
- Truyền khối hồng cầu
- Tổn thương tạng

- Viêm niêm mạc tử cung
- Tắc mạch
- Nhập viện sau phẫu thuật

So sánh cắt tử cung và điều trị bảo tồn



BMC Pregnancy and Childbirth

RESEARCH Open Access

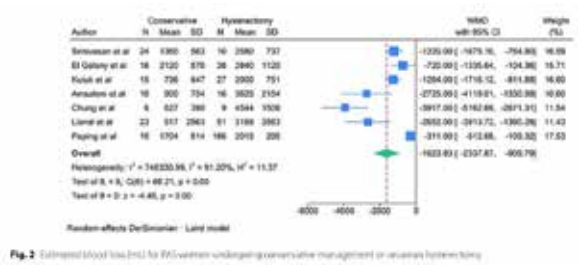
Maternal outcomes of conservative management and cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis

BẢO TỒN TỬ CUNG

- Mất máu
- Truyền máu
- Thời gian phẫu thuật
- nhập viện đơn vị điều trị tích cực
- Rối loạn đông máu

- Viêm niêm mạc tử cung
- Nhập viện sau phẫu thuật

8 nghiên cứu
So sánh cắt tử cung và điều trị bảo tồn



Cắt tử cung giai đoạn sau: **25%**

Nút mạch : **78%**

Cắt tử cung ở giai đoạn sau: thất bại ?

Nghiên cứu	Tỷ lệ cắt tử cung thứ phát
Timmermans 2007	**15 %**
Bretelle 2007	**19 %**
Sentilhes 2010	**22 %**
Fitpatrick 2013	**60 %**
Sentilhes 2022 (PACCRETA)	**22 %**
Pan 2024 (revue)	**25 %**



Rau xuyên thủng tử cung

Khả năng bệnh tật↑

Placenta percreta is associated with more frequent severe maternal morbidity than placenta accreta

Tỷ lệ cắt tử cung thứ phát↑

Khái niệm cắt tử cung« khác biệt » : ↓ khả năng bệnh tật cho sản phụ

Kiên nhẫn chờ đợi ! **Nhiều tuần/tháng…**

Thực hành tại Pháp



Enquête nationale sur la stratégie de prise en charge du placenta accreta en France

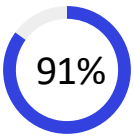
French survey on the management strategy for placenta accreta spectrum

Aurianne Lauroy [a,*], Aurélie Buffeteau [a], Fabien Vidal [b], Olivier Parant [c], Paul Guerby [a,d]



- Câu hỏi được gửi đến 48 trung tâm(Bệnh viện trường đại học loại 3)
- 37 câu trả lời (tỷ lệ tham gia 77%)

Thực hành
(chẩn đoán, điều trị và can thiệp sau sinh)



Điều trị bảo tồn

- Kháng sinh
- Theo dõi
- Cắt tử cung

Và sau đó…

Khả năng sinh sản | Tái phát | Biến chứng

Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta

Sentilhes, Human Reproduction, 2010

1993-2007 / 131 ca điều trị bảo tồn, 27 phụ nữ mong muốn có thai> 24 phụ nữ có thai> 34 người mang tha > 21 phụ nữ sinh đủ tháng

Tái phát **29%**

Delivery outcomes in the subsequent pregnancy following the conservative management of placenta accreta spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis

Javinani, AJOG, 2024

5 nghiên cứu nói về có thai sau điều trị bảo tồn rau cà răng lược

Tái phát **12%**

- 1/4 « bệnh tật cho mẹ»
- 10% cắt tử cung giai đoạn hậu sản

Lựa chọn được chấp nhận/ cá thể hoá ?

Hôpital Cochin Port-Royal AP-HP

2003
2023

240 bệnh nhân rau cài răng lược được xử trí

Centre expert

Điều quan trọng là chẩn đoán trước sinh tốt

Siêu âm hội chẩn/ Cộng hưởng từ/ **Hội chẩn nhiều chuyên khoa**

Thảo luận với bệnh nhân/ thông tin +++

Cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ

Bệnh tật/ Theo dõi / Khả năng sinh sản/ Tái phát

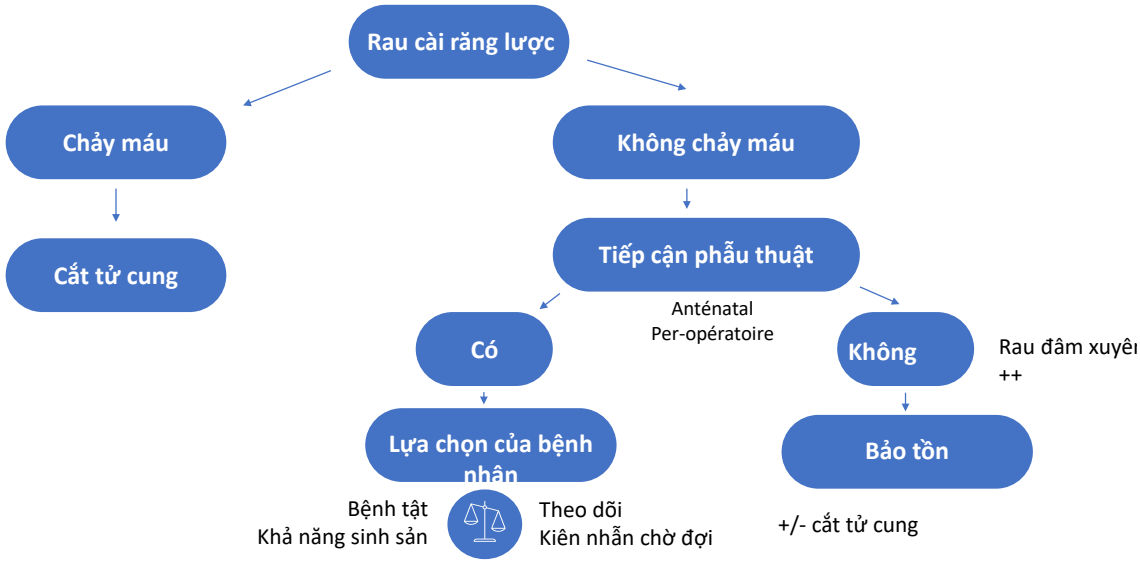
« Kiên nhẫn »
Thay đổi ý kiến

« **Tiếp cận phẫu thuật** »

Nguyên tắc cắt tử cung thì sau,mục đích để thoái hoá rau , giảm bệnh tật phức tạp cho mẹ .

Accreta *vs.* Percreta

Thông tin cho vợ chồng bệnh nhân



Kết luận


Chuẩn bị
Siêu âm hội chẩn/ Cộng hưởng từ/ **Hội chẩn nhiều chuyên khoa**
Thảo luận với bệnh nhân
Bệnh tật / theo dõi / khả năng sinh sản / tái phát
Bảo tồn : "để lại rau"
Quyết định về khả năng tiếp cận phẫu thuật
Theo dõi hậu sản
Không đồng thuận, kiên nhẫn chờ đợi ++


THANK YOU FOR YOUR ATTENTION!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

Tài liệu dành cho công chúng

GEDEON RICHTER



POSTINOR®1

Thuốc tránh thai khẩn cấp

1 viên duy nhất



HOẠT CHẤT VÀ HÀM LƯỢNG: Mỗi viên nén chứa 1,5 mg levonorgestrel.
CHỈ ĐỊNH: Thuốc ngừa thai khẩn cấp, dùng trong vòng 72 giờ sau các cuộc giao hợp không dùng biện pháp tránh thai, hoặc biện pháp tránh thai đã dùng không hiệu quả.
CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Dị ứng với bất cứ thành phần nào của thuốc; bệnh gan nặng; phụ nữ mang thai.
LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG: Uống ngay một viên thuốc, **càng sớm càng tốt** trong 12 giờ đầu và không để muộn hơn 72 giờ sau khi xảy ra cuộc giao hợp không dùng biện pháp tránh thai. Uống thuốc nguyên viên, có thể uống với nước nếu cần. Phụ nữ đã dùng thuốc cảm ứng enzym trong vòng 4 tuần trước đó cần sử dụng biện pháp tránh thai khẩn cấp và không thể đặt vòng tránh thai trong tử cung có thể uống liều gấp đôi Postinor® 1. ***Có thể dùng Postinor® 1 thường xuyên như thế nào?*** Chỉ được dùng Postinor® 1 khi cần phải tránh thai khẩn cấp, không dùng như một biện pháp tránh thai thường xuyên. Nếu dùng Postinor® 1 hơn một lần trong cùng một chu kỳ kinh, thì kinh nguyệt có khả năng bị rối loạn. ***Cần phải làm gì nếu bị nôn?*** Nếu bị nôn trong vòng 3 giờ sau khi uống thuốc, cần phải uống thêm một viên nữa. ***Nếu lỡ uống quá nhiều viên cùng một lúc thì phải làm sao?*** Chưa có báo cáo về những tác hại trầm trọng do việc uống cùng lúc quá nhiều viên thuốc này, nhưng có thể bị buồn nôn, nôn, hoặc xuất huyết âm đạo. ***Sau khi dùng thuốc Postinor® 1, cần lưu ý điều gì?*** Nếu không đang dùng thuốc tránh thai thường xuyên, sau khi uống thuốc Postinor® 1, cần phải sử dụng bao cao su hoặc màng chắn diệt tinh trùng để tránh thai trong các lần giao hợp sau đó, cho tới khi hành kinh. Bởi vì Postinor® 1 không có tác dụng tránh thai cho những lần giao hợp sau. Ba tuần sau khi dùng Postinor® 1, nên gặp bác sĩ để được xác định là thuốc đã có tác dụng. Nếu kinh nguyệt trễ hơn 5 ngày, hoặc kinh ra nhiều hay ít hơn bình thường, cần gặp bác sĩ càng sớm càng tốt. Trường hợp vẫn tiếp tục dùng các phương pháp tránh thai thường xuyên có chứa nội tiết tố, và không thấy có kinh vào khoảng thời gian đang uống viên không hoạt chất thì cần gặp bác sĩ ngay để được xác định xem có thai hay không. ***Trẻ em:*** Không khuyến cáo dùng levonorgestrel cho trẻ em và thanh thiếu niên. Dữ liệu cho nữ giới dưới 16 tuổi còn hạn chế.
CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG: ***Nếu ở trong bất kỳ tình trạng nào sau đây, cần báo cho bác sĩ biết trước khi dùng Postinor® 1 vì có thể thuốc ngừa thai khẩn cấp không phù hợp:*** Phụ nữ đang mang thai hoặc nghĩ rằng có lẽ đã thụ thai; trễ kinh, hoặc kỳ kinh cuối bất thường; sau giao hợp không dùng biện pháp tránh thai và đã quá 72 giờ; bệnh đường ruột; bệnh suy gan nặng; không dung nạp galactose.
Postinor® 1 không phải là biện pháp tránh thai thường xuyên và chỉ phù hợp như một biện pháp khẩn cấp. Phụ nữ cần dùng lặp lại thuốc tránh thai khẩn cấp được khuyên nên dùng các biện pháp tránh thai lâu dài.
Phụ nữ có thai: Không được dùng thuốc này. Thuốc không gây sảy thai. Kể từ kỳ kinh cuối, nếu có trải qua một cuộc giao hợp không dùng biện pháp tránh thai, xảy ra quá 72 giờ thì có thể đã thụ thai, vì vậy việc dùng thuốc có thể không đem lại kết quả. Nếu vẫn có thai sau khi dùng thuốc, cần phải gặp bác sĩ. Không có bằng chứng nào cho thấy Postinor® 1 gây hại đến thai nhi, nhưng bác sĩ cần phải chẩn đoán tình trạng thai ngoài tử cung. Việc gặp bác sĩ đặc biệt quan trọng nếu cảm thấy đau bụng nặng sau khi dùng Postinor® 1, hoặc nếu đã có lần mang thai ngoài tử cung, phẫu thuật ống dẫn trứng hoặc viêm vùng chậu.
Phụ nữ cho con bú: Có một lượng rất nhỏ hoạt chất của thuốc có thể đi vào sữa mẹ. Điều này không được cho là có hại đối với em bé, nếu không an tâm thì có thể uống thuốc ngay sau khi cho bé bú và không cho bú trong ít nhất là 8 giờ.
Tác động của thuốc trên khả năng lái xe và vận hành máy: Chưa có nghiên cứu nào về tác dụng của thuốc trên khả năng lái xe và vận hành máy.
Các bệnh lây truyền qua đường tình dục: Thuốc này không bảo vệ khỏi các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN: Phổ biến nhất là buồn nôn sau khi dùng thuốc. Trong trường hợp bị nôn, xem lại phần hướng dẫn ***"Cần phải làm gì nếu bị nôn?"***. Kinh nguyệt có thể thay đổi, cũng có thể xảy ra xuất huyết bất thường hoặc xuất huyết lấm tấm trong thời gian sau dùng thuốc cho đến kỳ kinh tiếp theo. Nếu bạn bị trễ kinh quá 5 ngày hay kinh nguyệt ra nhiều hơn hoặc ít hơn bình thường, cần xin ý kiến bác sĩ càng sớm càng tốt. Có thể bị căng tức vú, nhức đầu, đau bụng dưới, tiêu chảy, chóng mặt hoặc mệt mỏi sau sử dụng thuốc. Những triệu chứng này sẽ giảm dần sau vài ngày. Một số tác dụng không mong muốn rất hiếm gặp: đau bụng, đỏ da, mày đay, ngứa, đau khung chậu, đau bụng kinh, phù mặt.
Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.
Tài liệu tham khảo: Tờ hướng dẫn sử dụng của Postinor® 1

SỐ GIẤY XÁC NHẬN NỘI DUNG QUẢNG CÁO THUỐC CỦA BỘ Y TẾ:
0780/2018/XNQC/QLD,
ngày 05 tháng 11 năm 2018

NHÀ SẢN XUẤT:
Gedeon Richter Plc.
Gyömrői út 19-21,
Budapest, 1103,
Hungary

VĂN PHÒNG ĐẠI DIỆN TẠI TP. HỒ CHÍ MINH:
2A Nguyễn Văn Hưởng, Thảo Điền, Q. 2, TP.HCM
ĐT: (84-28) 3744 2655
Fax: (84-28) 3744 2654

VĂN PHÒNG ĐẠI DIỆN TẠI HÀ NỘI:
Phòng 1102, lầu 11, Capital Tower
109 Trần Hưng Đạo, Hoàn Kiếm, HN
ĐT: (84-24) 3761 7661
Fax: (84-24) 3761 7665

NHÀ PHÂN PHỐI:
CTy TNHH Dược Kim Đô
31/3-31/5 Phạm Phú Thứ,
P.11, Q. Tân Bình, TP.HCM
ĐT: (84-28) 3971 8448

Belara®

1. Tên sản phẩm: **BELARA®** viên nén bao phim. **2. Thành phần mỗi viên:** 0,03 mg ethinylestradiol và 2 mg chlormadinon acetat. **3. Chỉ định:** Thuốc nội tiết tố dùng tránh thai. **4. Liều dùng & cách dùng:** Dùng hàng ngày vào cùng thời điểm, trong 21 ngày liên tiếp, sau đó ngưng thuốc 7 ngày. Sau 7 ngày ngưng thuốc, dùng vỉ tiếp theo dù vẫn còn hay đã hết kinh nguyệt. ***Bắt đầu dùng thuốc tránh thai nội tiết,*** uống viên đầu tiên vào ngày 1 của chu kỳ. Bắt đầu vào ngày thứ 2 - 5 của chu kỳ, cần thêm biện pháp tránh thai cơ học trong 7 ngày đầu. **Chuyển đổi từ thuốc tránh thai khác:**•Từ thuốc tránh thai kết hợp khác, bắt đầu dùng Belara sau khoảng thời gian ngưng thuốc hoặc sau thời gian dùng viên giả dược.•Từ thuốc tránh thai chỉ chứa progestogen, dùng Belara sau ngày dùng viên tránh thai chỉ chứa progestogen, nên dùng thêm biện pháp tránh thai cơ học trong 7 ngày đầu tiên.•Từ thuốc dạng tiêm hoặc cấy dưới da, dùng Belara sau ngày gỡ miếng cấy dưới da hoặc vào ngày tiêm thuốc dự kiến, nên dùng thêm phương pháp tránh thai cơ học trong 7 ngày đầu tiên. ***Dùng thuốc không thường xuyên:*** Quên 1 viên nhưng đã uống lại trong vòng 12 giờ, tiếp tục dùng thuốc như bình thường. Quên quá 12 giờ, uống ngay viên cuối cùng bị quên, thậm chí uống 2 viên cùng lúc, các viên khác dùng như thường lệ, dùng biện pháp tránh thai cơ học trong 7 ngày tiếp theo. **5. Chống chỉ định:** Đái tháo đường mất kiểm soát; Tăng huyết áp không kiểm soát; Đang bị hoặc có nguy cơ huyết khối tĩnh mạch, huyết khối động mạch; Viêm gan, vàng da, rối loạn chức năng gan; Ngứa toàn thân, ứ mật, đặc biệt trong lần mang thai hoặc điều trị bằng estrogen trước đó; Hội chứng Dubin-Johnson, hội chứng Rotor, rối loạn tiết mật; Tiền sử hoặc đang có khối u ở gan; Đau dữ dội vùng thượng vị, phì đại gan hoặc có triệu chứng xuất huyết ổ bụng; Lần đầu mắc hoặc tái phát cơn rối loạn chuyển hóa porphyrin; Đang có hoặc tiền sử khối u ác tính nhạy cảm với hormon như ung thư vú hoặc ung thư tử cung; Rối loạn chuyển hóa lipid nặng; Viêm tụy hoặc có tiền sử viêm tụy, nếu có kết hợp với tăng triglycerid máu; Triệu chứng đau nửa đầu hoặc tăng tần suất xuất hiện cơn đau đầu dữ dội; Tiền sử đau nửa đầu với triệu chứng thần kinh khu trú; Rối loạn cảm thụ cấp tính như rối loạn thị giác hoặc thính giác; Rối loạn vận động; Tăng số cơn động kinh; Trầm cảm nặng; Xốp xơ tai thoái hóa trong những lần mang thai trước đó; Vô kinh không rõ nguyên nhân; Tăng sản nội mạc tử cung; Chảy máu bộ phận sinh dục không rõ nguyên nhân; Mẫn cảm với thành phần thuốc. **6. Cảnh báo:** Hút thuốc làm tăng nguy cơ tác dụng phụ nghiêm trọng trên tim mạch. Phụ nữ >35 tuổi có hút thuốc nên sử dụng biện pháp tránh thai khác. Sử dụng thuốc tránh thai nội tiết phối hợp có liên quan với tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, huyết khối, đột quỵ hoặc khối u ở gan. **Nếu các yếu tố nguy cơ dưới đây tăng nặng hoặc xuất hiện lần đầu, nên tham khảo ý kiến bác sĩ:** Béo phì; bất động kéo dài, đại phẫu hoặc phẫu thuật ở chân hoặc khung chậu, phẫu thuật thần kinh hoặc chấn thương lớn; tiền sử gia đình huyết khối; ung thư, lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng tan huyết urê huyết, viêm ruột mạn tính, hồng cầu hình liềm; lớn tuổi; tăng huyết áp; đau nửa đầu; đái tháo đường; tăng homocystein máu; bệnh van tim, rung nhĩ; rối loạn lipoprotein máu; **Nếu có các triệu chứng sau, cần chăm sóc y tế ngay và báo cho bác sĩ:** sưng một bên chân và/hoặc bàn chân hoặc dọc theo tĩnh mạch chân; đau hoặc căng cứng ở chân; chân có cảm giác ấm hơn, trở nên đỏ hoặc đổi màu; đột ngột thở ngắn không rõ nguyên nhân hoặc thở gấp; đột ngột ho, ho ra máu; đau buốt ở ngực; chóng mặt, choáng váng nặng; nhịp tim nhanh hoặc bất thường; đột ngột tê hoặc yếu cơ ở mặt, cánh tay hoặc chân, đặc biệt ở cùng một bên cơ thể; đột ngột đi lại khó khăn, chóng mặt, mất khả năng giữ thăng bằng, phối hợp động tác; đột ngột lú lẫn, nói hoặc hiểu khó; đột ngột nhìn khó ở một hoặc cả hai mắt; đau đầu đột ngột, đau đầu nặng hoặc kéo dài không rõ nguyên nhân; mất nhận thức hoặc ngất, có động kinh hoặc không; đau, khó chịu, cảm giác bị chèn ép, tức ngực, cảm giác căng tức ở cánh tay hoặc dưới xương ức; khó chịu lan tỏa ở lưng, hàm, họng, cánh tay và bụng; cảm giác no đầy, khó tiêu, nghẹt thở; toát mồ hôi, buồn nôn, nôn hoặc chóng mặt; mệt mỏi, lo lắng; •Nếu nghi ngờ hoặc khẳng định có huyết khối, cần ngừng dùng Belara. •Nếu đau bụng dữ dội không tự khỏi, cần ngừng thuốc và xem xét khả năng gan to hoặc các dấu hiệu xuất huyết ổ bụng liên quan đến khối u tại gan. •Nếu tăng huyết áp có ý nghĩa lâm sàng, nên ngừng thuốc và điều trị tăng huyết áp, có thể dùng Belara khi huyết áp trở về bình thường. •Phụ nữ có tiền sử herpes sinh dục, có thể tái phát. •Nguy cơ viêm tụy tăng ở phụ nữ có tiền sử tăng triglycerid máu hoặc tiền sử gia đình tăng triglycerid máu. •Rối loạn chức năng gan cấp tính hoặc mạn tính, tái phát vàng da ứ mật đã từng xuất hiện trong thai kỳ hoặc khi sử dụng hormon sinh dục trước đây, cần ngừng thuốc cho đến khi chức năng gan trở về bình thường. •Theo dõi chặt bệnh nhân đái tháo đường vì thuốc có thể ảnh hưởng đến sự đề kháng insulin ngoại vi hoặc khả năng dung nạp glucose. •Không dùng cho người không dung nạp galactose, thiếu hụt men Lapp lactase, kém hấp thu glucose-galactose. **7. Thận trọng:** ***Các trường hợp cần giám sát y tế đặc biệt:*** động kinh; xơ cứng bì rải rác; uốn ván; đau nửa đầu; hen phế quản; suy tim, suy thận; múa giật nhẹ; đái tháo đường; bệnh lý gan; rối loạn lipoprotein máu; bệnh tự miễn; béo phì; tăng huyết áp; lạc nội mạc tử cung; giãn tĩnh mạch; viêm tĩnh mạch; rối loạn đông máu; bệnh tuyến vú; u cơ tử cung; herpes sinh dục; trầm cảm; viêm ruột mạn tính. ***Giảm hiệu quả:*** Quên uống thuốc, nôn hoặc rối loạn tiêu hóa, dùng đồng thời dài ngày với một số thuốc, các tình trạng rối loạn chuyển hóa hiếm gặp. ***Xuất huyết lấm tấm/xuất huyết ngoài chu kỳ:*** Có thể có xuất huyết âm đạo bất thường đặc biệt trong một vài chu kỳ đầu. Nếu xuất huyết dai dẳng hoặc xảy ra khi chu kỳ trước đó bình thường, thăm khám để loại trừ có thai hoặc rối loạn cơ quan. Xuất huyết giữa kỳ có thể là dấu hiệu giảm hiệu quả. ***Vô kinh:*** Trong một vài tháng đầu, có thể không thấy kinh, đây không phải là dấu hiệu thuốc giảm tác dụng. Nếu dùng Belara không đúng hướng dẫn trước khi vô kinh lần đầu hoặc vô kinh trong 2 chu kỳ liên tiếp, loại trừ khả năng mang thai trước khi tiếp tục dùng thuốc. **8. Tác dụng không mong muốn:** ***Phổ biến:*** xuất huyết ngoài chu kỳ, xuất huyết lấm tấm (thường giảm khi tiếp tục dùng Belara), đau đầu, khó chịu vùng ngực, buồn nôn, tăng tiết dịch âm đạo, đau bụng kinh, vô kinh. ***Ít gặp:*** Mẫn cảm với thuốc; đau bụng, đầy bụng, tiêu chảy; rối loạn sắc tố, nám da, rụng tóc, da khô; đau lưng, rối loạn cơ; tự tiết sữa, u sợi tuyến vú, nhiễm Candida âm đạo; giảm ham muốn tình dục, tăng tiết mồ hôi; thay đổi lipid máu bao gồm tăng triglycerid máu. ***Hiếm gặp:*** viêm kết mạc, không dung nạp kính áp tròng; mất thính lực đột ngột, ù tai; tăng huyết áp, hạ huyết áp, ngừng tuần hoàn, suy tĩnh mạch, huyết khối động mạch hoặc tĩnh mạch; mề đay, chàm, ban đỏ, ngứa, bệnh vẩy nến trầm trọng hơn, "hội chứng người sói"; vú to, viêm âm hộ âm đạo, rong kinh, hội chứng tiền kinh nguyệt; chán ăn. ***Rất hiếm gặp:*** Bệnh hồng ban nút. **9. Phụ nữ mang thai và cho con bú:** ***Thời kỳ mang thai:*** Không dùng Belara trong thai kỳ. Không có bằng chứng về khả năng gây quái thai hoặc độc tính lên thai nhi khi dùng estrogen kết hợp progestogen khác với liều tương tự Belara. Không có dữ liệu lâm sàng cho thấy bất cứ độc tính nào trên thai nhi của chlormadinon acetat. ***Thời kỳ cho con bú:*** Không dùng thuốc trong thời kỳ cho con bú. **10. Tương tác thuốc:** ***Giảm nồng độ ethinylestradiol huyết thanh:*** thuốc làm tăng nhu động dạ dày ruột, làm giảm hấp thu, chất gây cảm ứng enzym microsom gan: rifampicin, rifabutin, barbiturat, thuốc chống động kinh, griseofulvin, barbexaclon, primidon, modafinil, thuốc ức chế protease, cỏ thánh John; một số kháng sinh. Khi điều trị với các thuốc này, dùng thêm biện pháp tránh thai cơ học và trong 7 ngày sau đó. Với các hoạt chất làm giảm nồng độ ethinylestradiol huyết thanh do gây cảm ứng enzym microsom gan, cần dùng thêm biện pháp tránh thai cơ học tới 28 ngày sau khi ngừng điều trị. ***Làm tăng nồng độ ethinylestradiol huyết thanh:*** acid ascorbic, paracetamol; atorvastatin; thuốc kháng nấm nhóm imidazol (fluconazol), indinavir, troleandomycin. ***Ethinylestradiol làm tăng nồng độ huyết thanh của:*** diazepam, ciclosporin, theophylin, prednisolone. ***Ethinylestradiol làm giảm nồng độ huyết thanh của:*** clofibrat, paracetamol, morphin, lorazepam. Tác dụng của insulin và thuốc trị đái tháo đường đường uống có thể thay đổi do thuốc ảnh hưởng lên sự dung nạp glucose. **11. Nhà sản xuất:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21, Budapest, 1103, Hungary. **12. Nhà phân phối:** Công ty TNHH Dược Kim Đô, 31/3-31/5 Phạm Phú Thứ, P.11, Q. Tân Bình, TP.HCM. ĐT: (84-28) 3971 8448.

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.

(1) Hướng dẫn sử dụng Belara® đã được Bộ Y tế phê duyệt.

Để biết thêm thông tin về sản phẩm và báo cáo cảnh giác Dược, vui lòng gửi email về địa chỉ: drugsafety@richter.vn



Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 0745/2018/XNTT/QLD, ngày 17 tháng 12 năm 2018.



GEDEON RICHTER



Dr. ANNE GAEL CORDIER

Tenon Hospital, Paris, France

DIPLOMAS

- HDR in Life and Health Sciences, Sorbonne Université
- Doctorate, Université Paris Descartes, INSERM UMR S 1139
- Medical Doctor, Université Paris-Sud
- Master's Degree in Reproduction and Development, Paris VII-XI, INRA
- Specialized Degrees in Gynecology-Obstetrics, Clinical Anatomy, Fetal Medicine, Obstetric Ultrasound, Perinatal Medicine, and Medical Pedagogy

EXPERIENCE

- 1995 - 2003: Medical Studies at Université Paris-Sud
- 2009 - 2019: Various roles including Hospital Practitioner at Hôpital A Béclère
- 2015 - 2017: Mobility, Doctorate in Sciences, Université Paris Descartes
- Nov 2021 - Sep 2022: Hospital Practitioner, Head of Obstetrics and Gynecological Emergencies, Hôpital Tenon
- Sept 2022 - Sep 2023: Associate Professor, Hôpital Tenon
- Sep 2023: University Professor-Hospital Practitioner, Hôpital Tenon, Gynecology-Obstetrics

PUBLICATIONS

- Publications: 103 indexed publications; H-index: 19
- Research Involvement: Principal investigator for multicentric clinical trials and PHRC studies
- Labelled Research Structure: INSERM UMR S 1139 since 2012
- Research Contracts: Multiple contracts secured for significant research projects

AWARDS & DISTINCTIONS

- Best Poster Award at IUGR Symposium, 2009
- Best Oral Communication Award at International Fetal Medicine & Surgery Society, 2013
- Research Grants: Notable funding from various organizations, including a doctoral contract worth €102,600 in 2015
- Supervision of Theses and Research Projects: Mentored numerous Master's and doctoral candidates in relevant fields

BS. Anne Gael Cordier



Doppel herz®

SỐ 1 TẠI ĐỨC*

THƯƠNG HIỆU 120 NĂM

XÂY DỰNG CUỘC SỐNG KHỎE MẠNH & NĂNG ĐỘNG

NHẬP KHẨU CHÍNH HÃNG



Nhập khẩu và phân phối chính thức bởi Mastertran

1800 1770
www.doppelherz.vn

Nguồn: NielsenIQ, cơ sở dữ liệu Theo dõi thị trường Nielsen, Vitamin và Khoáng chất, MAT tháng 3 năm 2021 và 2022, doanh số bán hàng của cửa hàng Bán lẻ Thực phẩm + Hiệu thuốc (không có Chiết khấu), tại Đức (Bản quyền © 2022 Công ty Nielsen (Mỹ), LLC. Mọi quyền được bảo lưu.)
Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

Doppel herz®

SỐ 1 TẠI ĐỨC*

Dưỡng chất trao con vẹn tròn tình mẹ





TS.BS
ĐỖ VĂN LỢI

Trưởng Đơn vị Chống đau -
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- Từ năm 1993 – 1999: Bác sĩ Đa khoa – Trường Đại học Y Hà Nội
- Từ năm 1999 – 2000: Chuyên khoa định hướng GMHS
- Từ năm 2005 – 2007: Thạc sĩ GMHS – Trường Đại học Y Hà Nội
- Từ năm 2007 – 2010: Lớp GMHS Châu Âu, Chứng chỉ GMHS - Đại học Paris 7
- Từ năm 2011 – 2017: NCS Tiến sĩ GMHS – Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ năm 2000 đến năm 2006: Bác sĩ Gây mê hồi sức – Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương, nay là Bệnh viện Phổi Trung ương
- Từ năm 2007 đến năm 2016: Bác sĩ Gây mê hồi sức – Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2016 đến nay: Phó trưởng khoa GMHS – Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2018 đến năm 2021: Phụ trách Đơn vị Chống đau – Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ tháng 03/2023 đến nay: Trưởng Đơn vị Chống đau – Bệnh viện Phụ sản Trung ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 02 bài báo quốc tế
- 16 bài báo trong nước
- 02 sách
- 01 báo cáo Quốc tế

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 03 Bằng khen Bộ Y tế
- 01 Huy hiệu Thành phố Hồ Chí Minh

FVCOG2024

GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI THỰC TRẠNG VÀ XU HƯỚNG

TS. Đỗ Văn Lợi

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action

Cornel M. Angolile, [1,2,3,4] Baraka L. Max, [1,3] Justice Mushemba, [1,2,3,4] and Harold L. Mashauri [1,2,3,4]

• Author information • Article notes • Copyright and License information PMC Disclaimer

2023

Từ 1990 đến nay, tỷ lệ CS tăng từ 7% => 21%
Đến 2030 = > 29%
Trong khi tỷ lệ khuyến cáo: 10% - 15%

USA = 32.9 % ⇔ 1,2 triệu C/năm
France = 21,4 %
Vietnam = 34,4 %
Brazil = up to 80%



Nguyên nhân:
+ Thừa cân, béo phì
+ Sức chịu đựng
+ Xã hội, tín ngưỡng….

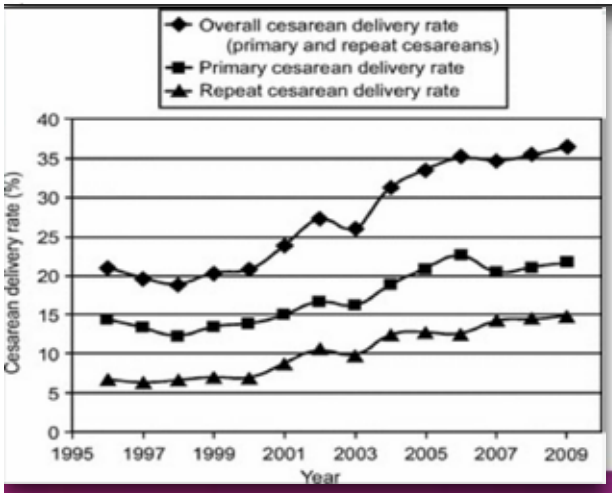
FVCOG2024

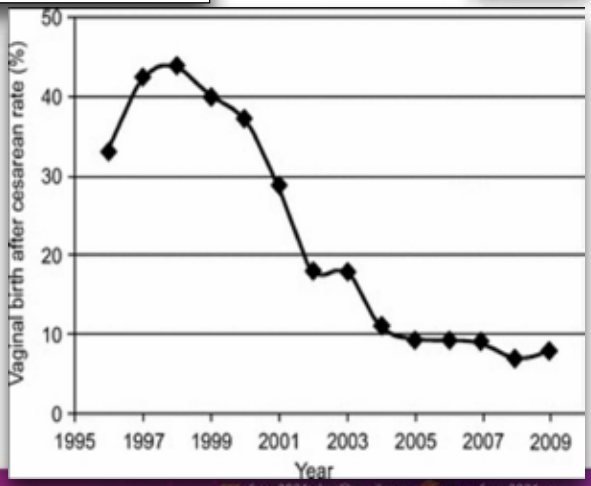
Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate

Emma L. BARBER, MD[1], Lisbet LUNDSBERG, PHD[2], Kathleen BELANGER, PHD[2], Christian M. PETTKER, MD[1], Edmund F. FUNAI, MD[1], and Jessica L. ILLUZZI, MD, MS[1,2]

2012







FVCOG2024

GIẢM ĐAU SAU MỔ CÓ THỰC SỰ CẦN THIẾT?



Enhanced Recovery After Cesarean: Current and Emerging Trends

Kishan Patel and Mark Zakowski

• Author information • Article notes • Co

2021

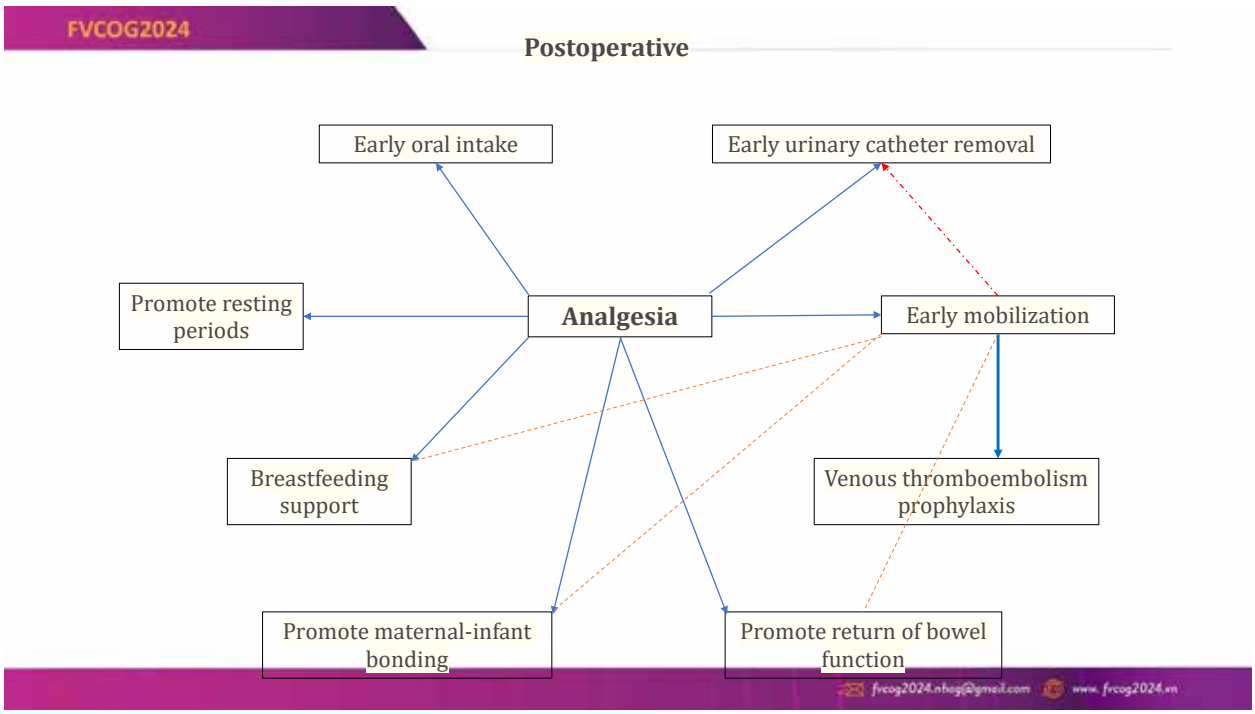
Recent Findings

Enhanced recovery after cesarean delivery (ERAC) provides an evidenced-based system to improve maternal outcomes, functional recovery, maternal-infant bonding, and patient experience. Postsurgical recovery has evolved from a one-dimensional pain score to a holistic multidimensional approach emphasizing faster functional recovery. ERAC involves multidisciplinary efforts of the anesthesiologist, obstetrician, nursing, hospital, and patient. Components of ERAC include preoperative patient education, limited fasting, carbohydrate load, limiting opioids intra- and postoperatively, using scheduled non-opioid analgesics and supplementing with advanced therapies for women at higher risk for pain. ERAC protocols reduce opioid consumption, reduce length of stay, and improve maternal and neonatal outcomes.

- Kết quả người mẹ
- Hồi phục các chức năng
- Gắn kết mẹ - con
- Trải nghiệm sản phụ

Key components of enhanced recovery after cesarean **(ERAC)**

Preoperative	Intraoperative	Postoperative
• Patient education	• Prevent and treat spinal iduced hypotension	• Early oral intake
• Limited fasting interval	• Maintain normothermia	• Early mobilization
• Carbohydrate loading	• Intra- and postop nausea and vomiting prophylaxis	• Promote resting periods
	• Optimal uterotonic administration	• Early urinary catheter removal
	• Multimodal analgesia	• Venous thromboembolism prophylaxis
	• Promote breastfeeding and maternal-infant bonding	• Continue multimodal analgesia
		• Breastfeeding support
		• Promote return of bowel function



Enhanced Recovery After Cesarean: Current and Emerging Trends

Kishan Patel and Mark Zakowski

Author information · Article notes · Copyright and License information PMC Disclaimer

2021

Chronic pain, which often starts as acute pain, has become a major public health problem affecting 20.4% adults in 2019 [10]. Women have more chronic pain (21.7% vs. 19%, $P < 0.05$) and more high-impact chronic pain (8.5% vs. 6.3%, $P < .05$) than men, even affecting 9-15% of 18-44 year olds [10]. Previous studies have shown an association between higher pain scores after delivery with a higher incidence of postpartum depression and development of chronic pain [3, 6, 11••, 12•]. Higher pain postdelivery has been associated with lower rates of breastfeeding as well as a higher incidence of postpartum depression and chronic pain [13]. Every 10% increase in severe pain postoperatively was associated with a 30% increase in chronic pain 1 year later [14]. Higher analgesic consumption in the first 48 h also has been linked to development of chronic pain [15]. Healthcare disparities in pain and the treatment of pain exist as well [16].

Có liên quan đau sau mổ

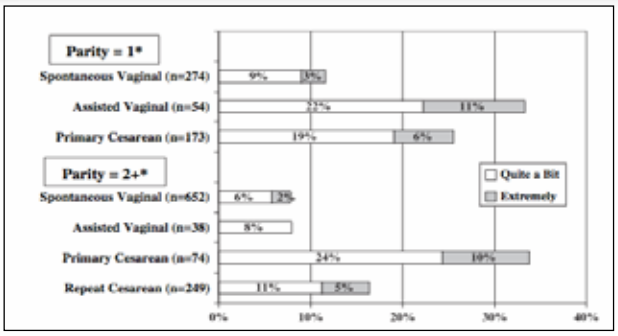
- Trầm cảm sau sinh
- Đau mạn tính
- Nuôi con bằng sữa mẹ

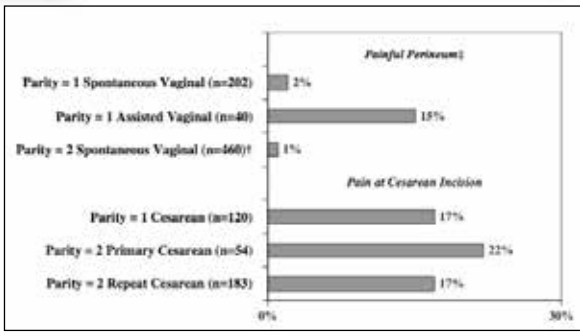
Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey

Eugene Declercq, PhD, Deborah K. Cunningham, MN, MPH, Cynthia Johnson, MD, and Carol Sakala, PhD, MSPH

2018







Đau ảnh hưởng đến hoạt động thường ngày sau 2 tháng

Đau kéo dài sau 6 tháng

Persistent pain after cesarean delivery

K.W. Sun, P.H. Pan

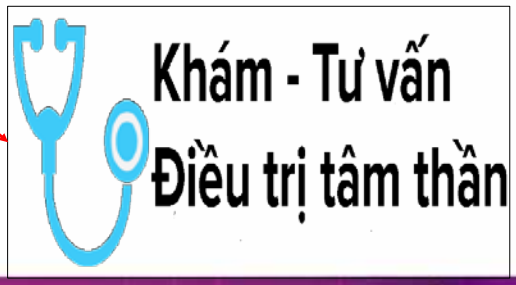
2019



	Factors	Clinical examples	References
Pre-operative	Psychological and social factors	Anxiety, depression, stress, lower socioeconomic or deprivation status, elective request or emergency cesarean delivery	1,6,7,25,32,33,34
	Opioid-induced hyperalgesia	Pre-operative opioid use, previous opioid exposure or repeated exposure	66–71
	Pre-existing pain and pain elsewhere	Pre-operative pain severity, previous surgery/ injury	11,26,33,46,47,61,63–65
Intra-operative	Surgical technique*	Pfannenstiel incision (number and length), surgical duration, nerve injury/entrapment	7,25,54,55,93,107
	Anesthetic technique*	General vs neuraxial/regional anesthesia, spinal morphine, dose of spinal medication, high/ repeat opioid dose use	6,11,46,54,62,75,76,107
Postoperative	Acute postoperative pain	Severity of acute postoperative pain	2,3,11,22,32,33,46,47,65,77,78
	Depression	Postpartum depression	2,32

CÁC NGUY CƠ CỦA ĐAU CẤP TÍNH SAU MỔ





THỰC TRẠNG

Mỗi nơi một kiểu

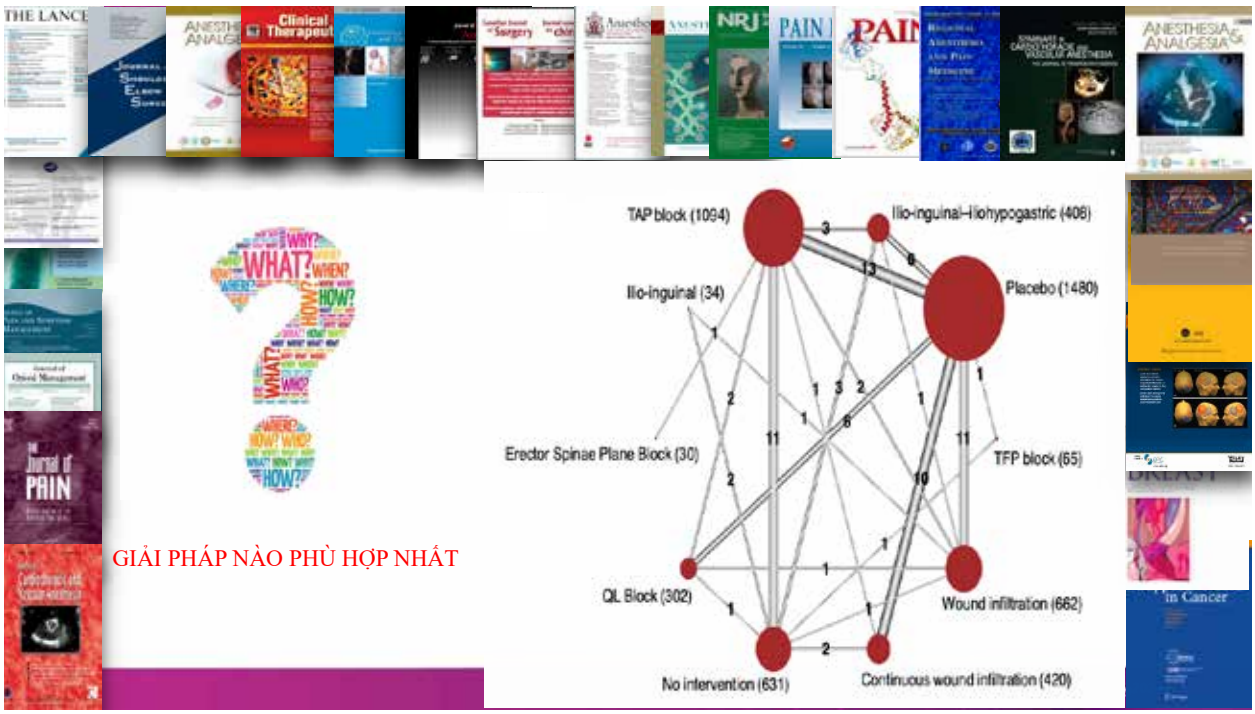
- Sử dụng thuốc giảm đau (paracetamol, diclofenac, morphin…) – Không quan tâm hiệu quả
- PCA morphin - NSAID
- Giảm đau trục thần kinh
- Gây tê vùng
- Phối hợp (multimodal) tự phát – có hoặc không XD phác đồ

Nguyên nhân

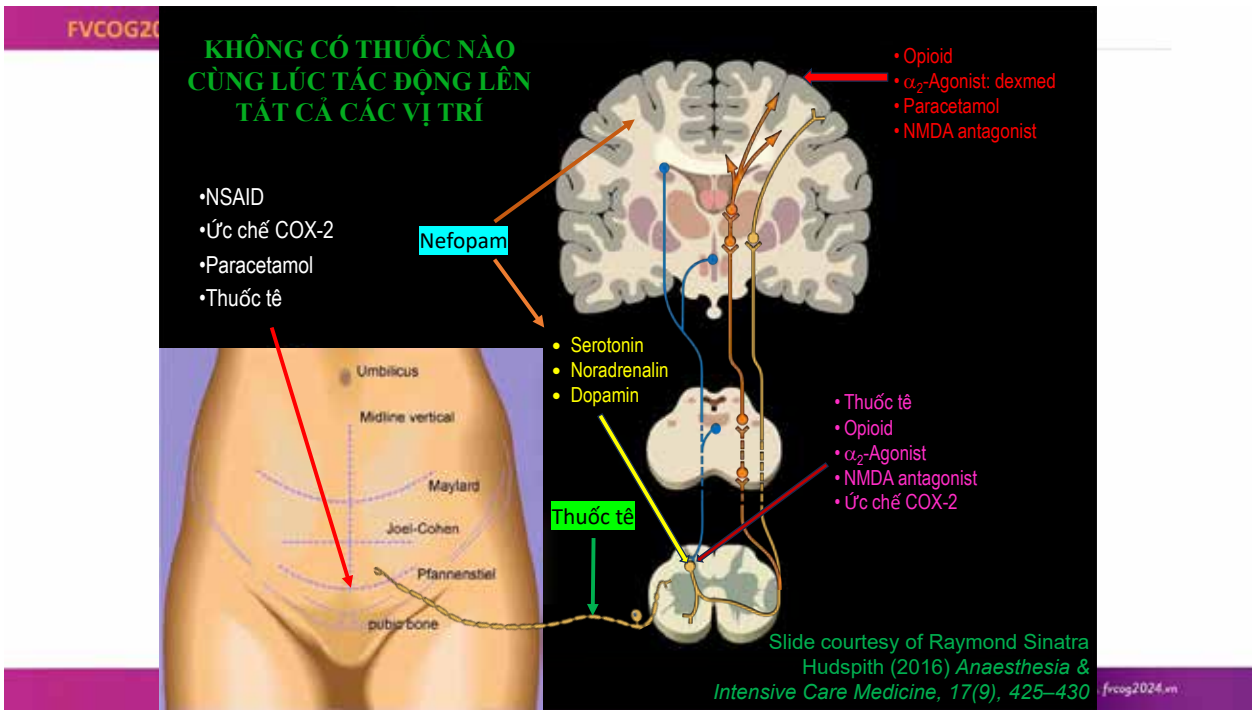
- Lãnh đạo
- PTV
- BS GMHS
- Cơ chế chính sách



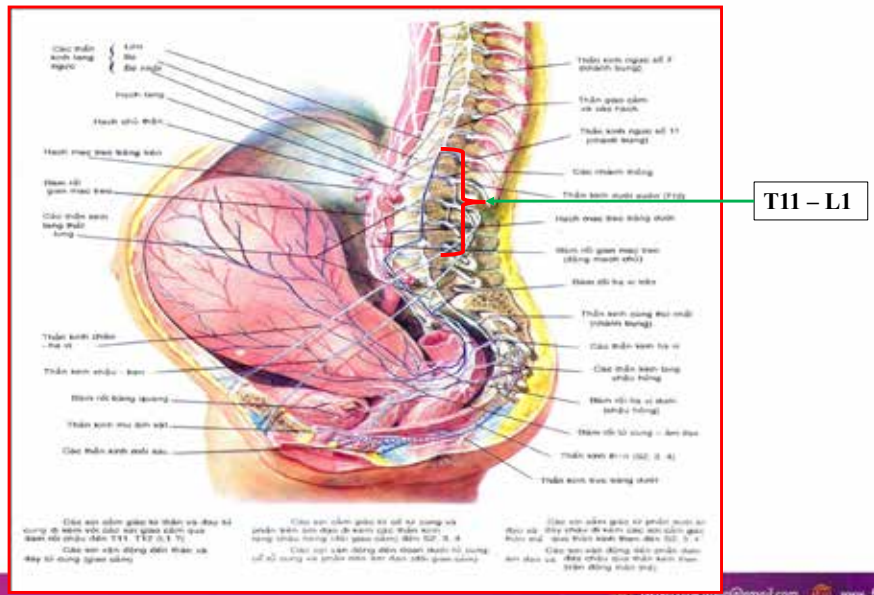
GIẢI QUYẾT ????????



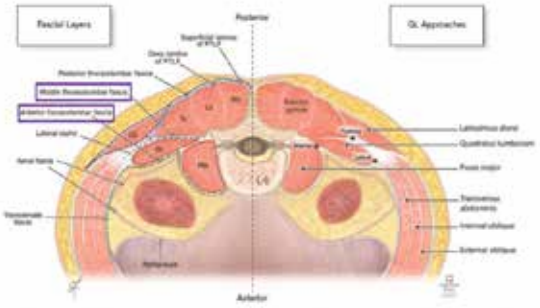
GIẢI PHÁP NÀO PHÙ HỢP NHẤT



CHI PHỐI THẦN KINH

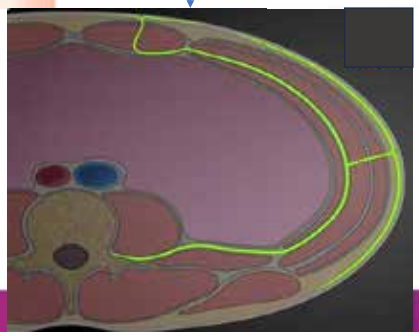






WOUND CATHETER

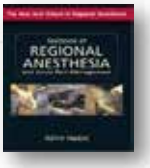
TAP BLOCK



QL BLOCK

Quadratus Lumborum Block

Analgesic Effects and Chronological Ropivacaine Concentrations After Laparoscopic Surgery



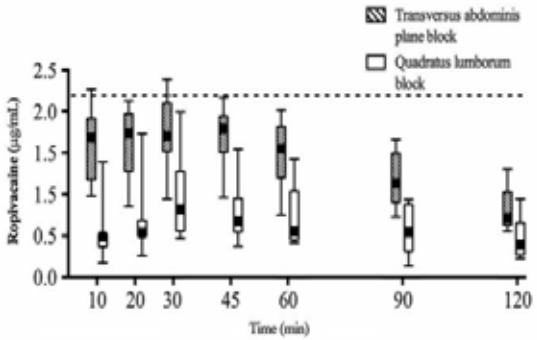
Takeshi Murouchi, MD

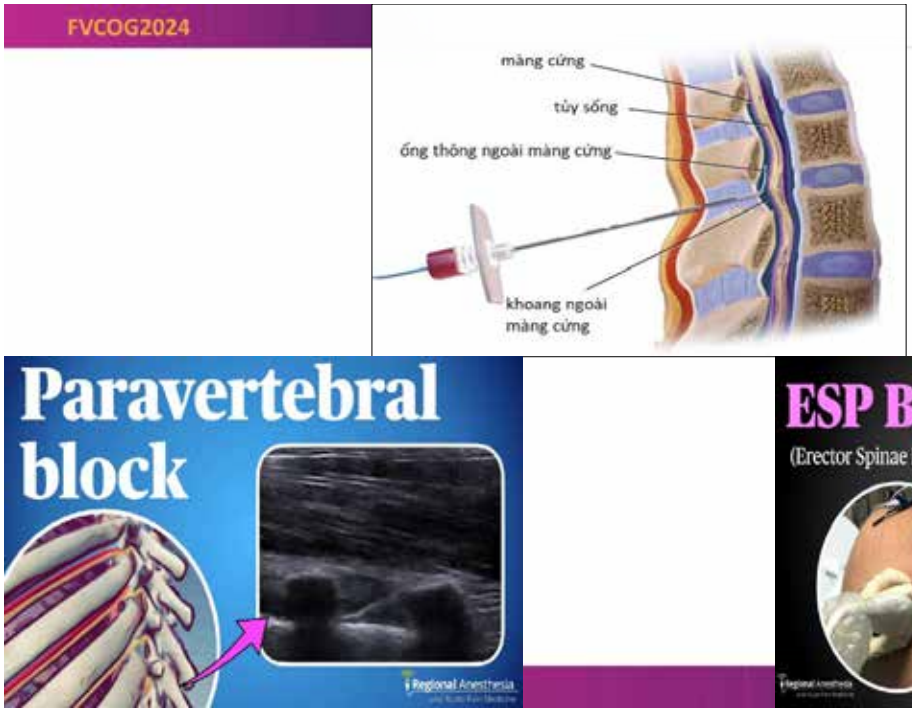
2016

DURATION

TABLE 2. Outcome Measures

Variable	QLB (n = 11)	TAPB (n = 11)	*P*
Outcome measures			
Dose of ropivacaine, mg/kg	2.8 (0.5)	3.0 (0.3)	0.33
T_{max}, min	35 (13)	35 (11)	0.93
C_{max}, μg/mL	1.0 (0.5)	1.8 (0.4)	0.0002*
Duration of analgesia, h	>24	7.0 (5.6–8.9)	0.003*







- Pain control: Epidural > Regional analgesia.
- Side effects: Epidural >>> Regional analgesia.
- Mornitor: Epidural >>> Regional analgesia
- Cost: Epidural >> Regional analgesia
- Mortality & morbidity: Epidural >>> Regional anagesia

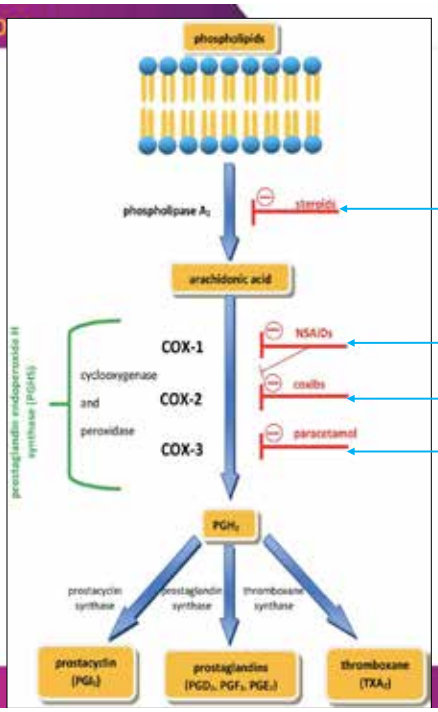
Epidural analgesia?

Review guideline

- Caesarean birth, *NICE guideline*, **2021**,https://www.nice.org.uk/guidance/ng192
- PROSPECT guideline,*Anaesthesia* **2022**, doi:10.1111/anae.15339
- Analgesia for Caesarean section, *The British Journal of Anaesthesia* **2022**, doi:10.1016/j.bjae.2021.12.008

THERE IS NO INDICATION !

THUỐC GIẢM ĐAU

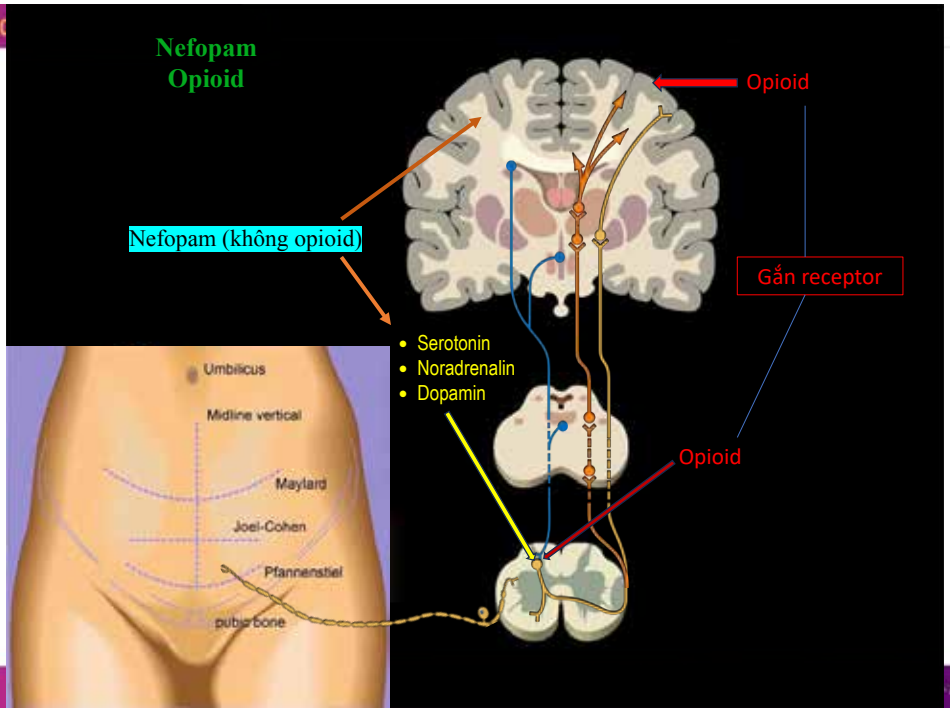


Dexamethason

Diclofenac, Ketorolac (Ức chế COX-1, COX-2 N/B)

Celecoxib (Ức chế COX-2)

Paracetamol: Ức chế: COX-1, COX-2 T/Ư, COX-3 N/B



Analgesia for Caesarean section

G. Neall,[1] S. Bampoe,[2] and P. Sultan[3,*]

2022

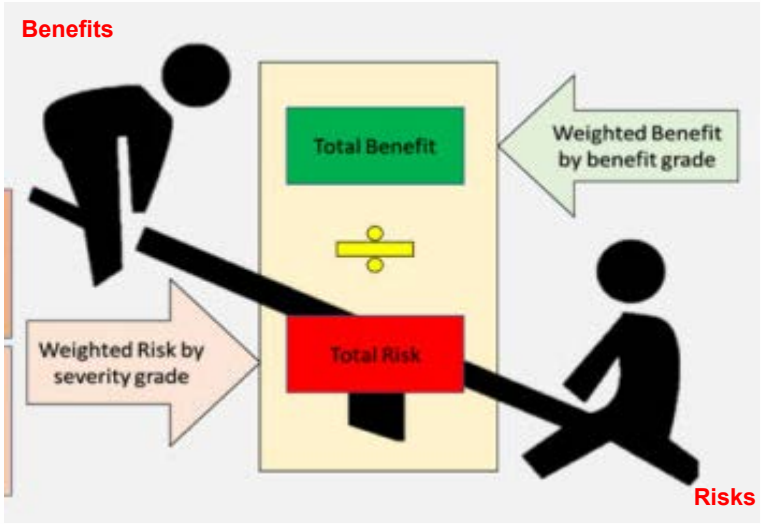


Key points

- Effective analgesia with minimal adverse effects promotes maternal functional recovery and optimises maternal-neonatal bonding.
- Pain after Caesarean section consists of visceral and somatic components and should be managed holistically.
- Analgesia after Caesarean section should include multimodal opioid-sparing strategies.
- Optimal analgesia should balance the benefits of analgesia with the risk of adverse effects.

- GĐ hiệu quả, t/d không mong muốn tối thiểu, tăng cường hồi phục chức năng, tối ưu gắn kết mẹ - con.
- Đau POCS: đau nội tạng + bản thể nên kiểm soát toàn diện
- GĐ nên: Đa mô thức, tiết giảm opioid
- Tối ưu hóa GĐ nên cân bằng lợi ích – nguy cơ

FVCOG2024



frcog2024.nhog@gmail.com www.frcog2024.vn

NGUỒN LỰC HIỆN CÓ

1. Nhân lực: BS , ĐD được đào tạo
2. Trang thiết bị:
   - Máy siêu âm,
   - Máy dò thần kinh,
   - Kim chuyên dụng
   - Catheter…
3. Thuốc: thuốc tê, thuốc hồi sức, các loại thuốc giảm đau

MULTIMODAL

Thuốc uống/ tĩnh mạch
1. Paracetamol
2. Diclofenac, ketorolac
3. Nefopam
4. Dexamethason
5. Ketamin
6. Gabapentin…..

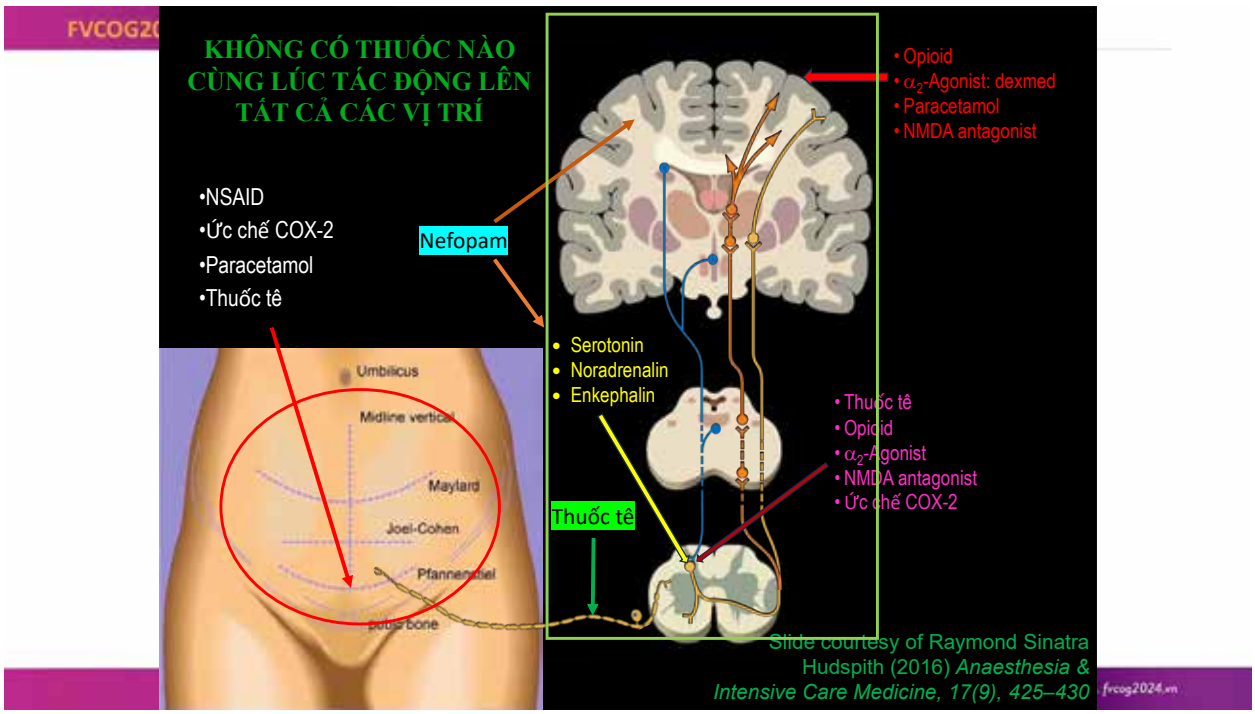
Thuốc qua trục TK
1. Morphin TS
2. Opioid + Thuốc tê NMC

KẾT HỢP NHƯ THẾ NÀO?

(-)

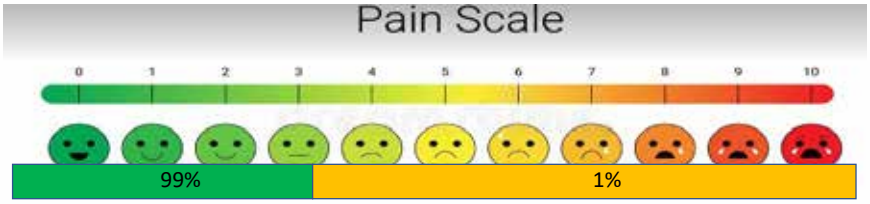
- Nguyên nhân?
- Triệu chứng?

Tê vùng
1. TAP
2. QLB
3. ESPB
4. Cạnh sống
5. Truyền thuốc tê ở vết mổ…



QLB + (paracetamol + NSAID) + wound catheter ??

VINMEC →




TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

Chìm đắm trong hình ảnh xuất sắc

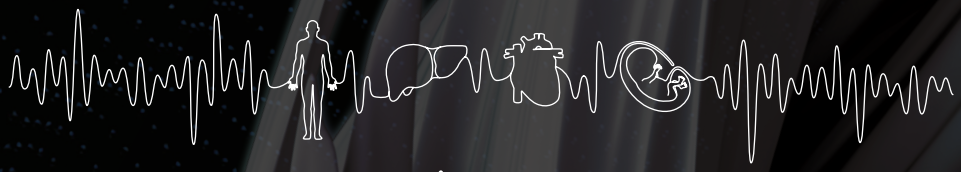
FUJIFILM



Được thiết kế cho y tế chuyên nghiệp



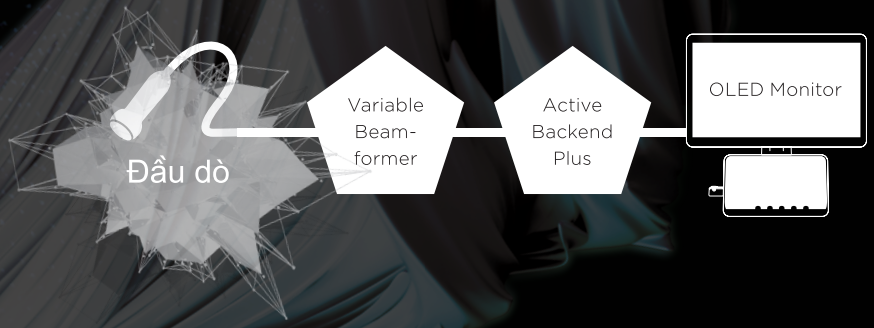
Chất lượng hình ảnh nâng cao mang đến sự hiển thị vượt trội về cấu trúc bên trong, huyết động học, khả năng sử dụng hỗ trợ tính chính xác và hiệu quả của các thăm khám siêu âm và các ứng dụng cải tiến. Hệ thống siêu âm thế hệ mới với các công nghệ hướng tới "DeepInsight" do Fujifilm Healthcare đề xuất cho siêu âm chẩn đoán. Chi phí hợp lý, yếu tố cần thiết để giới thiệu cũng như vận hành hệ thống một cách mượt mà được hướng đến đồng thời cùng với hiệu suất lâm sàng. ARIETTA 750 DeepInsught sẽ đồng hành cùng người dùng để tạo ra tương lai của siêu âm chẩn đoán trong môi trường y tế.



HÌNH ẢNH THUẦN TÚY

Các công nghệ hình ảnh xác định đã thành công từ các sản phẩm cao cấp mang đến cho người dùng chất lượng hình ảnh cao cho phép phát hiện các thay đổi nhỏ nhất.

KIẾN TRÚC GIAO HƯỞNG THUẦN TÚY



QUY TRÌNH LÀM VIỆC LIỀN MẠCH

Môi trường làm việc thoải mái mang đến sự chính xác và an toàn khi siêu âm. Thiết bị được trang bị các tính năng cải tiến giúp hỗ trợ quy trình thăm khám được thoải mái hơn.

ỨNG DỤNG CỦA BẠN

Nhiều ứng dụng tuyệt vời cung cấp cho bạn các thông tin chẩn đoán chi tiết và hỗ trợ quá trình thăm khám hàng ngày.

ARIETTA 750 DEEPINSIGHT

Sense and Visualize Ultrasound

ARIETTA 750 DeepInsight



TS. NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG

Phụ trách Đơn vị Hỗ trợ Sinh sản - Bệnh viện Bạch Mai

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Tham gia nhiều hoạt động chuyên môn, biên dịch- phiên dịch trong lĩnh vực Sản phụ khoa, Hỗ trợ sinh sản và Giáo dục y học trong nước và quốc tế. Có nhiều bài báo cáo khoa học tại các hội nghị chuyên ngành trong nước, các bài báo đăng tải trên các tạp chí trong nước và quốc tế năm 2019, 2021, 2022, 2023.
- Chủ nhiệm các đề tài cơ sở các năm 2019, 2020, 2023, 2024 đã và đang nghiệm thu.
- Là Điều phối chương trình tiên tiến đại học dành cho BSĐK trường ĐHYHN.
- Tham gia giảng dạy tích cực cho nhiều đối tượng đại học- sau đại học chuyên ngành Sản phụ khoa- siêu âm tại Hà Nội và các tỉnh thành trong nước.
- Tham gia biên soạn nhiều giáo trình, sách giáo khoa, tài liệu học tập, đào tạo chuyên ngành như Giáo trình đào tạo đại học Kỹ năng Tiền lâm sàng; Giáo trình đào tạo đại học chuyên ngành Sản phụ khoa; sách chuyên ngành Thủ thuật Sản phụ khoa, Cấp cứu Sản phụ khoa, Siêu âm Sản phụ khoa…thuộc Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai, …
- Bằng khen Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, Bằng khen của Đảng bộ, Hiệu trưởng trường Đại học Y Hà Nội trong công tác chuyên môn và công tác Đảng, Đoàn.

~~Nguyen Thi Thu Phuong, MD.PhD.~~

Thông tin doanh nghiệp tại Việt Nam

Tiềm năng của khoa học

Tại AstraZeneca, chúng tôi luôn đặt khoa học và bệnh nhân làm trọng tâm. Là một trong những tập đoàn dược phẩm sinh học hàng đầu trên thế giới, AstraZeneca hoạt động tại hơn 100 quốc gia và các loại thuốc tiên tiến của chúng tôi hiện được sử dụng bởi hàng triệu bệnh nhân trên toàn cầu.



Các lĩnh vực điều trị chính

Ung thư

Dược phẩm sinh học

- Tim mạch, Thận & Chuyển hoá
- Hô hấp, Miễn dịch & Tiêu hóa
- Vắc-xin & Miễn dịch

Bệnh hiếm

Quy mô của tập đoàn (năm tài chính 2022)

83.500 nhân viên	**44,4 tỷ USD** tổng doanh thu	**+25%** tăng trưởng doanh thu	**44 triệu+** người được hưởng lợi qua các chương trình	**9,8 tỷ USD** đầu tư cho khoa học

AstraZeneca tại Việt Nam

Thành lập năm 1994

Doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài

Được cấp phép xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và vắc xin & thực hiện các nghiên cứu lâm sàng

360 triệu USD đầu tư vào Việt Nam *(2020 - 2030)*

600+ nhân viên *(tỉ lệ 65% nữ/ 35% nam)*

Bản ghi nhớ hợp tác với Bộ Y tế trong các lĩnh vực

- **Nghiên cứu và Phát triển dược phẩm**
- **Sản xuất dược phẩm**
- **Phòng và Kiểm soát bệnh tật**
- **Phát triển hệ thống y tế bền vững**

Thay đổi cuộc sống thông qua khoa học sáng tạo

60 thử nghiệm lâm sàng đang được tiến hành với *4000+ bệnh nhân tham gia*

21 nhóm thuốc *đang được thử nghiệm*

50 bệnh viện đối tác

Hợp tác công-tư vững mạnh nhằm phát triển bền vững và tăng cường tiếp cận chăm sóc sức khỏe

Healthy Lung Vietnam

AstraZeneca Young Health Programme

CAREME

GIA NHU

THƯƠNG PHỔI

Partnership for Health System Sustainability & Resilience

Green Energy for Health

Response to COVID-19

AZ Forest

Thành tích & Giải thưởng

- **Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ** cho những đóng góp tích cực, hiệu quả trong triển khai công tác ngoại giao vắc-xin *(2022)*
- **Bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y tế** cho
  - Những đóng góp trong công tác phòng chống ung thư, góp phần vào sự phát triển y tế Việt Nam *(2018)*
  - Những thành tích xuất sắc trong công tác phòng, chống dịch COVID-19 *(2020)*
  - Những thành tích trong chiến dịch truyền thông, khám sàng lọc ung thư vú và hỗ trợ bệnh nhân ung thư *(2022)*
- **Giải thưởng Top 100 nơi làm việc tốt nhất Việt Nam** *(2018 – 2022)*
- **Giải thưởng GREAT Awards của BritCham** cho
  - Đóng góp xuất sắc cho y tế *(2021 - 2022)*
  - 50th Anniversary Recognition ghi nhận những cống hiến cho đổi mới sáng tạo, phát triển bền vững và đóng góp cho y tế *(2023)*
- **Giải thưởng của EuroCham Niềm tự hào châu Âu trong nỗ lực đẩy lùi đại dịch COVID-19** *(2021)*
- **Nhân sự xuất sắc - Giải thưởng Văn hóa Nơi làm việc** *(2021)*

astrazeneca.vn | linkedin.com/company/astrazeneca/ | facebook.com/AstraZenecaVN | communication-vietnam@astrazeneca.com

VN - 2377 | Ngày chuẩn bị: 11/10/2023 | Ngày hết hạn: 11/10/2025



BSCKII. BÙI VĂN HOÀNG

Trưởng Phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Từ Dũ

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1997 - 2003: Bác sĩ đa khoa - Đại học Y Phạm Ngọc Thạch
- 2007 - 2009: Bác sĩ chuyên khoa cấp I Sản phụ khoa - Đại học Y Dược TP.HCM.
- 2012 - 2014: Bác sĩ chuyên khoa cấp II Sản phụ khoa - Đại học Y Dược TP.HCM

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 01/2004 đến 01/2010: Bác sĩ điều trị khoa Sanh, khoa Phụ, Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 01/2010 đến 8/2013: Bác sĩ phòng Kế hoạch Tổng hợp, tham gia công tác khám, chữa bệnh tại khoa Sanh, khoa Cấp cứu chống độc, khoa Sản A, khoa Khám phụ khoa, khoa Gây mê hồi sức (phẫu thuật), Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 27/8/2013 đến 30/5/2020: Phó Trưởng phòng Phòng Kế hoạch Tổng hợp, tham gia công tác khám, chữa bệnh tại khoa Sanh, khoa Cấp cứu chống độc, khoa Sản A, khoa Khám phụ khoa, khoa Gây mê hồi sức (phẫu thuật), Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 01/6/2020 đến nay: Trưởng phòng Phòng Kế hoạch Tổng hợp, tham gia công tác khám, chữa bệnh tại khoa Sanh, khoa Cấp cứu chống độc, khoa Sản A, khoa Khám phụ khoa, khoa Gây mê hồi sức (phẫu thuật), Bệnh viện Từ Dũ

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 04 bài đăng trên các tạp chí khoa học trong nước, quốc tế
- 03 đề tài nghiên cứu khoa học đã nghiệm thu
- 03 bài báo cáo tại các hội nghị chuyên ngành quốc tế

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 01 bằng khen của Thủ tướng Chính phủ
- 05 bằng khen của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh
- 01 bằng khen của Ủy ban Nhân dân tỉnh Tiền Giang
- 01 danh hiệu Chiến sĩ thi đua cấp thành phố của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh
- 12 danh hiệu Chiến sĩ thi đua cấp cơ sở của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

XỬ TRÍ CÁC TÌNH HUỐNG PHỨC TẠP TRONG MỔ LẤY THAI

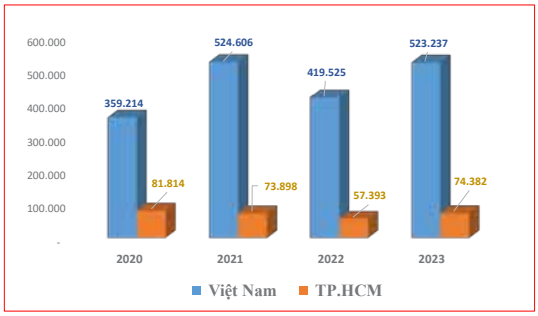
CẬP NHẬT CHỨNG CỨ VÀ KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

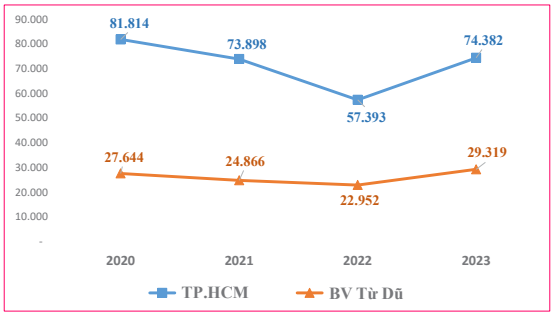


BỆNH VIỆN TỪ DŨ
Tu Du Hospital

BS CKII Bùi Văn Hoàng
Bệnh viện Từ Dũ
Email: hoangcfd@gmail.com
Zalo: 0911115678

MỞ ĐẦU





SỐ LIỆU MỔ LẤY THAI NHỮNG NĂM GẦN ĐÂY



Đây là loại PT mà BS Ngoại Sản thực hiện nhiều nhất trong sự nghiệp

Nguồn: Vụ SKBMTE, 05.2024

MỞ ĐẦU



- ✓ Khoảng 30% bất thường (IFH – 15%, FH -15%),
- ✓ Khoảng 70% BT.





Nguồn: Bệnh viện Từ Dũ, 2024

MỞ ĐẦU





- Chưa có Quy trình kỹ thuật
- Chưa có Chương trình đào tạo

XỬ TRÍ IFH TRONG MỔ LẤY THAI



VẤN ĐỀ ĐƯỢC CHÚ Ý TRONG NHỮNG NĂM GẦN ĐÂY



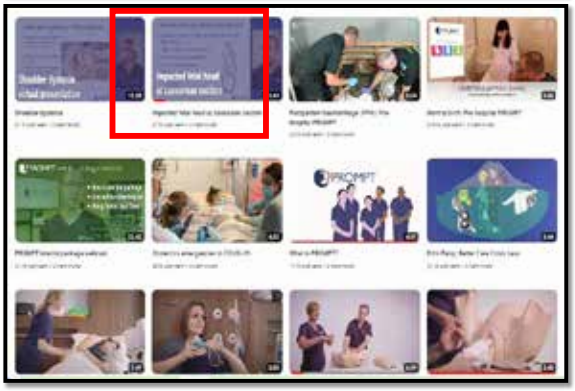
RCOG 2023



SOGC 2021

ĐÀO TẠO XỬ TRÍ ĐẦU THAI CẮM CHẶT VÀO TIỂU KHUNG TRONG MLT

GLOBAL PROMPT
PRactical Obstetric Multi-Professional Training



50%
Reduced HIE (hypoxic brain injury)
Introduction of PROMPT training in North Bristol NHS Trust led to less birth hypoxia.

34%
Reduced maternal deaths
The introduction of PROMPT to Mpilo Hospital in Zimbabwe has improved maternal survival.



Giảm 50% tỉ lệ trẻ bị tổn thương não do thiếu oxy
Giảm 34% tử vong mẹ

Trên thế giới có nhiều chương trình đào tạo kỹ năng cho các trường hợp khó như
- **Đầu thai cắm chặt vào tiểu khung**
- Sinh ngôi mông
- Cấp cứu sa dây rốn ….

1. TỔNG QUAN



European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

Techniques for managing an im
systematic review

Amelia GQ Peak, Elena Barwise, Kate F

Introduction

Impacted fetal head is a complication occurring at caesarean section which is most commonly observed following a failed instrumental delivery. The fetal head becomes fixed or 'impacted' in the woman's pelvis causing a lack of space between the bony pelvis, pelvic muscles and the fetal head (1). This can happen at any stage of labour but is most common in the second stage (2,3). The complication occurs in up to 5 % of all caesareans (4–7) and 16 % of second stage caesareans (8). Impacted fetal head carries a high risk of maternal and neonatal complications.

ĐỊNH NGHĨA
ĐẦU THAI NHI CẮM CHẶT VÀO TIỂU KHUNG TRONG MLT:

- Khi đầu thai **cố định và kẹt** trong tiểu khung dẫn đến **không có khoảng trống** giữa xương chậu, cơ vùng chậu và đầu thai nhi
- Thường gặp trong **GĐ2CD**, có thể gặp trong **GĐ1CD, chưa CD (hiếm)**
- **Là một cấp cứu sản khoa**

1. TỔNG QUAN

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Mổ lấy thai khi **CTC trọn**
- Đầu thai nhi dễ cắm chặt hơn nếu thai nằm ở các kiểu thế bất thường.
- **Tăng nguy cơ IFH ở các trường hợp:**
  - Chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài
  - Tăng co với oxytoxin
  - Có các dấu hiệu của bất xứng (bướu huyết thanh, chồng khớp sọ, lọt bất đối xứng)
  - Đầu thấp hay đầu ngửa (chẩm sau)
  - Sanh giúp thất bại (đặc biệt với giác hút)
  - Giảm đau vùng
  - Mẹ béo phì

➢ **Rất khó dự đoán IFH, luôn chuẩn bị tinh thần xử trí IFH ở bất kì ca MLT nào, đặc biệt chú ý các tình huống trên**

1. TỔNG QUAN

- **TAI BIẾN CHO MẸ:**
  - Rách sâu
  - Chảy máu, BHSS
  - Cắt TC
  - Tổn thương BQ, niệu quản
  - Nhiễm trùng
  - Nằm viện lâu
  - Có thể ảnh hưởng đến tương lai sản khoa
- **TAI BIẾN CHO BÉ:**
  - Apgar thấp
  - Tổn thương đầu thai.
  - Nứt xương sọ
  - Tổn thương thần kinh
  - Xuất huyết nội sọ và dưới màng cân
  - Bệnh não thiếu oxy
  - Hiếm gặp hơn là tử vong chu sinh.

Box. Complications described with an impacted fetal head[3, 11-13]

Maternal	Fetal/newborn
• Inferior or lateral extensions of the uterine incision • Injury to the bladder • Hemorrhage • Endometritis • Wound infection • Future PPROM and PTB	• Low Apgar scores • Neonatal intensive care unit admission • Fetal injuries including long bone fractures, skull fracture, and lacerations

PPROM: preterm premature rupture of membranes; PTB: preterm birth.



Nguồn: SOGC 2021

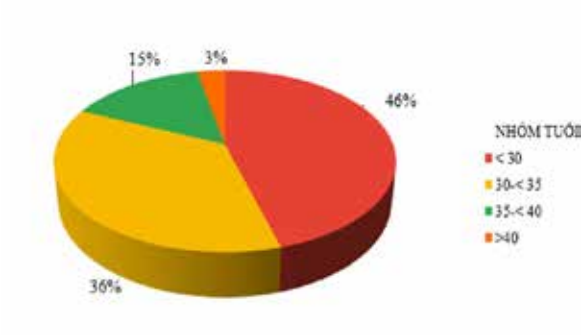
2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

ĐỐI TƯỢNG VÀ PP NGHIÊN CỨU

- **Thời gian:** tháng 11/2023 đến tháng 4/2024
- **Địa điểm NC:** Bệnh viện Từ Dũ
- **Đối tượng NC:** các trường hợp MLT có ghi nhận đầu thai nhi cắm chặt trong tiểu khung
- **PPNC:** cắt ngang hồi tiến cứu
- **Cỡ mẫu**: lấy mẫu toàn bộ gồm 241 ca

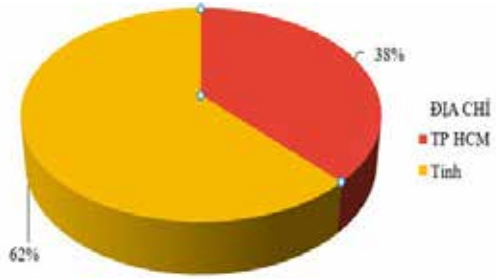
2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

- Tuổi TB: 32,5 (nhỏ nhất: 20, lớn nhất 45)
- Phân bố theo nhóm tuổi: 82% SP < 35 tuổi

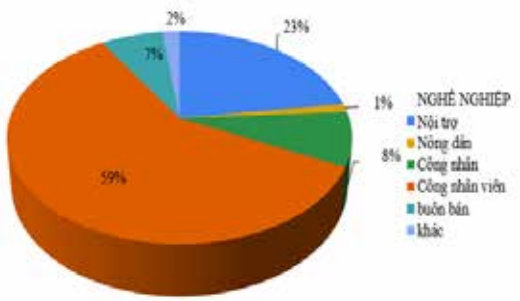


2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

- Địa chỉ: 62% BN ở tỉnh

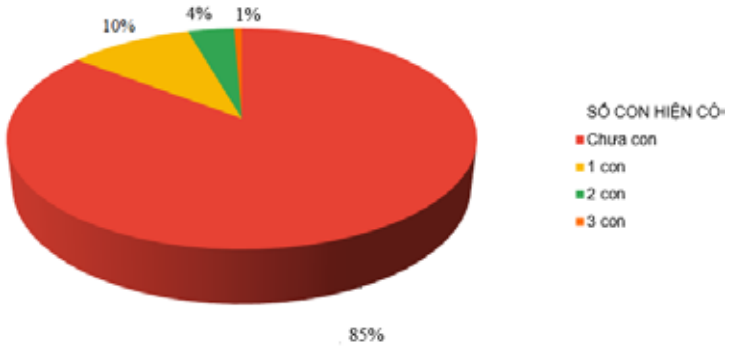


Nghề nghiệp: 59% là CNV



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

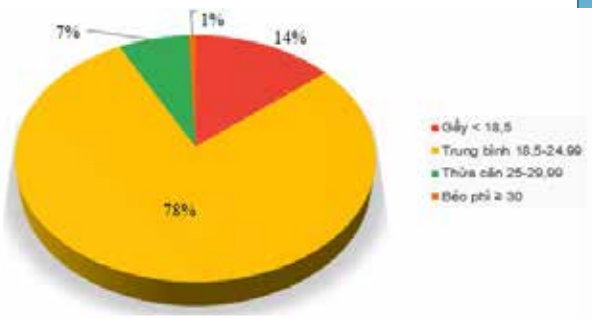
Số con hiện có: 85% các trường hợp là con so



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

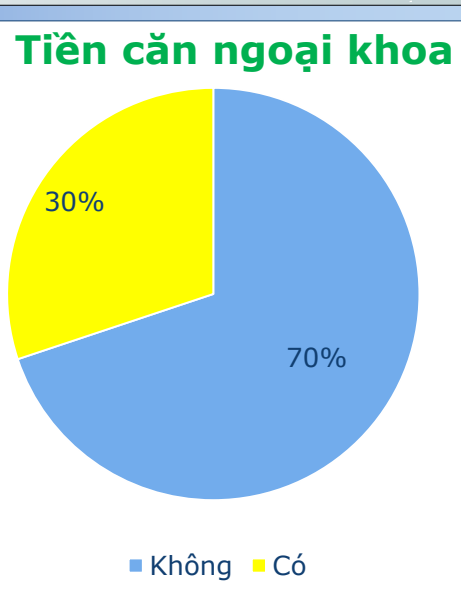
TỔNG QUAN VỀ THAI PHỤ

- 3/4 TH có BMI trước mang thai trong giới hạn bình thường.
- Thừa cân/béo phì chiếm 8%
- BMI trung bình trước khi mang thai 21.8
- Cân nặng trung bình tại thời điểm MLT: 65,94 kg (dao động 50-89 kg)
- Chiều cao trung bình: 156 cm, dao động từ 143 -168cm



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

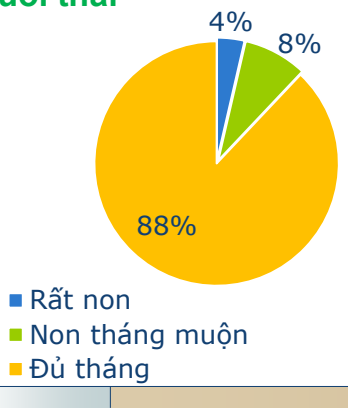
- 70% không ghi nhận tiền căn ngoại khoa
- Các trường hợp có VMC được ghi nhận:
  - VMC NS cắt ruột thừa
  - VMC NS bóc u BT
  - VMC MLT



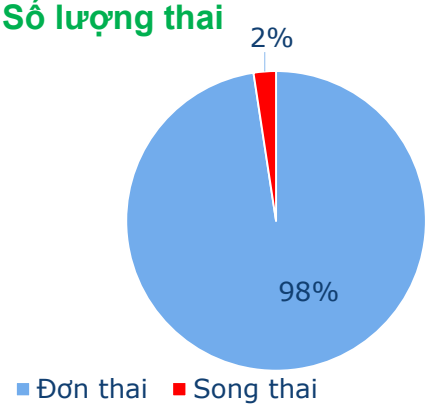
2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Tuổi thai dao động từ 30 tuần 1 ngày - 40 tuần 3 ngày
88% thai đủ tháng, 12% thai non tháng
Trong đó ghi nhận 10 TH rất non (28 - < 32 tuần)
98% các TH là đơn thai

Tuổi thai



Số lượng thai



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN QUÁ TRÌNH CHUYỂN DẠ

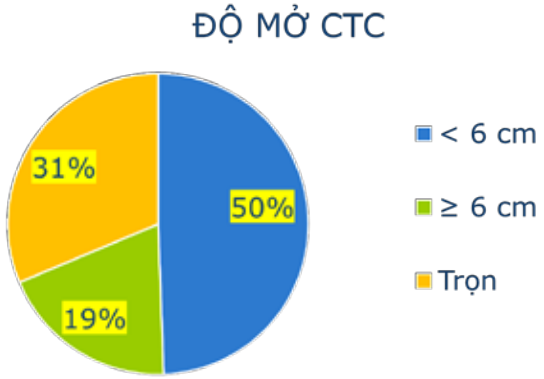
- 25% (60/241) TH (có sử dụng oxytocin trước MLT)
  - Với thời gian chỉnh gò trung bình 6,95 giờ (2-13 giờ)
  - 2/3 TH này MLT vì BXĐC hoặc KPCDTB
  - Một số chỉ định khác: CDNTT, bất thường tim thai
- Không ghi nhận TH sanh giúp trước mổ lấy thai
- Đa số đều gò đủ (≥ 3 cơn/10 phút): 87% (209/241) TH, trong đó 24% (58/241) TH gò ≥ 5 cơn, cá biệt có TH gò 8 cơn/10 phút và được MLT vì gò cường tính.
- Gần 46% ca IFH (110/241 TH) có kèm thay đổi tim thai

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

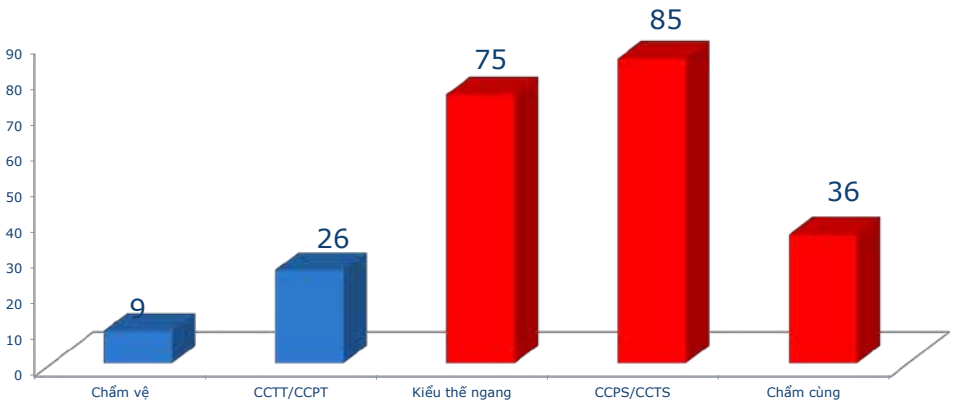
ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN QUÁ TRÌNH CHUYỂN DẠ

Độ mở CTC thời điểm HC MLT

- 99% (238/241) TH đã vào chuyển dạ
- Gần 50% CTC < 6 cm
- 1/5 TH CD hoạt động
- 31% TH CTC trọn



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

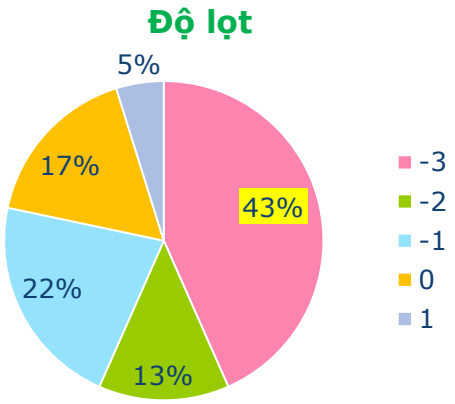


Khoảng 81% kiểu thế sau (50%) và kiểu thế ngang (31%)
Có 10 trường hợp không ghi nhận kiểu thế trước PT

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN QUÁ TRÌNH CHUYỂN DẠ

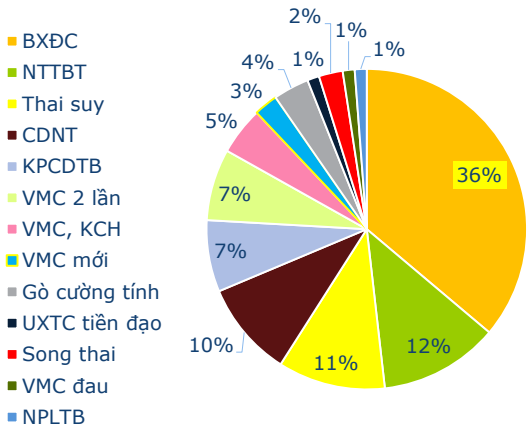
- Độ lọt:
  - 77% TH IFH ghi nhận lúc MLT có ngôi thai chưa lọt (trên mức 0) tại thời điểm hội chẩn, Trong đó hơn 43% có độ lọt -3.
  - Đặc biệt không trường hợp nào có độ lọt ≥ +2.
- Bướu huyết thanh: **27%** ghi nhận bướu huyết thanh (65/241 TH).
- Chồng xương: chỉ ghi nhận 1 TH có dấu chồng xương tại thời điểm hội chẩn MLT.



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

CHỈ ĐỊNH MLT

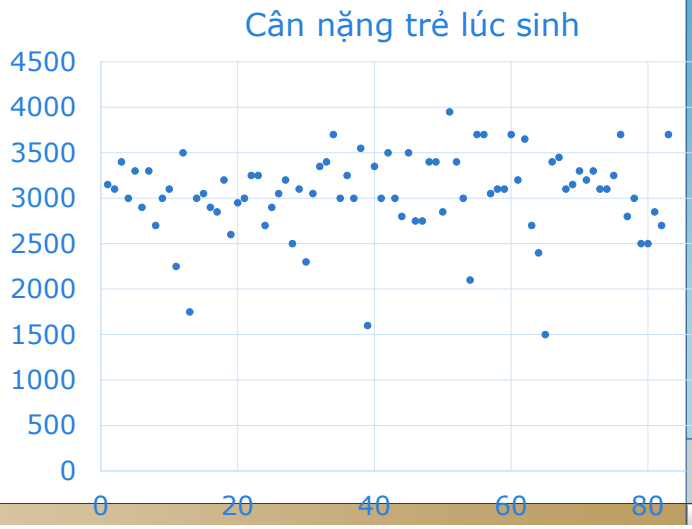
- BXĐC là chỉ định thường gặp nhất, chiếm 1/3 TH IFH



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Cân nặng lúc sinh

- Trung bình: 3045g ± 910g
- Nhẹ cân nhất: 1500g
- Nặng cân nhất: 3950g



2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

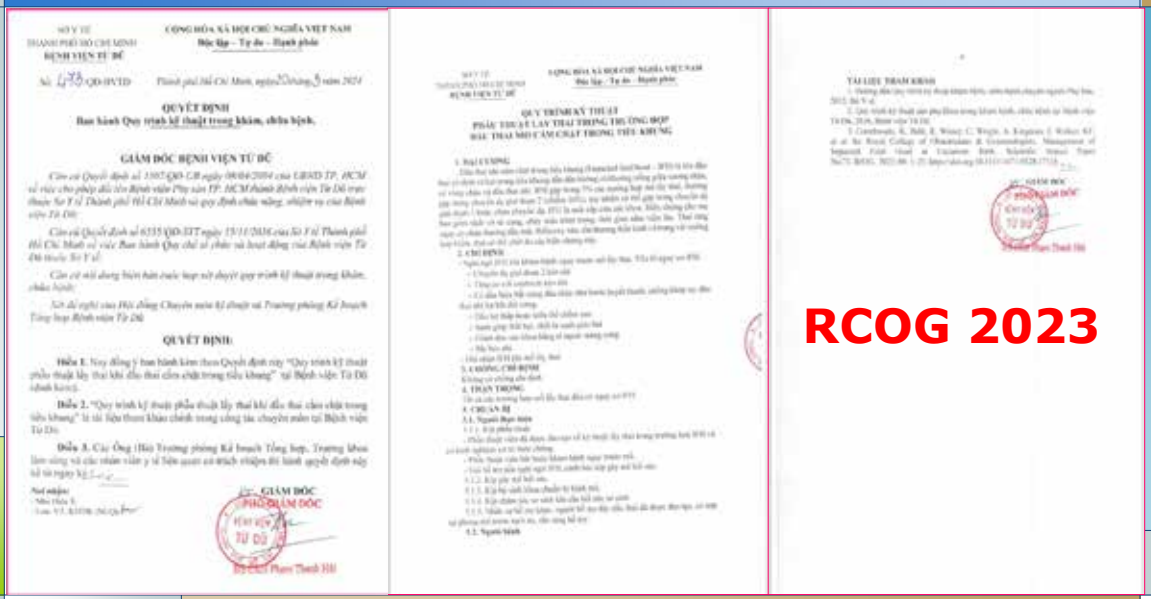
- Tuổi TB: 32,5. 82% SP < 35 tuổi
- Đa số ở tỉnh, nghề nghiệp: CNV
- 78% có BMI trung bình, thừa cân/béo phì chiếm 8%
- Đa số trường hợp là con so, đơn thai, đủ tháng, không tiền căn nội ngoại khoa
- 25% TH được chỉnh gò bằng Oxytocin → 2/3 TH này MLT vì BXĐC và KPCD thất bại
- 50% các TH đã vào CDHĐ (CTC ≥ 6 cm), 31% TH có CTC trọn
- 77% TH ngôi thai chưa lọt, 27% có BTH
- 81% kiểu thế sau /ngang
- CNLS TB: 3045g ± 910g
- Chỉ định MLT chủ yếu: BXĐC

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

- IFH có thể xảy ra ở bất kỳ tình huống MLT nào
- Luôn dự trù sẵn phương án xử trí trong trường hợp IFH
- Đặc biệt thận trọng IFH đối với các trường hợp kiểu thế sau/ngang và chỉ định MLT vì **BẤT XỨNG ĐẦU CHẬU**



3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ



QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

QUYẾT ĐỊNH:

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT LẤY THAI THƯỜNG, TRỊ ỨNG HỢP

RCOG 2023

3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

A. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

- PTV **bắt buộc** phải khám bệnh ngay trước mổ
- Cân nhắc **đẩy đầu trước mổ** (trước khi rạch da)

RCOG 2023

6.1 | Prevention

6.1.1 | Manual vaginal disimpaction pre-incision

Many obstetricians advocate performing manual vaginal disimpaction (push technique) to elevate the fetal head following an unsuccessful assisted vaginal birth and before skin incision. Canadian guidelines suggest keeping the woman's legs in stirrups, and lowering them so the thighs are parallel to the woman's abdomen, a so-called 'frog-leg' position, to facilitate vaginal disimpaction pre-incision and/or intraoperatively.[18] If electing to take this approach, the team should ensure they have appropriate operating tables where this position can be maintained without compromising anaesthetic support. There is currently no evidence to support or oppose this approach. However, if this approach is employed, an accurate technique for vaginal disimpaction should be used, as described below.

3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

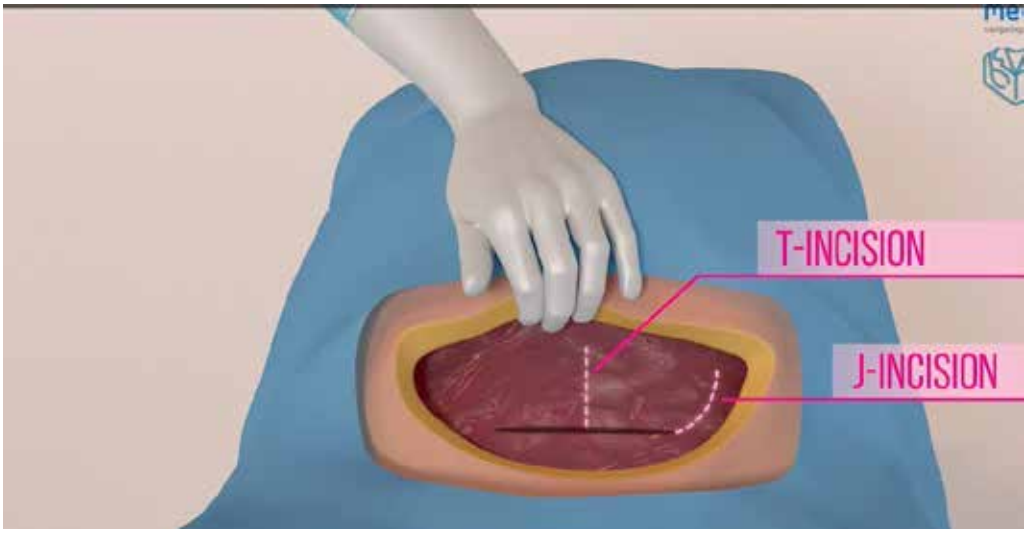
B. 7 CAN THIỆP KHI MỔ

1. Đường mổ
   - Đường rạch cân và cơ đủ rộng
   - Rạch cơ TC chữ T hoặc chữ J
2. Thay đổi tư thế bệnh nhân
3. Đẩy đầu ngả âm đạo
4. Kỹ thuật bắt đầu thai đường bụng
5. Đổi sang bắt chân và sổ mông
6. Phương pháp Patwardhan
7. Giảm co cơ tử cung



RCOG 2023 Management of Impacted Fetal Head at Caesarean Birth (Scientific Impact Paper No. 73)

CAN THIỆP 1: RẠCH CƠ TỬ CUNG CHỮ T HOẶC CHỮ J



LƯU Ý

- Phần thai nhi trình diện ở đường rạch cơ tử cung có thể ảnh hưởng đến cách tiếp cận (KT lấy thai) tiếp theo.
- PTV nên rèn luyện **ít nhất hai kỹ năng** để đảm bảo thấy tự tin và thành thục khi thực hiện trong các thao tác trên để có thể sổ thai an toàn nếu gặp IFH.

1. Bloch C, Dore S, Hobson S. Committee Opinion No. 415: Impacted Fetal Head, Second-Stage Cesarean Delivery. J Obstet Gynaecol Can. 2021 Mar;43(3):406-413. doi: 10.1016/j.jogc.2021.01.005. PMID:

HỖ TRỢ CỦA PHÒNG MỔ - GHI NHẬN THỜI GIAN BẤT BÉ

UpToDate® Official reprint from UpToDate® www.uptodate.com © 2023 UpToDate®
Wolters Kluwer

When the fetal head is impacted at cesarean:

A team member should be recording time and announcing each minute that has passed after hysterotomy.

Theo UpToDate 2023:
Đối với các trường hợp mổ có đầu thai nhi cắm sau trong tiểu khung
- **Ghi nhận thời gian và thông báo to** thời gian mổ sau khi rạch cơ tử cung **MỖI PHÚT** **cho cả ekip mổ**

XEM XÉT TÍNH KHẢ THI, CÓ THỂ ÁP DỤNG 5 PHÚT, 10 PHÚT

ĐẨY ĐẦU ĐÚNG CÁCH

1.Tư thế bệnh nhân khi đẩy đầu





2.Người đẩy đầu: **người có khả năng đẩy đầu tốt nhất, đã được đào tạo**



3.Kỹ thuật đẩy đầu



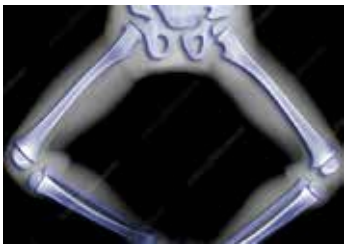
CAN THIỆP 2: TƯ THẾ BỆNH NHÂN

SOGC 2021

Positioning

Lower the operating room table or have standing stools available so that the delivering surgeon can direct pressure on the fetal head in an upward manner and not toward himself or herself to avoid lateral tears of the uterine incision. Consider placing the woman in the Trendelenburg position and/or the modified lithotomy (Whitmore) position,[11] in which the thighs are moderately abducted and flexed to an angle of approximately 135° relative to the trunk; this is sometimes referred to as the frog position.

Frog-leg position



Trendelenburg



TƯ THẾ BỆNH NHÂN

- Hạ thấp bàn mổ hoặc phẫu thuật viên đứng bục
- Tư thế **Frog-leg**
- Đầu thấp Trendelenburg (lưu ý khi tê vùng)

CAN THIỆP 3: ĐẨY ĐẦU NGẢ ÂM ĐẠO

Người đẩy đầu cần:
- Xác định đúng kiểu thế
- Giúp đầu cúi
- Thao tác nhẹ nhàng và dàn đều lực lên đầu thai nhi



SOGC 2021



RCOG 2023 *Management of Impacted Fetal Head at Caesarean Birth (Scientific Impact Paper No. 73)*

KỸ THUẬT ĐẨY ĐẦU THAI NGẢ ÂM ĐẠO



Bước 1: SP được đặt lại theo tư thế SPK (đầu gối gập và đùi dạng). Xác định ngôi, thế, kiểu thế

Nguồn:https://www.promptmaternity.org Bệnh viện Từ Dũ, 2023

KỸ THUẬT ĐẨY ĐẦU THAI NGẢ ÂM ĐẠO



Bước 2: Đưa cả bàn tay (khum, Pringle) vào âm đạo

Nguồn:https://www.promptmaternity.org Bệnh viện Từ Dũ, 2023

KỸ THUẬT ĐẨY ĐẦU THAI NGẢ ÂM ĐẠO



Bước 3: Dùng cả lòng bàn tay đẩy đầu thai. Không dùng 2 ngón tay đẩy đầu thai. Vị trí để bàn tay theo kiểu thế của thai.

Nguồn:https://www.promptmaternity.org Bệnh viện Từ Dũ, 2023

❖ Bớc 2: ßa cả bàn tay (khum, Pringle) vào âm đ

KỸ THUẬT ĐẨY ĐẦU THAI NGẢ ÂM ĐẠO



Bước 4: Giúp đầu thai nhi cúi tối đa

Nguồn:https://www.promptmaternity.org Bệnh viện Từ Dũ, 2023

KỸ THUẬT ĐẨY ĐẦU THAI NGẢ ÂM ĐẠO



Bước 5: Đẩy đầu thai lên trên

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

Bệnh viện Từ Dũ, 2023

KỸ THUẬT ĐẨY ĐẦU THAI NGẢ ÂM ĐẠO

Bệnh viện Từ Dũ, 2023

CAN THIỆP 4: KỸ THUẬT BẮT ĐẦU THAI ĐƯỜNG BỤNG

- Trong chuyển dạ, đầu thai nhi cúi có đường kính trước sau nhỏ nhất →Bác sĩ sản khoa nên xác định vị trí của đầu thai và cố gắng đưa tay vào chẩm hoặc lên mặt để giúp đầu cúi.
- Sau đó, đầu phải được nâng cao về phía vết mổ tử cung với lực kéo hướng về phía đầu người phụ nữ chứ không phải hướng lên trần cho đến khi ra khỏi xương chậu

- Đầu thai nhi phải được nâng lên một cách **bình tĩnh** và **có kiểm soát**
- **Sử dụng cả bàn tay** để duy trì độ uốn của đầu thai nhi, đồng thời tránh mọi chuyển động giật hoặc dùng lực đầu ngón tay.

LƯU Ý CHO PHẪU THUẬT VIÊN

- Điều chỉnh độ cao của bàn hoặc sử dụng bục đứng
- PTV quay mặt về phía đầu sản phụ nếu sử dụng tay thuận (T) hoặc về phía chân sản phụ nếu sử dụng tay không thuận (P).
- Dùng tay nào để bắt thai dễ hơn có thể bị ảnh hưởng bởi kiểu thế của thai
- Cố gắng giữ cánh tay thẳng, ở đường giữa và song song với cơ thể sản phụ để tránh áp lực lên đoạn dưới tử cung và các góc tử cung.
- PTV hoặc người phụ hỗ trợ nâng vai

CAN THIỆP 5: KỸ THUẬT BẮT CHÂN (PULL)

Committee Opinion No. 415: Impacted Fetal Head, Second-Stage Cesarean Delivery

SOGC 2021

Pull Technique

Reverse breech extraction involves the surgeon reaching up to grasp the fetal legs and deliver the infant (Figure 1). If reverse breech extraction is planned, a high transverse or low vertical uterine incision will facilitate this manoeuvre. If a low transverse incision has already been made, extending the uterine incision (as a T or J) may be necessary. The procedure is easier in the occiput posterior position because the lower limbs of the fetus are accessible and the head will naturally flex during delivery. The procedure is more difficult with an occiput anterior position because the fetal back dominates the area of exposure. Therefore, a

- Cần có kế hoạch trước là sẽ bắt chân với các trường hợp khó như đã giúp sanh thất bại: chủ động rạch đường ngang ở vị trí cao hoặc rạch thấp bằng đường dọc
- Nếu trước đó đã rạch đường ngang thấp -> có thể cần mở rộng thêm bằng rạch chữ J hoặc chữ T



KỸ THUẬT LẤY THAI NGÔI NGƯỢC



Bước 1: Đưa tay vào tìm 2 chân thai

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

KỸ THUẬT LẤY THAI NGÔI NGƯỢC



Nếu khó xác định chân thì đi dọc theo lưng thai để tìm chân

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

KỸ THUẬT LẤY THAI NGÔI NGƯỢC



Bước 2: Xoay và kéo thai ngược (cùng) chiều kim đồng hồ để sổ vai và bảo đảm lưng trước

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

KỸ THUẬT LẤY THAI NGÔI NGƯỢC



Bước 3: Sổ vai, sổ đầu theo đúng quy trình kỹ thuật đỡ sanh ngôi ngược

Có thể lấy đầu thai ngôi ngược đường bụng phối hợp đẩy đầu thai ngả âm đạo

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

CAN THIỆP 6: KỸ THUẬT PATWARDHAN

❖ Patwardhan technique - "shoulders first method"

❖ **Quy trình từng bước như sau:**

- Vai trước được sổ cùng với cánh tay trước bằng cách móc ngón tay vào khuỷu tay, nếu cần.
- Với lực kéo nhẹ nhàng vai này, vai sau sẽ được sổ.
- Tiếp theo, phẫu thuật viên nhẹ nhàng giữ thân thai nhi bằng cả hai ngón cái song song với cột sống và người phụ đẩy đáy để sổ mông, tiếp theo là chân.
- Cuối cùng, đầu thai được nhẹ nhàng nhấc ra khỏi tử cung.



RCOG 2023
Management of Impacted Fetal Head at Caesarean Birth (Scientific Impact Paper No. 73)

PATWARDHAN

- Dạng khác của lấy thai ngôi ngược
- Tay sổ đầu tiên
- Thai ở kiểu thế chẩm trước và khó bắt chân

PATWARDHAN



Bước 1: Đưa cả 2 tay ra ngoài

Nguồn:https://www.promptmaternity.org





Bước 2: giữ lưng thai bằng các ngón tay ở 2 nách thai, kéo nhẹ lưng thai ra trước trong khi người phụ ấn đáy TC giúp uốn cong bụng thai để sổ mông

Nguồn:https://www.promptmaternity.org



Bước 3: sổ đầu ngôi ngược

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

PATWARDHAN



Bước 4: sổ đầu ngôi ngược

Nguồn:https://www.promptmaternity.org

CAN THIỆP 7: GIÃN CƠ TỬ CUNG (cân nhắc lợi ích và nguy cơ đờ TC)

LÝ THUYẾT

- Cơn co tử cung có thể xảy ra khi phẫu thuật viên đưa tay vào, tử cung co gây ép cột sống của thai và cản trở sự thoát ra của đầu thai nhi (7-9 kgF).
- Tạm ngưng khi có cơn co tử cung để tử cung tự giãn ra
- Bác sĩ sản khoa có thể yêu cầu sử dụng **thuốc giảm co**, phổ biến nhất là **nitroglycerin** dưới lưỡi hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Có bằng chứng cho thấy giảm co có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc thoát kẹt đầu thai

THỰC TẾ BVTD

- Sử dụng Nitroglycerine
- Các thuốc gây mê dạng hít, như sevoflurane, desflurane và isoflurane, thường được dùng để tạo và duy trì sự giãn tử cung dùng liều cao

CAN THIỆP 7: THUỐC GIÃN CƠ TỬ CUNG

- **NẾU SẢN PHỤ GÂY TÊ VÙNG** khi mổ lấy thai, có thể dùng nitroglycerin để giãn tử cung nhanh chóng
  - Khởi phát gần như ngay lập tức với thời gian tác dụng 3 đến 5 phút
  - Liều đề nghị: nitroglycerin 50 mcg (TMC), có thể tiếp tục với 4 liều 50mcg tiếp theo mỗi 60s, nếu cần, để cơ tử cung giãn đến mức mong muốn
  - Việc bắt đầu bằng liều thấp giảm nguy cơ hạ huyết áp của sản phụ, so với bolus 100 – 200mcg, tuy nhiên, việc khởi đầu bằng liều cao có thể cần thiết nếu cấp thiết phải lấy thai ra ngay
  - Hầu hết bệnh nhân đạt được sự giãn tử cung đầy đủ với tổng liều ≤250 mcg

- **NẾU SẢN PHỤ GÂY MÊ** dạng như sevoflurane, desflurane và isoflurane, thường được dùng để tạo và duy trì sự giãn tử cung phụ thuộc vào liều. Đặc tính này có thể được tận dụng nếu cần giãn tử cung nhiều hơn

3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

MỘT SỐ THIẾU SÓT THƯỜNG GẶP

- Chọn vị trí rạch cơ tử cung quá thấp
- Thao tác quá vội vàng và thô bạo.
- Gập cổ tay tựa vào đoạn dưới giữa vết mổ và cổ tử cung.
- Không có kế hoạch khi phẫu thuật IFH.

SO SÁNH CÁC PHƯƠNG PHÁP

- Hiện chưa có đồng thuận về kỹ thuật an toàn và hiệu quả nhất (thiếu định nghĩa IFH thống nhất, CTC trọn hay chưa, toàn bộ bàn tay hay 4 ngón, PTV đã được đào tạo IFH,…)
- Với các bằng chứng hiện có, tuy còn hạn chế, nhiều tác giả ưu tiên kỹ thuật "kéo" (bắt chân và sổ mông), so với kỹ thuật đẩy đầu qua ngả âm đạo.
- Hướng dẫn của Hiệp hội Sản phụ khoa Canada kết luận rằng kỹ thuật kéo có ít biến chứng hơn so với đẩy lên từ bên dưới.[1]

1. Bloch C, Dore S, Hobson S. Committee Opinion No. 415: Impacted Fetal Head, Second-Stage Cesarean Delivery. J Obstet Gynaecol Can. 2021 Mar;43(3):406-413. doi: 10.1016/j.jogc.2021.01.005. PMID: 33640101.

3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

After a long labor with cephalopelvic disproportion, the fetal head may be tightly wedged in the birth canal. This situation raises the risk of hysterotomy extension, of associated blood loss, and of fetal skull fracture. First, a "push" method may be used. With this, upward pressure exerted by a hand in the vagina by an assistant will help to dislodge the head and push it cephalad. If this is anticipated, a patient in frog-leg position may allow easier vaginal access.

Second, as an alternative, a "pull" method grasps the fetal legs and brings them through the hysterotomy. The fetus is



SÁCH WILLIAMS 26 th (2022)

- Tư thế "chân ếch" để đẩy đầu: uốn cong đầu gối, gót chân chạm vào nhau và hai đầu gối tách ra)

Theo Williams 26th (2022)

- Bước xử trí **đầu tiên**: Đẩy đầu "Push method"
- Bước xử trí **thứ 2** (như là 1 phương pháp thay thế) "pull method" – kỹ thuật bắt chân

3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Int J Gynaecol Obstet. 2024 Jan 18. doi: 10.1002/ijgo.15383. Online ahead of print.

Impacted fetal head extraction methods at second stage cesarean and subsequent preterm delivery: A multicenter study

- Mục tiêu: đánh giá mối tương quan giữa phương pháp lấy thai khi MLT trong giai đoạn 2 chuyển dạ và sinh non trong thai kỳ sau.
- Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu đa trung tâm, từ 2004 đến 2021, với 583 sản phụ, trong đó 40,1% bắt ngôi mông ngược, 59,9% hỗ trợ đẩy đầu.

3. NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Int J Gynaecol Obstet. 2024 Jan 18. doi: 10.1002/ijgo.15383. Online ahead of print.

Impacted fetal head extraction methods at second stage cesarean and subsequent preterm delivery: A multicenter study

Kết quả:

- Trong số những phụ nữ đã MLT trong giai đoạn hai chuyển dạ, **không có sự khác biệt** mang ý nghĩa thống kê về **tỷ lệ sinh non** (< 37 tuần, < 34 tuần, < 32 tuần) **ở những lần mang thai tiếp theo giữa nhóm đẩy đầu** và **nhóm lấy thai ngôi mông ngược.**

LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP

KỸ NĂNG VÀ
KINH NGHIỆM PTV



LƯU ĐỒ XỬ TRÍ (BVTD, 2024)



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Số: 4750/QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 5 tháng 5 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành Quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1360/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc chia phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 6550/QĐ-SYT ngày 15/11/2016 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Từ Dũ thuộc Sở Y tế;

Căn cứ nội dung biên bản cuộc họp xét duyệt quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh;

Xét đề nghị của Hội đồng Chuyên môn Kỹ thuật và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này "Quy trình kỹ thuật phẫu thuật lấy thai lần thai cắm chặt trong sẹo khoang" tại Bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

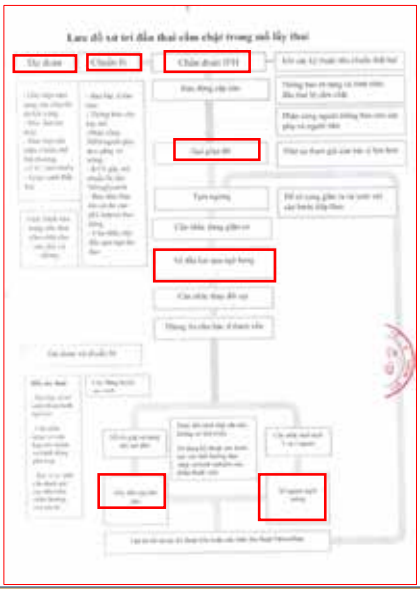
Điều 2. "Quy trình kỹ thuật phẫu thuật lấy thai khi dẫn thai cắm chặt trong sẹo khoang" là tài liệu chuyên môn trong công tác chuyên môn tại Bệnh viện Từ Dũ.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng khoa liên quan và các nhân viên y tế liên quan có trách nhiệm thi hành quyết định này kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Lưu: VT, BVTD, CC (2b).

GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

BS.CKII Phạm Thanh Hải



Lưu đồ xử trí dẫn thai cắm chặt trong mổ lấy thai

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

- Cuối năm 2023 và đầu năm 2024, BVTD đã tổ chức nhiều buổi tọa đàm, sinh hoạt khoa học, tập huấn về xử trí IFH, thu hút nhiều sự tham dự của các chuyên gia, bác sĩ là PTV trong lĩnh vực sản khoa






4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành Quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

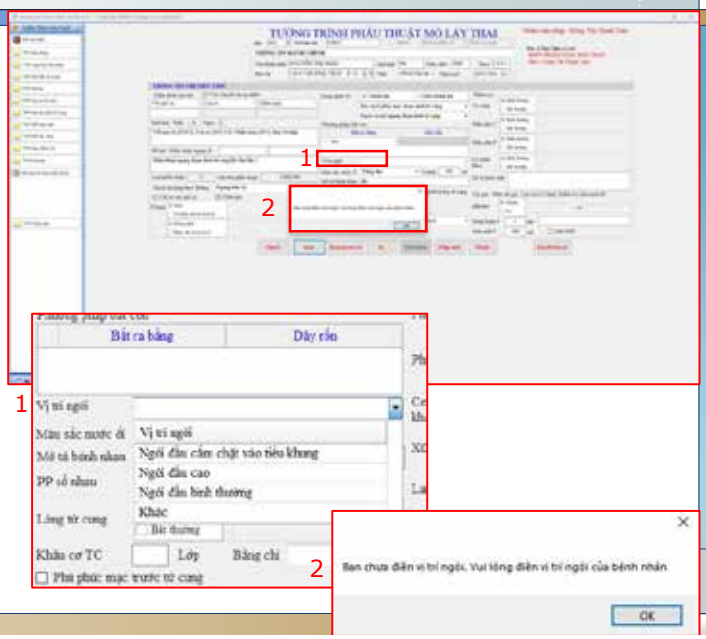
QUYẾT ĐỊNH:

GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

- Ngày 20/3/2024: QĐ số 473/QĐ-BVTD về ban hành QTKT PT lấy thai khi đầu thai cắm chặt trong tiểu khung

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

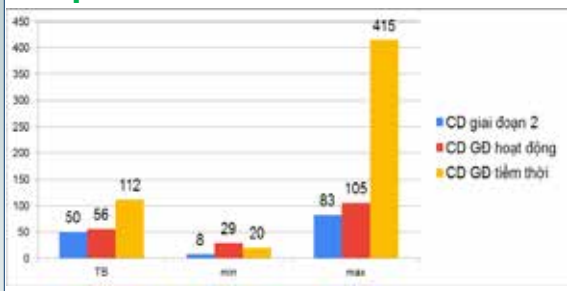


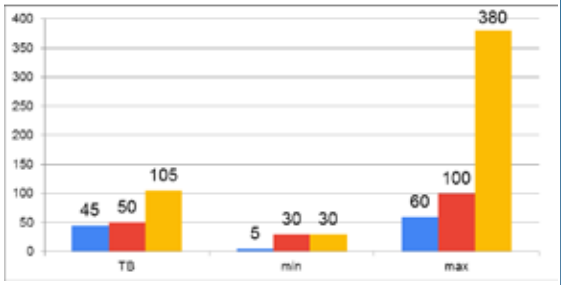


4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN QUÁ TRÌNH PHẪU THUẬT

Phút



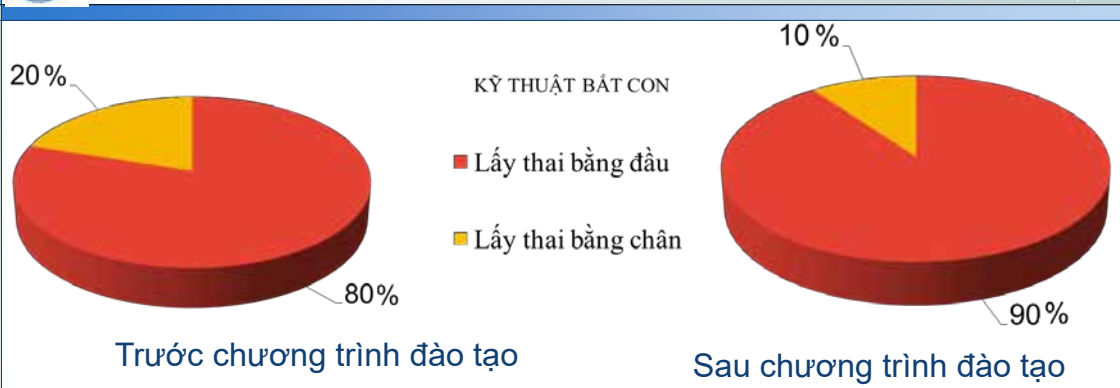


Trước chương trình đào tạo

Sau chương trình đào tạo

Đối với nhóm SP có chỉ định mổ trong GĐ 2 CD, thời gian từ lúc **hội chẩn MLT đến lúc bắt bé** có sự thay đổi lớn, thời gian PT được rút ngắn hơn, đặc biệt trong GĐ 2CD

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD



Trước chương trình đào tạo

Trước đây: 80% lấy thai bằng đầu, 20% lấy thai bằng chân
19% (30/158) trường hợp hỗ trợ đẩy đầu
NVYT thực hiện đẩy đầu chưa được đào tạo về kỹ thuật

Sau chương trình đào tạo

- Hiện nay, 90% lấy thai bằng đầu, 10% lấy thai bằng chân
- 5% (4/83) trường hợp cần hỗ trợ đẩy đầu. *NN: kỹ thuật bắt con tốt hơn hoặc đã có sự rút ngắn thời gian từ khi hội chẩn MLT đến khi bắt bé*
- NVYT đẩy đầu đã qua đào tạo

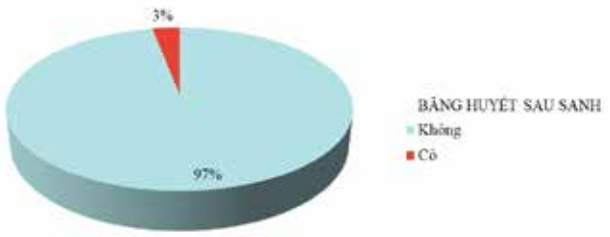
4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN QUÁ TRÌNH PHẪU THUẬT

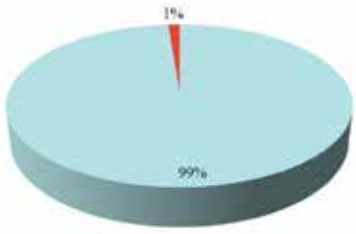


Thời gian PT trung bình gần như tương đương khi so sánh thời điểm trước/sau chương trình ĐT (55,2 s/v 56,2 phút)

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD



Trước chương trình đào tạo



Sau chương trình đào tạo

❖BIẾN CHỨNG MẸ

BĂNG HUYẾT SAU SANH: Tỉ lệ BHSS giảm từ 3%→ 1%

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD



Trước chương trình đào tạo

Sau chương trình đào tạo

❖ BIẾN CHỨNG MẸ

Rách cơ TC khi bắt con: giảm tỉ lệ rách cơ TC 21% xuống 13% khi bắt con

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD



Trước chương trình đào tạo

Sau chương trình đào tạo

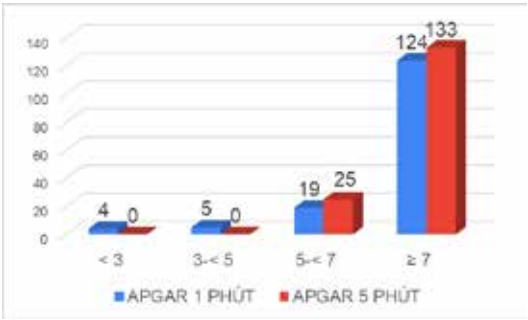
❖ BIẾN CHỨNG MẸ

Nhiễm trùng hậu sản: Giảm tỉ lệ nhiễm trùng hậu sản 35% - 18%
(viêm NMTC, NT VM cơ TC, NT thành bụng…)

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

❖ BIẾN CHỨNG CON

Tỉ lệ thực hiện da kề da ngay sau mổ gần tương đương (75% so với 77%)



Trước chương trình đào tạo:
APGAR 1ph < 5: 5,7%
APGAR 5ph: 0 TH < 5

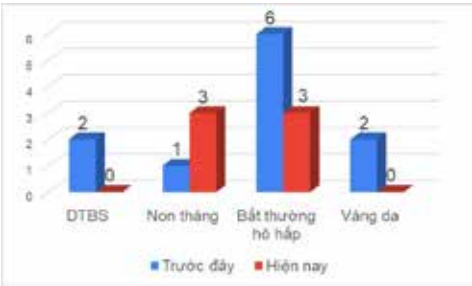


Sau chương trình đào tạo
APGAR 1ph < 5: 3,6%
APGAR 5ph: 0 TH < 5

4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

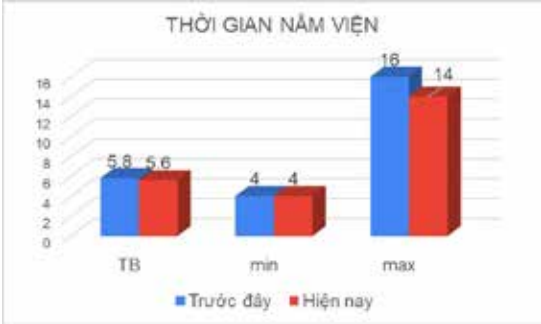
Sau chương trình đào tạo:

- ❖ số lượt tai biến trẻ giảm,
- ❖ **95,18% không** ghi nhận **tổn thương bé**, 4 TH ghi nhận tổn thương phần mềm.



4. HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO IFH TẠI BVTD

- Sau chương trình đào tạo:
- Thời gian nằm viện 5,6 ± 3,1 ngày
- TH nằm viện ngắn nhất: 4 ngày
- TH nằm viện dài nhất: 14 ngày
- Không KHÁC BIỆT so với trước đây



5. KẾT LUẬN

- Đánh giá yếu tố nguy cơ trước mổ, **dự đoán khả năng IFH, để có KH** mổ lấy thai giúp **giảm các biến chứng cho mẹ và trẻ**
- **KT đẩy đầu**: Xác định đúng kiểu thế, Giúp đầu cúi, Thao tác nhẹ nhàng và dàn đều lực lên đầu thai nhi
- **KT lấy đầu thai đường bụng:**
  - Đầu thai nhi phải được nâng lên một cách **bình tĩnh** và **có kiểm soát**
  - **Sử dụng cả bàn tay** để duy trì độ uốn của đầu thai nhi, đồng thời tránh mọi chuyển động giật hoặc dùng lực đầu ngón tay.
- **KT lấy thai ngôi ngược:**
  - Cần có kế hoạch trước là sẽ bắt chân với các trường hợp khó như đã giúp sanh thất bại: chủ động rạch đường ngang ở vị trí cao hoặc rạch thấp bằng đường dọc
  - Nếu trước đó đã rạch đường ngang thấp -> có thể cần mở rộng thêm bằng rạch chữ J hoặc chữ T
- Xây dựng QTKT, lưu đồ xử trí, đào tạo đồng bộ IFH

5. KẾT LUẬN

- ✓ Qua PT 241 TH từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024, ghi nhận đặc điểm các trường hợp IFH tại BVTD: Đa số nhóm tuổi trẻ (TB 32,5), con so, đơn thai, không VMC, đa số không bệnh lý kèm theo, kiểu thế sau/ngang 81%, chỉ định MLT chủ yếu BXĐC; IFH có thể xảy ra ở bất kỳ tình huống MLT nào.

5. KẾT LUẬN

❖ Hiệu quả của chương trình đào tạo xử trí IFH tại BVTD

Tác động	Cụ thể
Nâng cao tinh thần cảnh giác với IFH	Rút ngắn thời gian từ khi HC đến khi PT
Cải thiện kỹ thuật bắt con	90% lấy thai bằng đầu, 5% cần hỗ trợ đẩy đầu thai NVYT đẩy đầu được đào tạo về kỹ thuật Giảm thiểu thời gian bắt con tính từ khi rạch da
Giảm biến chứng mẹ	Giảm tỉ lệ BHSS, rách cơ TC và nhiễm trùng hậu sản
Biến chứng con	Giảm số TH có APGAR 1 ph < 5 Giảm số lượt nhập sơ sinh vì suy hô hấp


BỆNH VIỆN TỪ DŨ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE



Gel chống dính sau phẫu thuật

Singclean®

(Natri Hyaluronate 10mg/ml)

Gel chống dính sau phẫu thuật Singclean (Natri Hyaluronate 10%) đã được cấp phép lưu hành ở 36 quốc gia, bao gồm: Việt Nam, Anh, Tây Ban Nha, Thái Lan, Peru, UAE và một số quốc gia khác.

Là sản phẩm được **tin dùng** gần **20 năm**

Sử dụng Gel Natri Hyaluronate để phòng ngừa dính sau phẫu thuật được khuyến cáo bởi các hiệp hội các chuyên gia ở trong và ngoài nước:

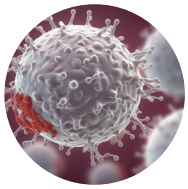
- Khuyến cáo của SOGC (the Society of Obstetricians and Gynaecologysts of Canada) [2010].
- Khuyến cáo của ESGE (European Society of Gynaecological Endoscopy) và ANGEL (Anti-adhesions in Gynaecology Expert Panel-group) [2012, 2019].
- Hướng dẫn điều trị Bologna về chẩn đoán và điều trị tắc dính ruột [2017].
- Hướng dẫn điều trị lạc nội mạc tử cung của Bộ Y tế [2019].
- Hướng dẫn điều trị u xơ tử cung của Bộ Y tế [2019].

Cơ chế tác dụng của sản phẩm

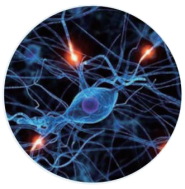




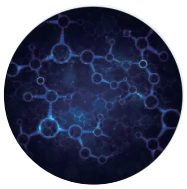
Ức chế sự di chuyển và hoạt động của gralunocte, làm chậm phản ứng viêm



Kích thích đại thực bào, thúc đẩy chữa lành mô và giảm sự hình thành dính

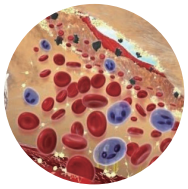


Duy trì sự cân bằng của việc sản sinh và phân hủy fibrin

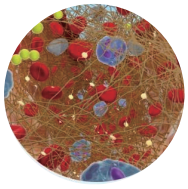


Hình thành nên cấu trúc của mạng lưới đại phân tử để tạo thành một màng

PHẪU THUẬT



Ức chế tổn thương, chảy máu và nhiễm trùng, thay đổi độ thẩm thấu, dị vật



Ức chế sự biệt hóa của fibroblast, sản sinh fibrin

KHÔNG HÌNH THÀNH DÍNH

Ưu điểm của sản phẩm

- An toàn: sử dụng phương pháp lên men vi sinh, không có nguồn gốc động vật
- Không gây đáp ứng miễn dịch: Hyaluronic acid là một chất nội sinh trong cơ thể, nên không gây ra các phản ứng dị ứng/ đáp ứng miễn dịch
- Tương thích sinh học: được phân hủy hoàn toàn trong cơ thể và đào thải ra ngoài cơ thể
- 3 cơ chế hiệp đồng tác dụng: Cơ chế màng ngăn vật lí, ức chế viêm và hỗ trợ liền vết thu

Hiệu quả của Gel Hyaluronic trong việc phòng ngừa dính buồng tử cung (IUA) sau can thiệp buồng tử cung

Theo phân tích gộp của Zheng và cộng sự [2020] về việc sử dụng Gel Hyalurronic Acid để phòng ngừa dính buồng tử cung sau can thiệp tử cung (*)

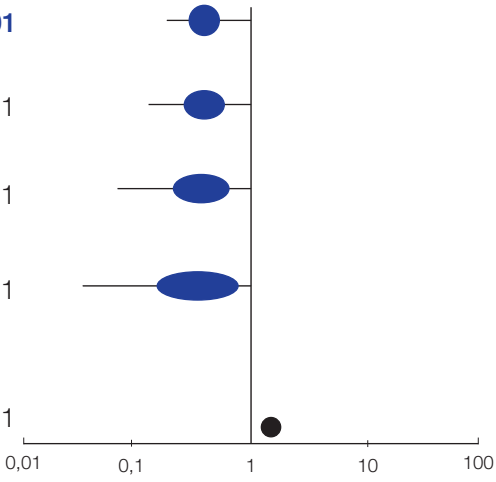
Thiết kế nghiên cứu

Trên ba cơ sở dữ liệu PubMed, Cochrane Library, Embase, thông qua việc sử dụng các từ khóa liên quan đến dính buồng từ cung và sử dụng Gel Hyaluronic đã tìm ra được 7 nghiên cứu can thiệp, ngẫu nhiên có đối chứng với tổng cộng 952 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

Tiêu chí đánh giá

Tỷ lệ dính buồng tử cung chung và theo các nguyên nhân khác nhau, tỷ lệ mang thai sau phẫu thuật.

Tỷ lệ dính buồng tử cung (IUA)	Biến cố/Cỡ mẫu		Tỷ suất nguy cơ [95CI]	Giá trị p	Tỷ suất nguy cơ [95CI]
	Nhóm thử	Nhóm chứng			
Chung	**47/455**	**117/497**	**0,42 [0,30 - 0,57]**	**p<0,001**	
Nạo phá thai	24/264	62/309	0,40 [0,26 - 0,62]	p<0,001	
Sau phẫu thuật tách dính	13/98	34/97	0,38 [0,21 - 0,67]	p<0,001	
U xơ nội mạc tử cung, polyp tử cung, tử cung trung thất	7/67	17/65	0,40 [0,18 - 0,93]	p<0,001	
U xơ nội mạc tử cung, polyp tử cung, tử cung trung thất	7/67	17/65	0,40 [0,18 - 0,93]	p<0,001	



Kết luận

Việc sử dụng Gel Hyaluronic Acid chống dính (IUA) giảm đáng kể tỷ lệ dính buồng tử cung sau các can thiệp trong buồng tử cung và cải thiện đáng kể tỷ lệ mang thai sau phẫu thuật.

(*) Zheng F, Xin X, He F, Liu J, Cui Y. Meta-analysis on the use of hyaluronic acid gel to prevent intrauterine adhesion after intrauterine operations. Exp Ther Med. 2020 Apr; 19(4): 2672-2678. doi: 10,3892/etm. 2020.8483. Epub 2020 Feb 3. PMID: 32256748; PMCID: PMC7086218.

NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ BẠCH KIM



NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



NHÀ TÀI TRỢ VÀNG



NHÀ TÀI TRỢ BẠC



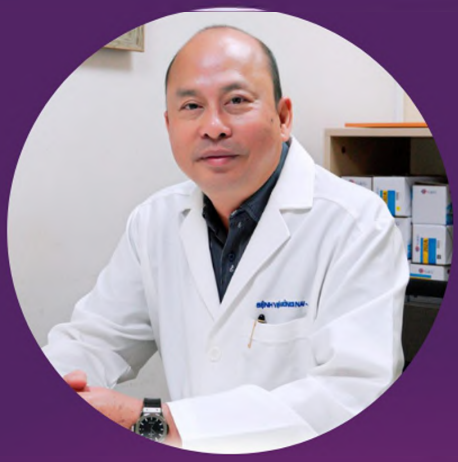
NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG



ĐỒNG TÀI TRỢ



PHIÊN 2B



TS. LÊ QUANG THANH

Nguyên Giám đốc
Bệnh viện Từ Dũ

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1987: Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa - Đại học Y Dược TP.HCM
- 1993: Thạc sĩ chuyên ngành Phát triển thể chất - Đại Học Chulalongkorn - Bangkok - Thái Lan
- 2019: Tiến sĩ chuyên ngành: Dịch tễ học - Đại học Y Dược TP.HCM

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1988 - 1996: Bác sĩ điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ
- 1996 - 8/2009: Bác sĩ phó trưởng khoa lâm sàng - Bệnh viện Từ Dũ
- 08/2009 - 9/2010: Phó Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ
- 09/2010 - 05/2011: Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ
- 05/2011 – 25/10/2012: Phó Giám đốc - Bệnh viện Từ Dũ
- 26/10/2012 – 25/10/2022: Giám đốc - Bệnh viện Từ Dũ
- 26/10/2022 - nay: Bác sĩ cao cấp – Cố vấn Ban Giám đốc Bệnh viện Từ Dũ

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 2008: Hiệu quả điều trị u buồng trứng trong thai kỳ bằng phẫu thuật nội soi - Y học Thành Phố Hồ Chí Minh. Hội nghị khoa học kỹ thuật - lần thứ 25 - Chuyên đề Sức khỏe Bà Mẹ Trẻ Em
- 2012: Tỉ lệ và các yếu tố tiên lượng của hội chứng HELLP tại bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí phụ sản
- 2013: Human Papillomavirus Type Distribution in Invasive Cervical Cancer and High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia Across 5 Countries in Asia - International Journal Gynecological Cancer.
- 2013: Song thai với một thai trứng toàn phần và một thai sống: Báo cáo hai trường hợp và tổng quan y văn. Tạp chí phụ sản 2013 - Tạp chí phụ sản
- 2016: Giá trị của tỉ số SFLT1/PLGF trong tiên lượng kết cục thai kỳ ở bệnh lý tiền sản giật với tuổi thai 28-32 tuần - Báo Thời sự Y học, chuyên đề sức khỏe sinh sản
- 2016: Tỉ lệ tân sinh nguyên bào nuôi sau thai trứng điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Phụ sản
- 2016: Yếu tố liên quan diễn tiến thành tân sinh nguyên bào nuôi sau thai trứng tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Y học Thực Hành
- 2018: Xác định sự hiện diện DNA thai tự do trong máu mẹ bằng kỹ thuật MSP kết hợp tạo dòng giải trình tự - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2018: So sánh hiệu quả thu nhận DNA tự do từ huyết tương thai phụ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2019: Ứng dụng tầm soát trước sinh không xâm lấn trong phát hiện sớm lệch bội nhiễm sắc thể qua DNA thai tự do trong máu mẹ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2021: Hiệu quả cắt cơn gò tử cung của Nifedipine trong điều trị dọa sanh non tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2021: Tỉ lệ mổ lấy thai và yếu tố liên quan trên các trường hợp sản phụ được chỉ định sử dụng oxytocin tại Bệnh viện Từ Dũ -- Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh
- 2022: Hiệu quả và an toàn của phác đồ phá thai nội khoa đùng Mifepristone và Misoprostol ở thai 9-12 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ - Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh

FVCOG2024

Thấu hiểu nhu cầu của người bệnh và tiếp cận điều trị lạc nội mạc tử cung

Ts. Bs. Lê Quang Thanh

Phó Chủ Tịch Hội Phụ Sản Việt Nam (VAGO)

Chủ Tịch Hội Y Học Bà Mẹ và Thai Nhi TPHCM (HSMFM)

Trưởng bộ môn Phụ Sản – Khoa Y – ĐH Nguyễn Tất Thành

FVCOG2024

Lạc nội mạc tử cung



- ✓ sự hiện diện của các mô giống NMTC bên ngoài tử cung: đáp ứng viêm, mô sẹo
- ✓ Bản chất:
  - ✓ **Viêm mãn tính (suốt đời)**
  - ✓ **Phụ thuộc estrogen**
- ✓ **Chưa có marker đặc trưng**
- ✓ Sinh bệnh học chưa rõ: nhiều giả thuyết
- ✓ 3 giả thuyết phổ biến nhất: thuyết trào ngược máu kinh (thuyết Sampson), thuyết dị sản, thuyết tế bào gốc

Konrad, L.; Fruhmann Berger, L.M.;Maier, V.; Horné, F.; Neuheisel, L.M.; Laucks, E.V.; Riaz, M.A.; Oehmke, F.;Meinhold-Heerlein, I.; Zeppernick, F. Predictive Model for the Non-Invasive Diagnosis of Endometriosis Based on Clinical Parameters. J. Clin. Med. 2023, 12, 4231. https://doi.org/10.3390/jcm12134231

Chẩn đoán LNMTC

- Triệu chứng không đặc hiệu
- Hạn chế phương tiện chẩn đoán
- Chẩn đoán nhầm với BL khác
- BN nghĩ triệu chứng là bình thường
- BN ngại đi khám vì mất thời gian



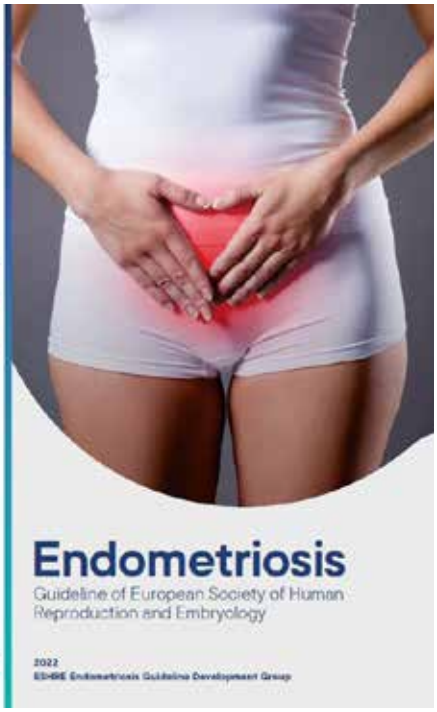
Chẩn đoán trễ trung bình 7- 10 năm

Frayne J, Milroy T, Simonis M, Lam A. Challenges in diagnosing and managing endometriosis in general practice: A Western Australian qualitative study. Aust J Gen Pract. 2023 Aug;52(8):547-555

Chẩn đoán LNMTC

Chapter	Changes in the current version
Diagnosis of endometriosis	1 Laparoscopy is no longer the diagnostic gold standard and it is now only recommended in patients with negative imaging results and/or where empirical treatment was unsuccessful or inappropriate.

Clinicians should not use measurement of biomarkers in endometrial tissue, blood, menstrual or uterine fluids to diagnose endometriosis. ⊕⊕⊕O Strong recommendation

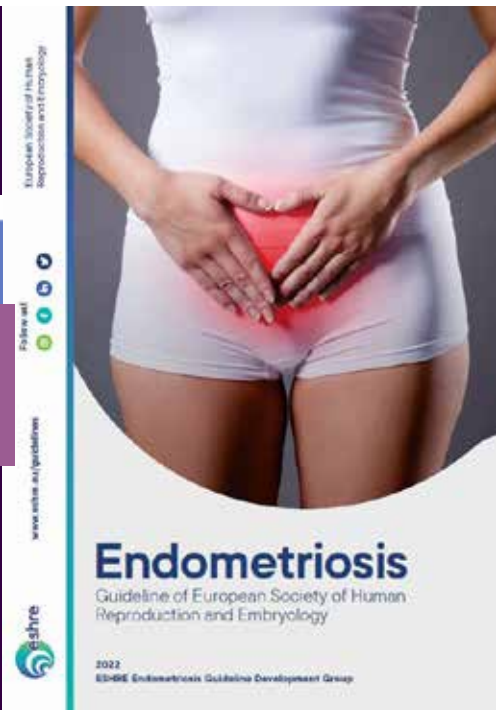


Chẩn đoán sớm

Recommendations (2-3)

Clinical examination, including vaginal examination where appropriate, should be considered to identify deep nodules or endometriomas in patients with suspected endometriosis, although the diagnostic accuracy is low.	⊕○○○
In women with suspected endometriosis, further diagnostic steps, including imaging, should be considered even if the clinical examination is normal.	⊕⊕○○





FVCOG2024

Ca lâm sàng



Linh 18 tuổi, LNMTC stage I

✓ Đau bụng kinh từ năm 16 tuổi

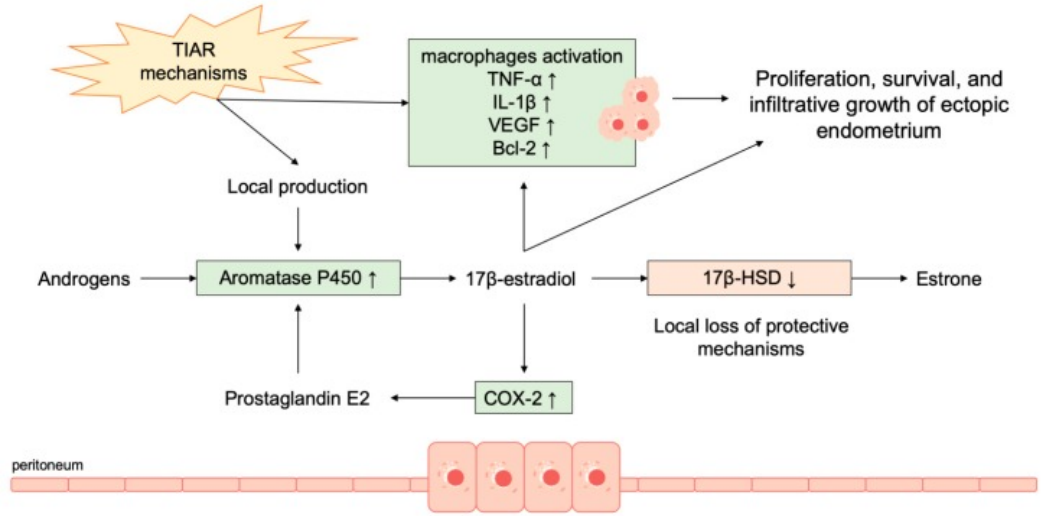


Liên 24 tuổi, LNMTC stage IV

✓ Đau vùng chậu mãn tính trong 6 tháng

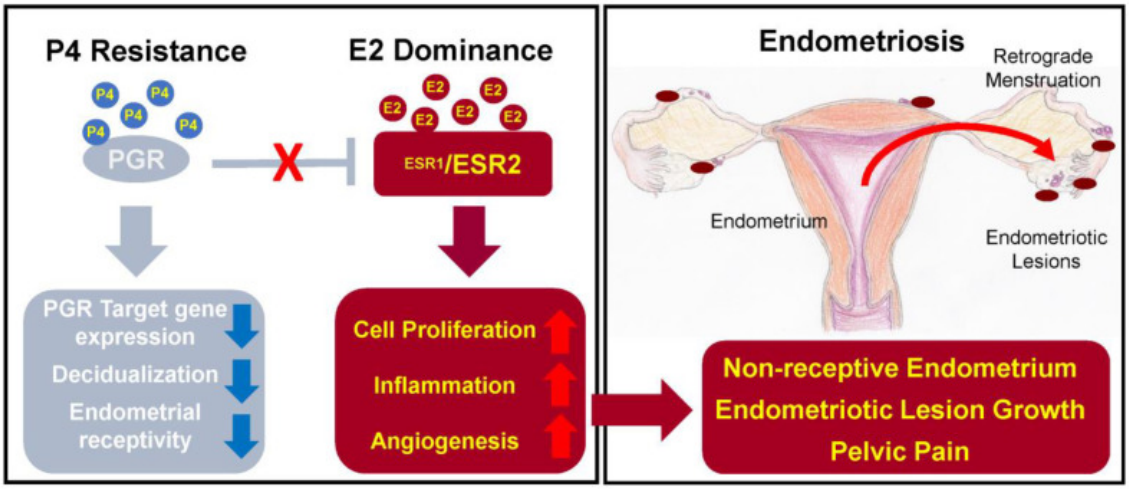
Phác đồ điều trị nào là phù hợp cả 2 bệnh nhân???

Vai trò estrogen trong LNMTC



Laganà AS, Garzon S, Götte M, Viganò P, Franchi M, Ghezzi F, Martin DC. The Pathogenesis of Endometriosis: Molecular and Cell Biology Insights. Int J Mol Sci. 2019 Nov 10;20(22):5615.

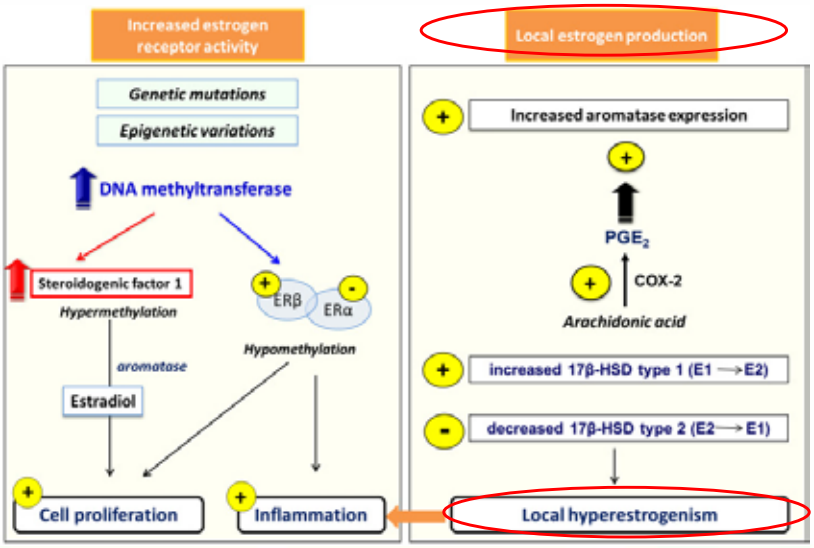
Rối loạn nội tiết trong LNMTC



Lamceva J, Uljanovs R, Strumfa I. The Main Theories on the Pathogenesis of Endometriosis. Int J Mol Sci. 2023 Feb 21;24(5):4254.

FVCOG2024

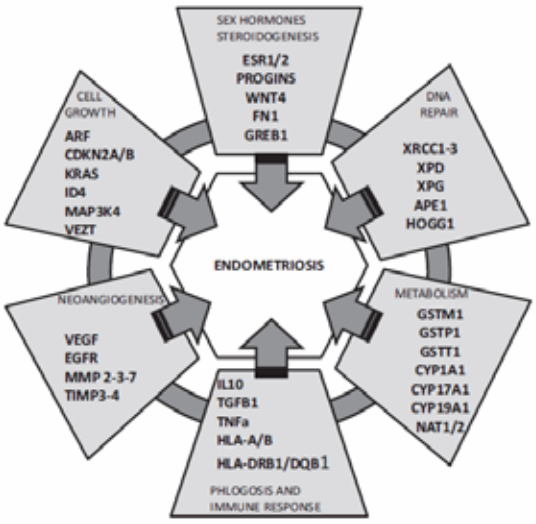
Rối loạn nội tiết trong LNMTC



Vannuccini S, Clemenza S, Rossi M, Petraglia F. Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. Rev Endocr Metab Disord. 2022 Jun;23(3):333-355.

FVCOG2024

LNMTC và gene



Deiana D, Gessa S, Anardu M, Daniilidis A, Nappi L, D'Alterio MN, Pontis A, Angioni S. Genetics of endometriosis: a comprehensive review. Gynecol Endocrinol. 2019 Jul;35(7):553-558

LNMTC và thượng di truyền

- ✓ Thượng di truyền đóng vai trò quan trọng trong LNMTC
- ✓ **Thay đổi thượng di truyền là những biến đổi của gene nhưng không thay trình tự DNA**
- ✓ Thượng di truyền **bị ảnh hưởng bởi các yếu tố môi trường:** thói quen sinh hoạt, chuyển hóa, dinh dưỡng



Cùng bộ gen nhưng không cùng thượng di truyền

Laganà AS, Garzon S, Götte M, Viganò P, Franchi M, Ghezzi F, Martin DC. The Pathogenesis of Endometriosis: Molecular and Cell Biology Insights. Int J Mol Sci. 2019 Nov 10;20(22):5615.

Thượng di truyền và LNMTC

Micro-RNAs	Changes	Effect
miRNA-135a/b	Upregulated	Dysregulation of HOXA10 expression, progesterone resistance
miR-199	Downregulated	Synthesis of pro-inflammatory prostaglandins due to lack of COX-2 suppression
miRNA-96b	Downregulated	Increased proliferation of the endometrial lesions
miR-126	Upregulated	Neoangiogenesis due to increased VEGF and FGF
miRNA-223	Downregulated	Proliferation, invasion, migration of endometrial stromal cells, epithelial-to-mesenchymal transition
miRNA-21	Upregulated	Growth, proliferation and angiogenesis of ectopic stromal cells
miR-26b-5p	Downregulated	Activation of MAPK and PI3K-Akt pathways: inflammation, cell growth, differentiation and proliferation, angiogenesis
miR-215-5p	Downregulated	
miR-6795-3p	Upregulated	

Lamceva J, Uljanovs R, Strumfa I. The Main Theories on the Pathogenesis of Endometriosis. Int J Mol Sci. 2023 Feb 21;24(5):4254.

FVCOG2024

Ca lâm sàng



Linh 18 tuổi, LNMTC stage I

✓ Đau bụng kinh từ năm 16 tuổi



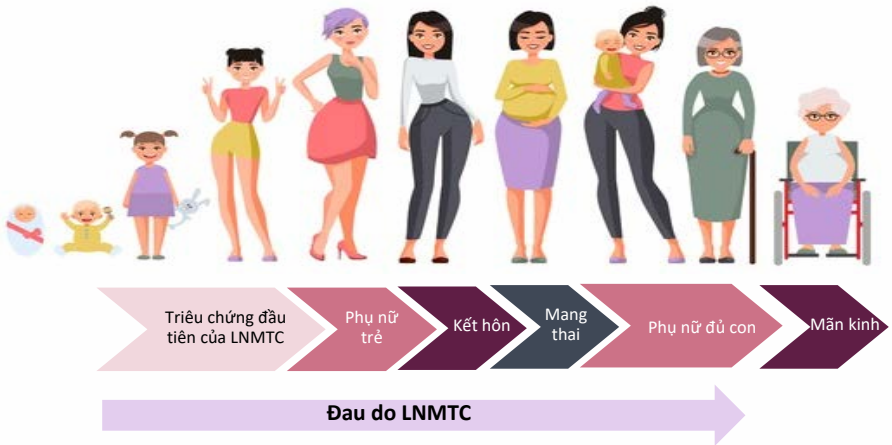
Liên 24 tuổi, LNMTC stage IV

✓ Đau vùng chậu mãn tính trong 6 tháng

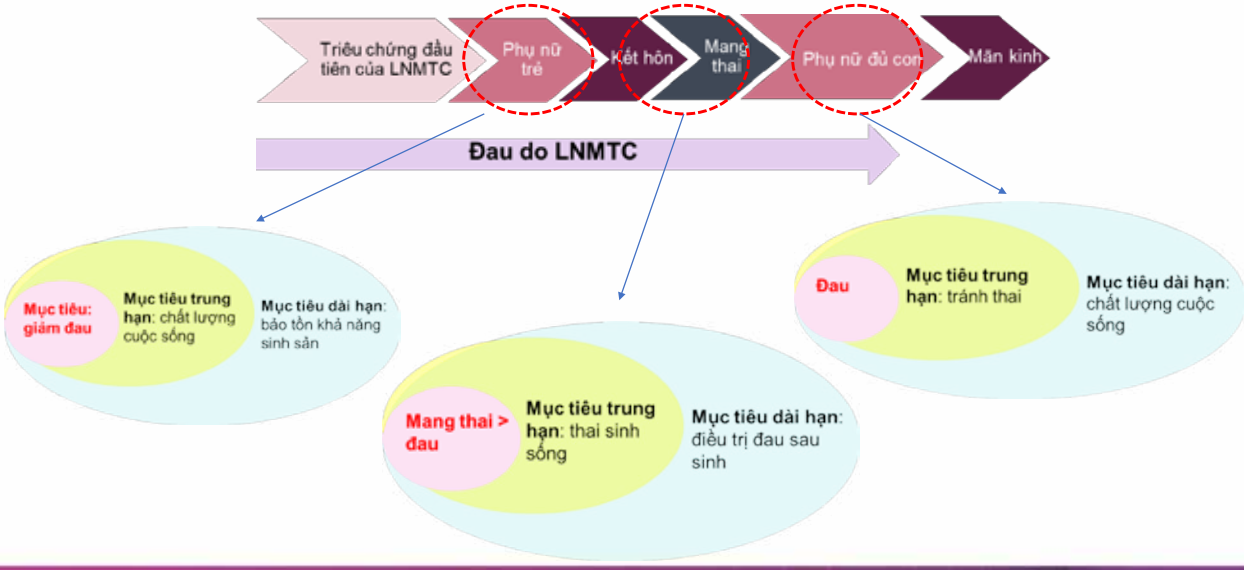
Không có phác đồ điều trị chung cho tất cả phụ nữ LNMTC
Mỗi người phụ nữ trong từng giai đoạn cuộc sống sẽ có phương pháp điều trị khác nhau

FVCOG2024

LNMTC và giai đoạn của người phụ nữ



Tùy từng giai đoạn, có các vấn đề khác nhau



Hướng dẫn xử trí

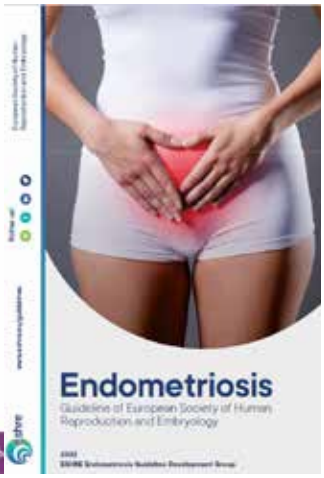
Cá thể hóa điều trị dựa trên:

- ✓ Mong muốn của người bệnh
- ✓ Kế hoạch sinh con
- ✓ Hiệu quả
- ✓ Chi phí
- ✓ Tác dụng phụ
- ✓ Thuốc có sẵn



Offer endometriosis treatment according to the woman's symptoms, preferences and priorities, rather than the stage of the endometriosis

Decision-making approach and take individual preferences, side effects, individual efficacy, costs, and availability into consideration when choosing hormone treatments for endometriosis-associated pain.



NICE guideline: Endometriosis: diagnosis and management
Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliemoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 Feb 26;2022(2):

FVCOG2024

Thực trạng điều trị

Điểm mù trong quản lý LNMTC

Bệnh lý mãn tính

- ✓ Không được theo dõi lâu dài
- ✓ Chỉ là điều trị triệu chứng

Hỗ trợ tâm lý

- ✓ Không được quan tâm đúng mức



Chất lượng cuộc sống

- ✓ Tác dụng phụ điều trị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

Tư vấn điều trị

- ✓ Không được tư vấn đầy đủ thông tin về tất cả phương pháp.

Lukas I, Kohl-Schwartz A, Geraedts K, Rauchfuss M, Wölfler MM, Häberlin F, von Orelli S, Eberhard M, Imthurn B, Imesch P, Leeners B. Satisfaction with medical support in women with endometriosis. PLoS One. 2018 Nov 29;13(11):e0208023.

FVCOG2024

Lựa chọn phương pháp điều trị

01 Hiệu quả trong điều trị

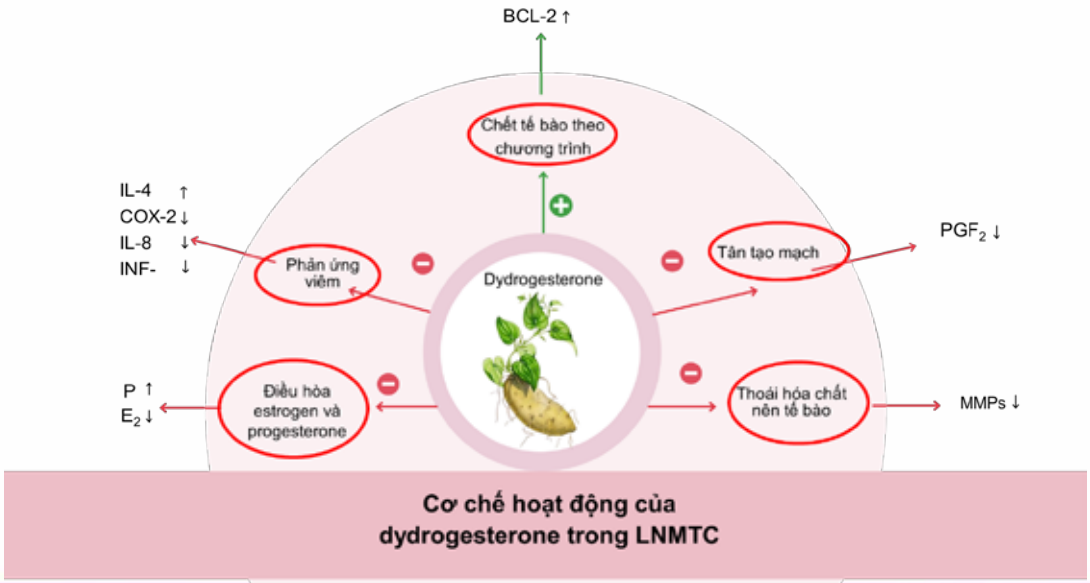
An toàn, sử dụng lâu dài 02

03 Nâng cao chất lượng cuộc sống

Chi phí hợp lý 04

Đau không phải là mục tiêu duy nhất của điều trị LNMTC

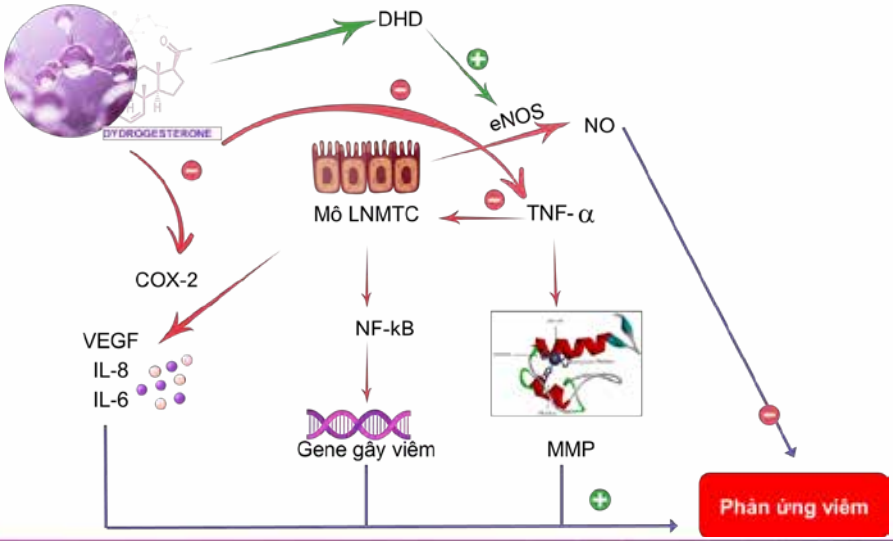




Cơ chế hoạt động của dydrogesterone trong LNMTC

Tang W, Zhu X, Bian L, Zhang B. Research progress of dydrogesterone in the treatment of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 Feb 20;296:120-125.

Cơ chế kháng viêm của dydrogesterone

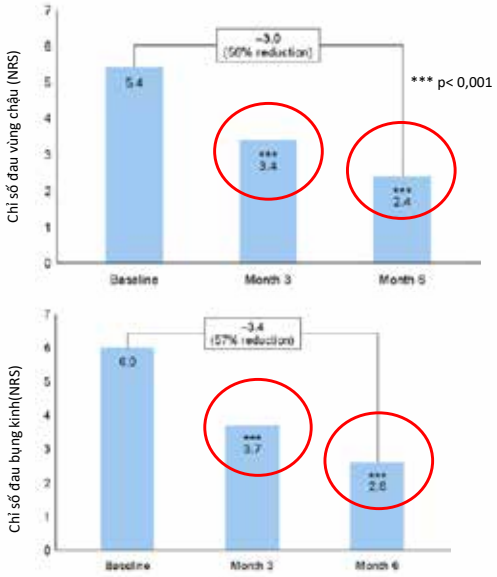


Tang W, Zhu X, Bian L, Zhang B. Research progress of dydrogesterone in the treatment of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 Feb 20;296:120-125.

FVCOG2024

Nghiên cứu ORCHEDIA

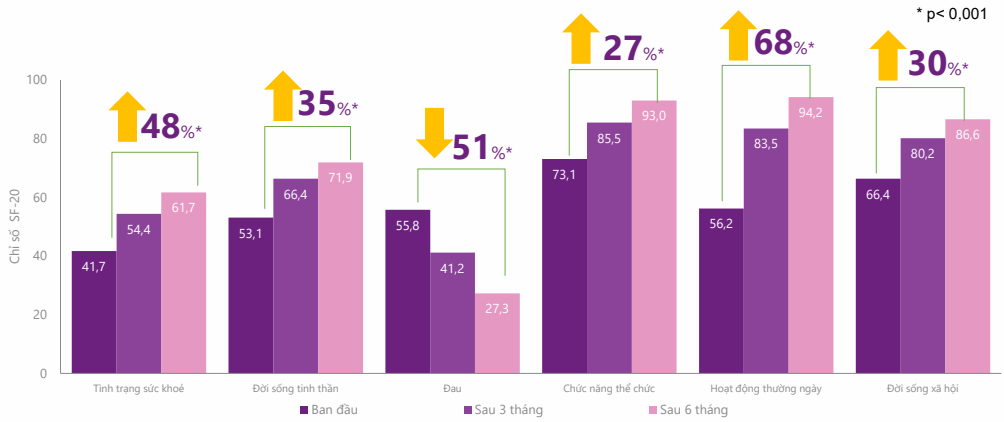
- ✓ NC theo dõi đời thực, nhãn mở, đa trung tâm, n=350
- ✓ LNMTC có triệu chứng, điều trị dydrogesterone 20-30mg/ngày theo chu kỳ hoặc liên tục trong 3-6 tháng
- ✓ **Chỉ sau 3 tháng điều trị với dydrogesterone,** triệu chứng đau do LNMTC (đau bụng kinh, đau vùng chậu …) giảm đáng kể.
- ✓ Hiệu quả duy trì đến 6 tháng hoặc lâu hơn



[ORCHIDEA study] Sukhikh GT, et al. Fertil Steril. 2021;28:S0015-0282(21)01793-3

FVCOG2024

Nghiên cứu ORCHEDIA



Chỉ sau 3 tháng điều trị, dydrogesterone nâng cao chất lượng cuộc sống

[ORCHIDEA study] Sukhikh GT, et al. Fertil Steril. 2021;28:S0015-0282(21)01793-3

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Dydrogesterone trong điều trị LNMTC

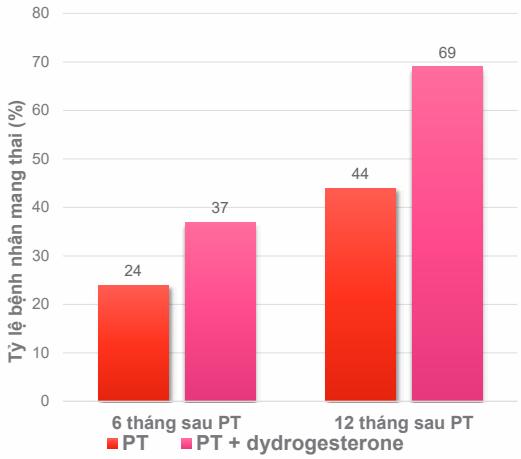
Dydrogesterone <u>không</u> ức chế rụng trứng* + Dydrogesterone <u>không</u> làm mỏng NMTC bình thường = PN LNMTC có thể mang thai tự nhiên trong quá trình điều trị Dydrogesterone



1. M. Orazov et al. Molecular and genetic features of endometrium in endometriosis-associated infertility. Hard Case 2019, Vol.18, Issue 1, Page 6-15. In Russian only.
2. Johnston, W.I.H. (1976), DYDROGESTERONE AND ENDOMETRIOSIS. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 83: 77-80. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1976.tb00734.
3. Patient Information Leaflet of Dydrogesterone®, 19.02.2020

FVCOG2024

Dydrogesterone trong điều trị LNMTC



Dydrogesterone giúp cải thiện tỷ lệ mang thai

- ✓ **Dydrogesterone hỗ trợ điều trị giảm đau sau PT điều trị LNMTC & góp phần làm tăng đáng kể tỷ lệ mang thai**
- ✓ Hỗ trợ nội tiết Dydrogesterone có thể giúp cải thiện cơ hội mang thai và cho kết quả chu sinh tốt hơn

Orazov M.R et al. The efficacy of combined management of endometriosis-associated infertility. International Journal of Pharmaceutical Research. 2019; 11 (3): 1001–1006.

FVCOG2024

Hoạt tính sinh học của các progestogen

Hoạt tính sinh học	Dydrogesterone	Northisterone	Dienogest
Tác dụng progesterone	**75%**	**75%**	**5%**
Tác dụng kháng gonadotropin	–	+	+
Tác dụng kháng estrogen	+	+	±
Tác dụng estrogen	–	+	–
Tác dụng androgen	**0%**	**15%**	**10%**
Tác dụng kháng andorgen	±	–	+
Tác dụng glucocorticoid	–	–	–
Tác dụng kháng mineralocorticoid	±	–	–
Phù hợp với BN có nguy cơ huyết khối	**+**	**–**	**–**

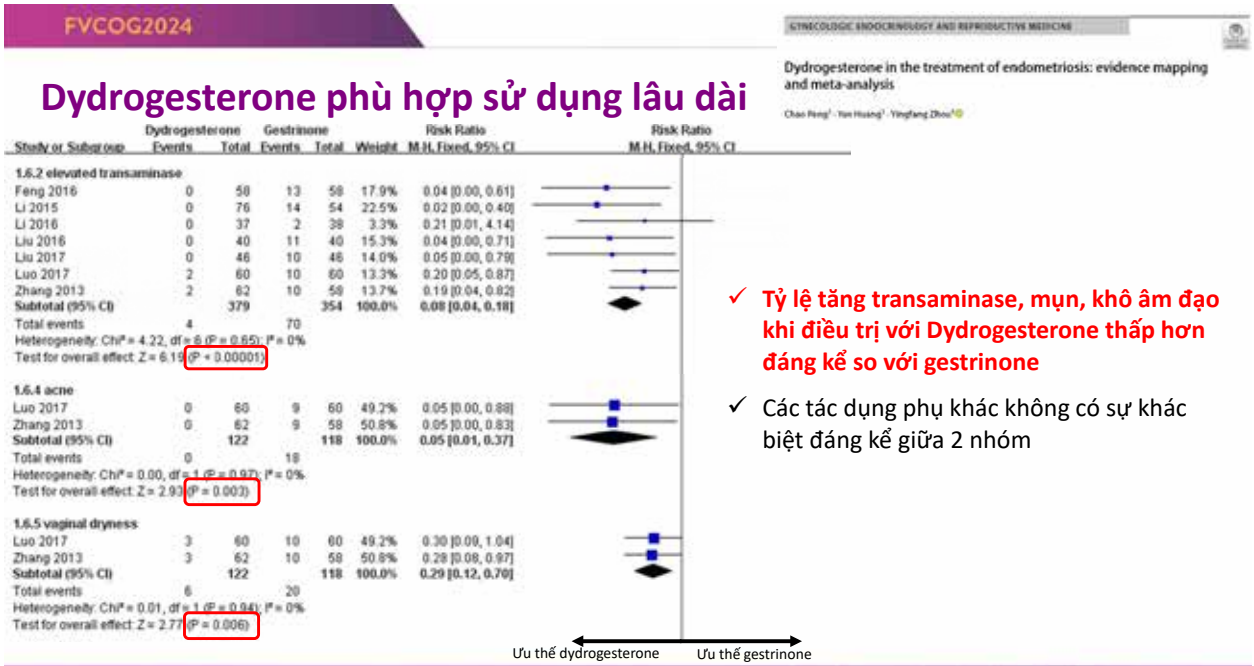
→ Tác động chọn lọc lên thụ thể progesterone, không tác động lên thụ thể khác. Giảm thiểu tác dụng phụ: **không gây rậm lông, tăng cân, mụn trứng cá**

→ Có thể sử dụng ở phụ nữ có nguy cơ huyết khối [3]

1. Schindler AE. Progestational effects of dydrogesterone in vitro, in vivo and on the human endometrium. Maturitas 2009; 65(Suppl 1):S3–S11 2. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas 2008;61:171–80. 3. Patient Information Leaflet of Dydrogesterone®, 19.02.2020.

FVCOG2024

Dydrogesterone phù hợp sử dụng lâu dài



- ✓ **Tỷ lệ tăng transaminase, mụn, khô âm đạo khi điều trị với Dydrogesterone thấp hơn đáng kể so với gestrinone**
- ✓ Các tác dụng phụ khác không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm

Peng C, Huang Y, Zhou Y. Dydrogesterone in the treatment of endometriosis: evidence mapping and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2021 Jul;304(1):231-252. doi: 10.1007/s00404-020-05900-z. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33398505; PMCID: PMC8164626

Tổng kết

- ✓ LNMTC là **bệnh lý mãn tính, phụ thuộc nội tiết estrogen**
- ✓ Sinh bệnh học là do **tác động quá kích của estrogen tại chỗ**, gây ra các phản ứng viêm
- ✓ Yếu tố thượng di truyền có vai trò trong sinh bệnh học, giải thích tính đa dạng của LNMTC
- ✓ **Cá thể hoá điều trị nội khoa ở phụ nữ LNMTC** dựa trên: mong muốn của bệnh nhân, hiệu quả, tác dụng phụ,…
- ✓ Giảm đau không phải là mục tiêu duy nhất của điều trị LNMTC. Cần **cân bằng giữa việc điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh**
- ✓ Dydrogesterone với cơ chế đặc biệt, kháng viêm và kháng phát triển của LNMTC
- ✓ Dydrogesterone:
  - ✓ **hiệu quả trong điều trị đau do LNMTC**, cải thiện chất lượng cuộc sống và an toàn để sử dụng lâu dài
  - ✓ Không ức chế rụng trứng ở liều điều trị→ **phụ nữ có thể mang thai trong quá trình điều trị**

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn



Abbott

Dydrogesterone

CÁ THỂ HÓA ĐIỀU TRỊ
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG
BẢO TỒN
KHẢ NĂNG SINH SẢN



Không ức chế rụng trứng [1]
Không làm mỏng nội mạc tử cung [2]

Có thể mang thai
trong quá trình điều trị [3]

1 tháng

Hiệu quả giảm đau ro rết
chỉ sau 1 tháng [3]

50%

50% Bệnh nhân
giảm kích thước
khối lạc nội mạc tử cung [4]

Cải thiện chất lượng đời sống
tình dục sau 3 tháng [5]

Nguồn gốc tự nhiên
Công nghệ UV độc quyền

[illegible] Regional Med Biol. 2021. 5. JORCHIDEA [illegible]



PGS.TS. LÊ HOÀI CHƯƠNG

Phó Giám đốc Bệnh viện
Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1981 - 1987: Bác sĩ Đa khoa - Đại học Y Hà Nội
- 1987 - 1990: Chuyên khoa cấp I chuyên ngành Sản Phụ khoa - Đại học Y Hà Nội
- 1996 Thạc sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa - Đại học Y Hà Nội
- 2009: Chuyên khoa cấp II chuyên ngành Sản Phụ khoa - Đại học Y Hà Nội
- 2006: Tiến sĩ Y học
- 2013: Phó Giáo sư

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 1987 – 1990: Bác sĩ nội trú Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh.
- Từ 1990 – 1997: Bác sĩ điều trị Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh.
- Từ 1997 – 2000: Phó Trưởng khoa Sản Nhiễm khuẩn - Viện bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh.
- Từ 2000 – 2001: Trưởng khoa Sản Nhiễm khuẩn - Viện bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh.
- Từ 2001 – 2004: Phó Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.
- Từ 2004 - 2015: Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.
- Từ 5/2010 đến nay: Phó Giám đốc Trung tâm Đào tạo - Nghiên cứu Khoa học và Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.
- Từ 12/2010 đến nay: Phó Giám đốc bệnh viện Phụ Sản Trung ương.
- Từ năm 2006 đến nay là giảng viên kiêm nhiệm trường Đại học Y Hà Nội.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả và đồng tác giả 41 bài báo, công trình khoa học đăng trên các tạp chí khoa học uy tín trong nước và quốc tế
- 05 đề tài cấp bộ, cấp cơ sở đã nghiệm thu.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2015: Được phong tặng Huân chương Lao động Hạng III
- 2017: Được phong tặng Danh hiệu Thầy thuốc Nhân dân

FVCOG2024

SỬ DỤNG HPV ĐẦU TAY ĐƠN LẺ TRONG SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG HIỆU QUẢ LÂM SÀNG QUE TỰ LẤY MẪU

PGS. TS. Lê Hoài Chương

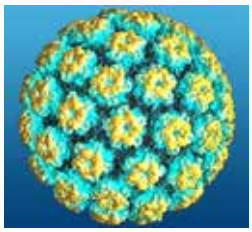
Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương

FVCOG2024

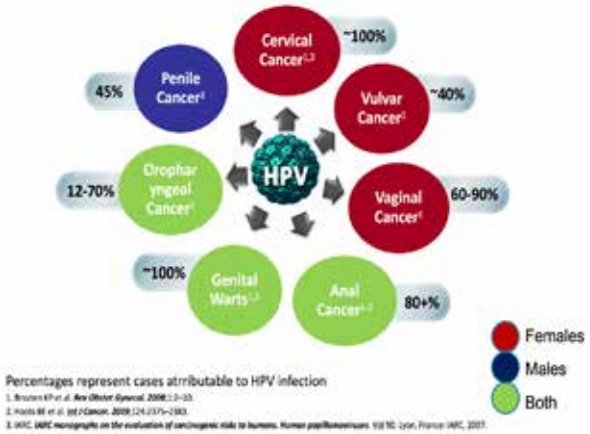
NỘI DUNG

- Ung thư cổ tử cung và các phương pháp sàng lọc
- Giới thiệu nghiên cứu mô hình của FIND và CDC Hải Phòng
- Kết quả của nghiên cứu và một số điểm bàn luận

HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV)



- Rất thường gặp - như vi rút cảm cúm
- Nhiễm ở cả nam và nữ
- Gây UT CTC (gánh nặng lớn nhất) - có thể tầm soát & phòng ngừa được
- Gây ra các bệnh Ung thư khác (không thể tầm soát hoặc phòng ngừa)



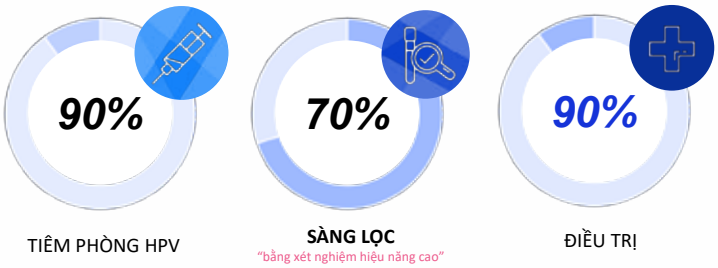
UT CTC có thể phòng ngừa được

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG VẪN CÒN LÀ GÁNH NẶNG

- **Human Papilloma Virus** (HPV) được phát hiện ở trên 99% các ca UTCTC[1]
- Vào năm 50 tuổi, **4/5** phụ nữ đã từng phơi nhiễm với HPV[2]
- Mỗi năm có hơn **604,000** ca mắc mới UTCTC[3], 90% ở các nước thu nhập TB & thấp[4]
- Mỗi năm có **342.000** ca tử vong liên quan tới UT CTC[3]

Mục tiêu của WHO loại trừ ung thư CTC vào năm 2030

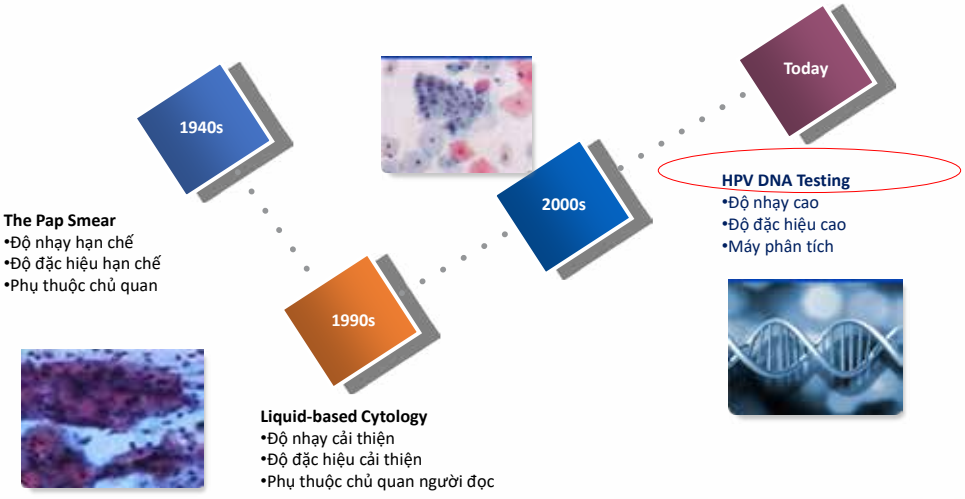




[1] Walboomers, J.M., et al. 1999;189(1):12-9.; [2]Basemena, JG and Koutsky, LA. 2005; 32(1:S):16-24. [3]IARC Globocan 2020 - gco.iarc.fr;Http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf . 4. Hull R, et al. . cervical cancer in low and middle-income countries. Oncol Lett. 2020 Sep;20(3):2058-2074. doi: 10.3892/ol.2020.11754. Epub 2020 Jun 19. Accessed on June 1, 2022.

FVCOG2024

80 NĂM CHẶNG ĐƯỜNG TẦM SOÁT K CTC



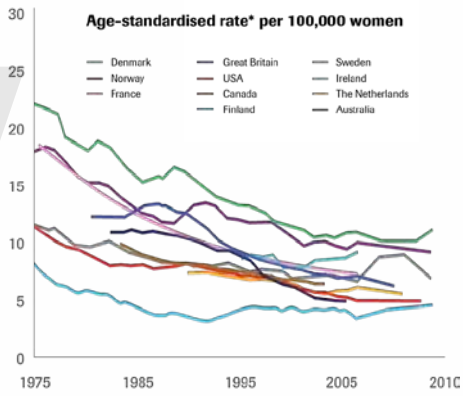
FVCOG2024

TỶ LỆ MẮC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG THEO THỜI GIAN

Cần đẩy mạnh xét nghiệm sàng lọc để giảm tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư cổ tử cung

Tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư cổ tử cung đã giảm đáng kể từ những năm 1970 nhờ tầm soát ung thư cổ tử cung bằng xn tế bào học (PAP-cytology)

Để giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong, chúng ta cần tìm phương pháp tiếp cận được nhiều phụ nữ hơn nữa bằng **cách loại bỏ các rào cản** khiến họ không chủ động xét nghiệm sàng lọc nguy cơ



Source: Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2008. http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp.Accessed March 15, 2012. IARC CancerBase. Lyon; 2010

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

HƯỚNG DẪN CỦA WHO NĂM 2021

Tóm tắt các khuyến cáo



Tóm tắt khuyến cáo của WHO: đề xuất chiến lược phòng ngừa ung thư cổ tử cung sau đây[1]

Nhóm dân số phụ nữ chung

- Sàng lọc đầu tay đơn lẻ bằng HPV DNA
- Bắt đầu từ 30 tuổi
- Khoảng cách sàng lọc: 5 đến 10 năm

Phụ nữ có HIV +

- Sàng lọc đầu tay đơn lẻ bằng HPV DNA
- Bắt đầu từ 25 tuổi
- Khoảng cách sàng lọc: 3 đến 5 năm

1. *New recommendations for screening and treatment to prevent cervical cancer, WHO 6 July 2021. Accessed 9 July 2023*

KHUYẾN NGHỊ SÀNG LỌC HPV ĐẦU TAY

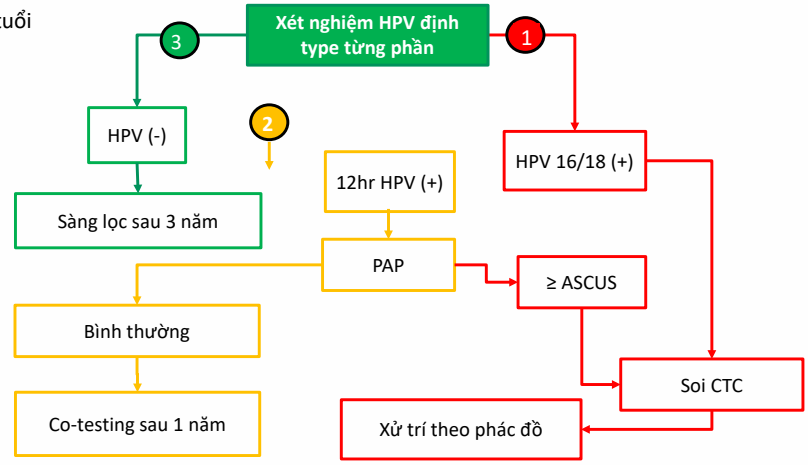
Tổ chức/ Hướng dẫn	Sàng lọc đầu tay
ACS: Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ	Được ưu tiên hơn là bộ đôi (2020)[1] Phụ nữ 25+;khoảng cách 5 năm
USPSTF: Nhóm chuyên trách các dịch vụ dự phòng Hoa Kỳ	Khuyến nghị với bằng chứng Cấp độ A (2018)[2] Phụ nữ 30+; Khoảng cách 5 năm
ASCCP: Hiệp hội soi cổ tử cung và bệnh lý cổ tử cung Hoa Kỳ	Thống nhất với USPSTF (2021)[3]
ACOG: Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ	Thống nhất với USPSTF (2021)[4]
SGO: Hội Ung thư Phụ khoa	Thống nhất với USPSTF (2021)[5]

1. Fontham ETH, et al. *CA Cancer J Clin*. 2020;70:321-346. 2. US Preventative Services Task Force. JAMA. 2018;320(7):674-686. 3. ASCCP. Screening guidelines. https://www.asccp.org/screening-guidelines. Accessed 6/1/2021. 4. ACOG. Updated cervical cancer screening guidelines. April 2021. https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines. Accessed 6/1/2021. 5. SGO. SGO endorses ACOG new practice advisory of USPSTF cervical cancer screening recommendations. May 2021. https://www.sgo.org/news/sgo-endorses-acog-new-practice-advisory-of-uspstf-cervical-cancer-screening-recommendations/. Accessed 6/1/2021.

FVCOG2024

BỘ Y TẾ VIỆT NAM
PHÁC ĐỒ SÀNG LỌC ĐẦU TAY VỚI XÉT NGHIỆM HPV

Áp dụng ở phụ nữ từ 25 tuổi



Quyết định 2402/QĐ-BYT, ngày 10/6/2019 về Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát UTCTC
Tờ Hướng dẫn sử dụng cobas® HPV

FVCOG2024

XÉT NGHIỆM HPV DNA ĐƯỢC KHUYẾN CÁO VỚI PHƯƠNG PHÁP TỰ LẤY MẪU

- Theo khuyến cáo của WHO, chỉ áp dụng dụng cụ tự lấy mẫu đối với xét nghiệm **HPV DNA**
- Hiện tại vẫn chưa đủ bằng chứng/ dữ liệu tự lấy mẫu trên xét nghiệm HPV mRNA, nên dùng trên mẫu do NVYT lấy
- Chỉ áp dụng mẫu tự lấy với các xét nghiệm HPV DNA đã thẩm định, được cấp phép CE-IVD, cập nhật chỉ định mới trên mẫu tự lấy trong tờ Hướng dẫn sử dụng của xét nghiệm



When compared with VIA or cytology screening, HPV mRNA screening may result in greater reductions in cervical cancer incidence and mortality. There is very low-certainty evidence comparing samples taken by health-care providers with self-collected samples for HPV mRNA testing. Available data suggest that HPV mRNA testing performs worse with self-collected samples, and therefore the recommendation suggests samples taken by health-care providers [see Web annex: GTI framework for mRNA testing for HPV].

GIÁ TRỊ CỦA DỤNG CỤ TỰ LẤY MẪU TRONG SÀNG LỌC UTCTC



Tiếp cận

Tiếp cận dân số chưa được sàng lọc (19% phụ nữ được sàng lọc ở các nước đang phát triển, 63% ở các nước phát triển)

Thu hút các chương trình sàng lọc

Giúp ngăn ngừa trì hoãn sàng lọc do COVID-19, dịch cúm và các vấn đề về sức khỏe cộng đồng khác

Chủ động

Tạo điều kiện cho người phụ nữ CSSK tốt hơn

Mang lại sự tiện lợi và tính riêng tư cho người phụ nữ

Loại trừ các rào cản về văn hóa và tín ngưỡng cho việc sàng lọc tại các Cơ sở y tế

Hiệu quả

Đa phần các ca UTCTC xuất hiện ở những người phụ nữ chưa được sàng lọc[1,2]

Việc sàng lọc mang lại cơ hội để phát hiện tiền Ung thư và ngăn ngừa tiến triển sang UTCTC

1. Leyden WA, et al. J Natl Cancer Inst 2005; 97:675–683;
2. Andrae B, et al. J Natl Cancer Inst 2008; 100:622–629

VÀI DỤNG CỤ TỰ LẤY MẪU ĐÃ TRIỂN KHAI TRÊN THẾ GIỚI

Que tăm bông Copan 552C.80 FLOQ Swab

Que phết tự lấy mẫu âm đạo



Evalyn Brush

Chổi/ bàn chải phết mẫu âm đạo

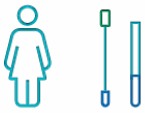


FVCOG2024

TỰ LẤY MẪU THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM HPV DNA NHƯ THẾ NÀO?

Đơn giản chỉ 4 bước từ lúc lấy mẫu tới khi ra kết quả

1. Lấy mẫu



Tại địa điểm sàng lọc

Theo hướng dẫn của NSX, phụ nữ **tự lấy mẫu của họ và chuyển cho NVYT** ngay lập tức

2. Tạo huyền phù cho mẫu tự lấy



NVYT sẽ phân tán mẫu tự lấy trong lọ chứa dung dịch môi trường .

3. Vận chuyển mẫu



Lọ chứa mẫu sẽ được vận chuyển tới PXN để tiến hành phân tích

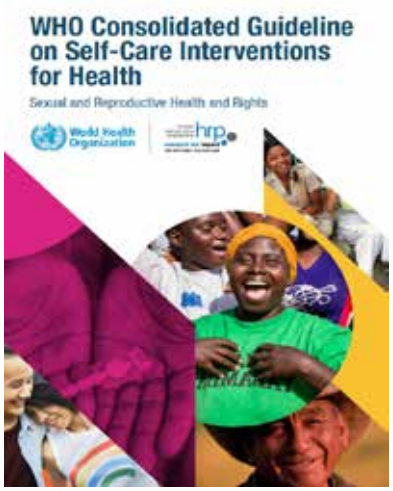
4. Xét nghiệm/ phân tích



Lọ chứa mẫu sẽ được phân tích theo quy trình được cài đặt trên hệ thống máy **Sinh học phân tử.** Kết quả được trả theo quy trình riêng của mỗi PXN.

FVCOG2024

TỰ LẤY MẪU VÀ XÉT NGHIỆM VỚI HPV DNA ĐƯỢC KHUYẾN CÁO TRONG CÁC TÀI LIỆU CỦA WHO





fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn



Các hướng dẫn để phụ nữ tự lấy dễ hiểu, dễ sử dụng, phổ biến, sẵn có trên các phương tiện thông tin

Mẫu tự lấy sau khi phân tán trong lọ chứa dung dịch môi trường có thể được bảo quản từ 2-30 độ trong vòng 6 tháng

XÉT NGHIỆM HPV VỚI MẪU TỰ LẤY: TỔNG HỢP DỮ LIỆU CẬP NHẬT

56 nghiên cứu về độ đúng và 25 thử nghiệm

MỤC TIÊU: Đánh giá độ đúng của xét nghiệm HPV trên mẫu tự lấy và hiệu quả của việc tự lấy mẫu để tiếp cận tới nhóm phụ nữ chưa được sàng lọc.

KẾT LUẬN: "Xét nghiệm HPV DNA theo phương pháp PCR có **độ nhạy phát hiện** CIN2+ / CIN3+ **tương đương** nhau trên **nhóm mẫu tự lấy** so với nhóm mẫu Nhân viên Y tế lấy"

Arbyn M, et al. BMJ. 2018 Dec 5;363:k4823.



FVCOG2024

HIỆU NĂNG PHƯƠNG PHÁP TỰ LẤY MẪU – NGHIÊN CỨU TẠI HẢI PHÒNG

FVCOG2024

DỰ ÁN NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH: TẬP TRUNG HÓA XÉT NGHIỆM VÀ PHÂN TUYẾN LẤY MẪU

Mục tiêu của dự án: Sàng lọc ung thư cổ tử cung trong cộng đồng bằng xét nghiệm HPV DNA và tự lấy mẫu nhằm tăng cường phạm vi tiếp cận, thúc đẩy phát hiện sớm và tiếp cận điều trị kịp thời ung thư cổ tử cung.

Cụ thể:

- Chứng minh một mô hình phân tuyến lấy mẫu tại cấp xã, huyện và xét nghiệm tập trung tại cấp tỉnh nếu hiệu quả có thể cho phép mở rộng quy mô sàng lọc.
- Cung cấp bằng chứng về việc sử dụng mô hình xét nghiệm tập trung cho xét nghiệm HPV DNA để nâng cao tính khả thi về mặt kỹ thuật và xây dựng mô hình hỗ trợ Bộ Y tế trong việc mở rộng quy mô xét nghiệm HPV DNA.
- Hỗ trợ nâng cao năng lực chẩn đoán để quản lý các bệnh phổ biến tại cấp xã ở Việt Nam bằng cách hỗ trợ tiếp cận sàng lọc ung thư cổ tử cung tại các Trạm Y tế xã.
- Hỗ trợ kỹ thuật và nâng cao năng lực cho CDC trong việc xét nghiệm HPV DNA.



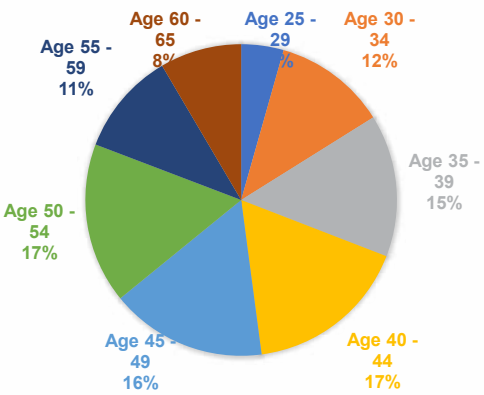


KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH SÀNG LỌC TẠI HẢI PHÒNG

Số lượng phụ nữ tham gia nghiên cứu

Số lượng mẫu	Mô hình tại trạm y tế	Mô hình sàng lọc tập trung	Tổng cộng
	n (%)	n (%)	n (%)
Mẫu tự lấy	978 (39,1%)	1454 (58,1%)	2432 (48,6%)
Mẫu NVYT lấy	1524 (60,9%)	1048 (41,9%)	2572 (51,4%)
Tổng số	2502 (100%)	2502 (100%)	5004 (100%)

% phụ nữ được xét nghiệm phân phối theo nhóm tuổi



Lưu ý: Dữ liệu từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2023, dữ liệu được trích xuất vào ngày 31 tháng 12 năm 2023
Dữ liệu cuối cùng sẽ có vào cuối tháng 6 năm 2024

MÔ HÌNH SÀNG LỌC UT CTC SỬ DỤNG HPV DNA TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Mô hình xét nghiệm tập trung và lấy mẫu phân tuyến tại y tế cơ sở

Địa điểm: Huyện Thủy Nguyên và Vĩnh Bảo, tỉnh Hải Phòng
Số lượng mẫu: 5 000 mẫu
Thời gian: 6/2023 – 12/2023

Lấy mẫu tại cộng đồng do CDC tổ chức (CDC) 2 500 phụ nữ

Tự lấy mẫu (978 mẫu)

Nhân viên y tế lấy mẫu (1524 mẫu)

Thu thập mẫu tại 40 Trạm Y tế xã (PHC) 2 500 phụ nữ

Tự lấy mẫu (1454 mẫu)

Nhân viên y tế lấy mẫu (1048 mẫu)

Sàng lọc tập trung tại CDC Hải Phòng (5 004 mẫu)

Chuyển mẫu

- Xét nghiệm: cobas HPV DNA chúng nguy cơ cao
- Hệ thống máy Sinh học phân tử cobas 4800
- Đơn vị thực hiện: Trung tâm kiểm soát bệnh tật TP Hải Phòng

Kết quả: 8,1% dương tính HPV nguy cơ cao, tỉ lệ này tương đồng ở cả 2 nhóm tự lấy mẫu và NVYT lấy mẫu

FVCOG2024

DỮ LIỆU NGHIÊN CỨU

Kết quả	PHC model	CDC model	Tổng số
	n (%)	n (%)	n (%)
HPV 16 (+)	24 (0,96%)	18 (0,72%)	42 (0,84%)
HPV 18 (+)	10 (0,40%)	7 (0,28%)	17 (0,34%)
HPV 16 (+) & các typ (+) khác	19 (0,76%)	12 (0,48%)	31 (0,62%)
HPV 18 (+) & các typ (+) khác	9 (0,36%)	3 (0,12%)	12 (0,24%)
Các typ (+) khác	140 (5,60%)	163 (6,51%)	303 (6,06%)
HPV 16 (+), HPV 18 (+) & các typ (+)	1 (0,04%)	0 (0,00%)	1 (0,02%)
Dương tính ít nhất 1 typ	**8,11%**	**8,11%**	**8,11%**
Âm tính với tất cả các typ	2299 (91,89%)	2299 (91,89%)	4598 (91,89%)
Tổng	2502(100%)	2502 (100%)	5004(100%)

FVCOG2024

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ nhiễm HPV tại cộng đồng theo mô hình sàng lọc

Kết quả	Mô hình tại trạm y tế	Mô hình sàng lọc tập trung	Tổng cộng
	n (%)	n (%)	n (%)
HPV nguy cơ cao (+)	**203 (8,1%)**	**203 (8,1%)**	**406 (8,1%)**
HPV nguy cơ thấp (-)	2299 (91,9%)	2299 (91,9%)	4598 (91,9%)
Tổng cộng	2502 (100%)	2502 (100%)	5004 (100%)

Tỷ lệ nhiễm HPV tại cộng đồng theo phương pháp lấy mẫu

Kết quả	Tự lấy mẫu	NVYT lấy mẫu	Tổng cộng
	n (%)	n (%)	n (%)
HPV nguy cơ cao (+)	**198 (8,1%)**	**208 (8,1%)**	**406 (8,1%)**
HPV nguy cơ thấp (-)	2233 (91,9%)	2365 (91,9%)	4598 (91,9%)
Tổng cộng	2431 (100%)	2573 (100%)	5004 (100%)

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

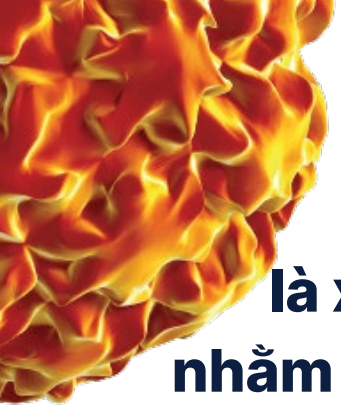
	Chi phí (hàng năm)		Hiệu quả (hàng năm)	
	HPV DNA	Tế bào học	HPV DNA	Tế bào học
A. Skroumpelos (Hy Lạp, 2019)	Sàng lọc mỗi 3 năm: 21.516.948 EUR (2017) Sàng lọc mỗi 5 năm: 12.379.219 EUR (2017)	Sàng lọc hàng năm: 22.567.135 EUR (2017)	• Tử vong: 3,7 • Mắc mới: 15,8 • Tử vong: 6,1 • Mắc mới: 22,0	•Tử vong: 13,8 •Mắc mới: 23,3
W.T (Thái Lan, 2017)	Sàng lọc mỗi 5 năm: 6.448.183 Baht (2016)	Sàng lọc mỗi 5 năm: 6.571.867 Baht (2016)	Số ca phát hiện: 40	Số ca phát hiện: 29

Chi phí:
HPV DNA < Tế bào học

Hiệu quả:
HPV DNA > Tế bào học

→ **HPV DNA tiết kiệm chi phí so với XN Tế bào học**

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!



Xét nghiệm HPV DNA là xét nghiệm sàng lọc đầu tay đơn lẻ nhằm phát hiện nguy cơ ung thư cổ tử cung

Xét nghiệm HPV DNA được phê duyệt cho 3 chỉ định

Sàng lọc đầu tay đơn lẻ
Cho Phụ nữ ≥ 25 tuổi

Xét nghiệm bộ đôi với Pap
Cho Phụ nữ ≥ 30 tuổi

Phân tầng ASC-US
Cho Phụ nữ ≥ 21 tuổi

Xét nghiệm HPV DNA cung cấp 3 kết quả: định type HPV 16, 18 và 12 type HPV nguy cơ cao

HPV 16

16

HPV 18

18

Gây nên **70%** các trường hợp ung thư cổ tử cung[1]

12 type HPV nguy cơ cao

31 33 35 39
45 51 52 56
58 59 66 68

Yếu tố kiểm soát nội tế bào trong xét nghiệm HPV DNA giúp loại trừ âm tính giả và giảm bỏ sót

Khuyến cáo của Hội ung thư Hoa Kỳ ban hành năm 2020[2]: Phụ nữ từ 25-65 tuổi sàng lọc ung thư cổ tử cung bằng xét nghiệm HPV đầu tay đơn lẻ*

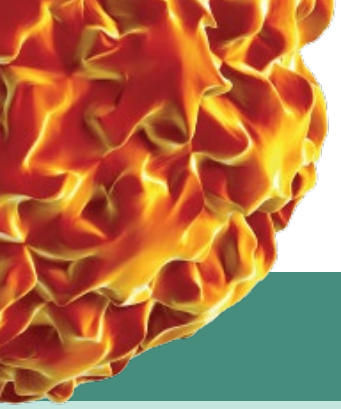
* Sử dụng xét nghiệm HPV được FDA Hoa Kỳ phê duyệt cho sàng lọc đầu tay đơn lẻ

QĐ 2402 của Bộ Y tế ban hành năm 2019

31 33 35 39 45 51
52 56 58 59 66 68
16 18

Xét nghiệm HPV DNA

- **Âm tính** → **Sàng lọc định kỳ**
- **12 type HPV nguy cơ cao dương tính (**)** → **Xét nghiệm tế bào học**
  - **≥ASC-US (*)** → **Soi cổ tử cung**
  - **Âm tính** → **Theo dõi 12 tháng**
- **HPV 16 và/ hoặc HPV 18 dương tính** → **Soi cổ tử cung**

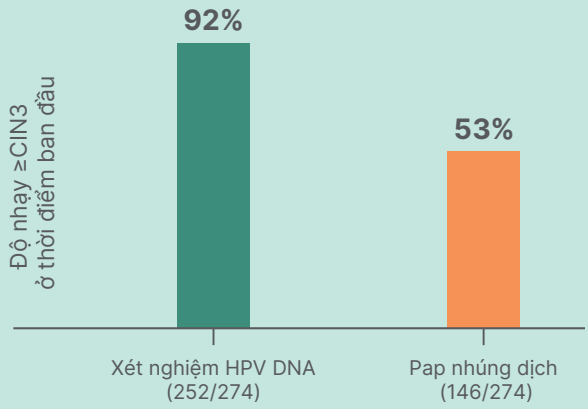


Xét nghiệm HPV DNA
được kiểm chứng lâm sàng qua nghiên cứu ATHENA

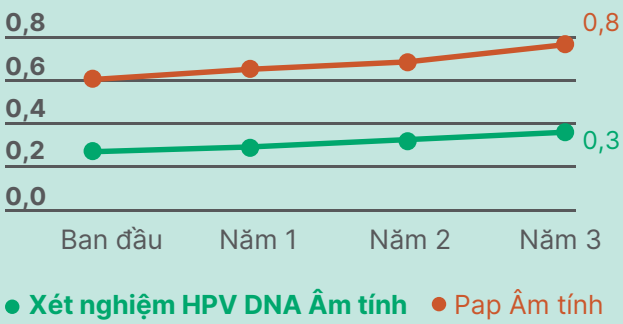
Nghiên cứu ATHENA, nghiên cứu bản lề trong sàng lọc nguy cơ ung thư cổ tử cung
Thực hiện ở **47.208** phụ nữ tại **61** trung tâm trong **3 năm**

Tóm tắt kết quả:

Độ nhạy phát hiện CIN3 **cao gấp 2 lần** so với xét nghiệm Pap nhúng dịch[3]



Nguy cơ phát triển **≥CIN3** cao hơn gấp 2 lần ở nhóm Pap(-) so với nhóm HPV(-)[4]



Nguy cơ phát triển thành CIN3 sau 3 năm[4]



HPV16+

1 trong 4 phụ nữ phát triển thành CIN3



HPV18+

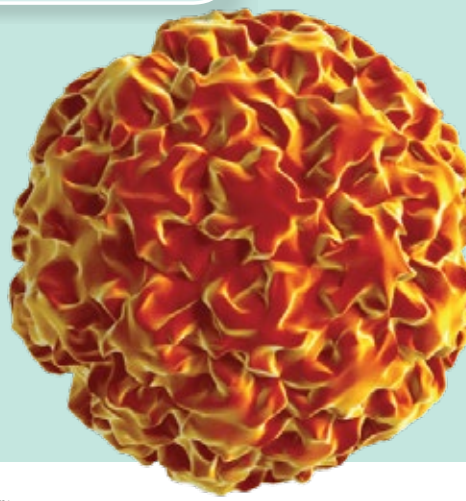
1 trong 9 phụ nữ phát triển thành CIN3



12 hrHPV+ khác

1 trong 19 phụ nữ phát triển thành CIN3

Không phải mọi phụ nữ có HPV dương tính đều có cùng một nguy cơ



Các từ viết tắt

* FDA: The Food and Drug Administration; ASC-US: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance; ATHENA: Addressing THE Need for Advanced HPV diagnostics; CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia; hrHPV: high risk HPV

** 12 type nguy cơ cao 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68

Chất thử chẩn đoán dùng cho máy xét nghiệm định tính, định danh vi khuẩn, vi rút cobas® HPV
Mã sản phẩm: 07460155190
Số GPNK: 7460NK/BYT-TB-CT
Mã hồ sơ xin cấp phép lưu hành: 17002659/ĐKLH-BYT-TB-CT

Hãng sản xuất, nước sản xuất:
Roche Molecular Systems, Inc., Mỹ

Chủ sở hữu, nước chủ sở hữu:
Roche Molecular Systems, Inc., Mỹ

Chủ sở hữu số lưu hành
CÔNG TY TNHH ROCHE VIỆT NAM
Tầng 27, Tòa nhà Pearl Plaza, 561A Điện Biên Phủ
Phường 25, Quận Bình Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh

Số văn bản công bố: 85/23/CBQC/RV

Số tài liệu: MC-VN-00950

diagnostics.roche.com

Nguồn:
1. Li, N et al, Int J Cancer. 2011;128(4):927–35
2. ACS guideline 2020 - Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk
3. Castle PE, Stoler MH, Wright TC Jr, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papilloma-virus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older.
4. Thomas C.Wright, Mark H. Stoler, Catherine M. Behrens, Abha Sharma. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: End of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test



Assoc.Prof. SHILPA NAMBIAR BALAKRISHNAN

Chairman of The International Representative Commitee, Royal College of Obstetricians and Gynecologist, Malaysia

DIPLOMAS

- PhD, Medical Doctor, Associate Professor in Obstetrics and Gynecology.
- Medical Expert in Obstetrics and Gynecology.

EXPERIENCE

- July 2000 - July 2001: Intern, Obstetrics and Gynecology, General Surgery, General Medicine, Seremban General Hospital.
- August 2001 - January 2002: Medical Officer, Accident & Emergency, Pediatrics, Orthopedics, Seremban General Hospital.
- February 2002 - April 2003: Medical Officer, Maternal Health Clinic, Jelebu District.
- April 2003 - December 2007: Registrar, Obstetrics and Gynecology, Tuanku Jaafar Hospital, Seremban.
- December 2007 - February 2008: Clinical Intern, Obstetrics and Gynecology, Bassetlaw NHS Trust, UK.
- March 2008 - August 2008: Clinical Intern, Obstetrics and Gynecology, Queens Hospital, Romford, Essex, UK.
- October 2008 - July 2009: Registrar, Obstetrics and Gynecology Department, Tuanku Jaafar Hospital, Seremban.
- July 2009 - December 2013: Specialist Obstetrician and Gynecologist, Clinical Obstetrics and Gynecology Department, Ampang Hospital, Kuala Lumpur, Malaysia.
- February 2014 - April 2015: Research Fellow in Obstetrics and Maternal Health, University College Hospital, London, UK.
- April 2015 - December 2015: Specialist Obstetrician and Gynecologist at Ampang Hospital, Kuala Lumpur, Malaysia.
- January 2016 - April 2016: Associate Professor and Head of Clinical Department, Obstetrics and Gynecology, Perdana University - Royal College of Surgeons in Ireland Medical School.
- May 2016 - August 2017: Part-time Associate Professor, Obstetrics and Gynecology, Perdana University - Royal College of Surgeons in Ireland Medical School.
- May 2016 - Present: Consultant Obstetrician and Gynecologist at Prince Court Medical Centre, Kuala Lumpur, Malaysia.

PUBLICATIONS

Detailed information on publications and scientific reports is not provided in the profile.

AWARDS & DISTINCTIONS

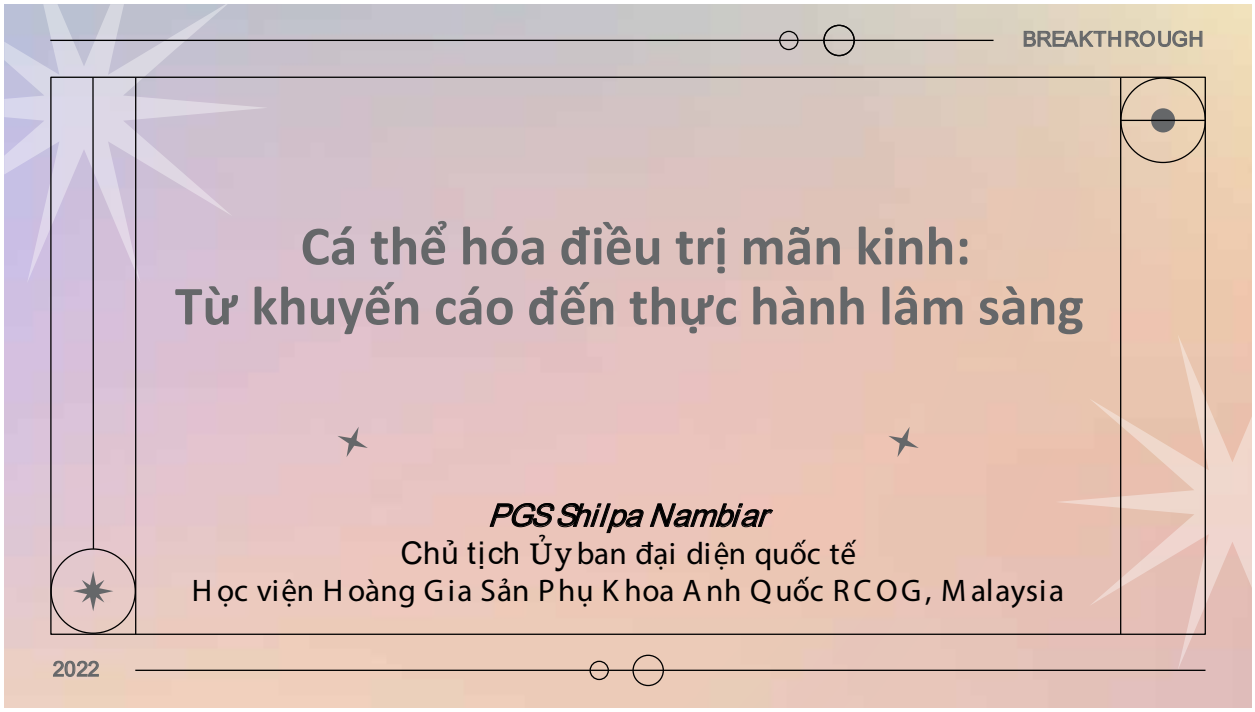
Information regarding awards and scientific honors is not included in the profile.

FVCOG2024

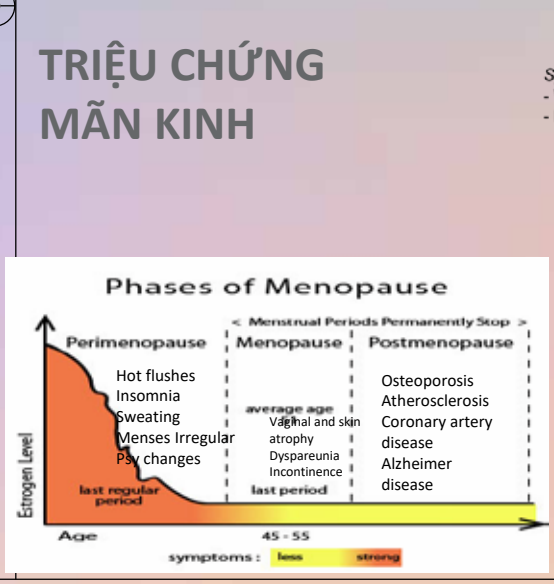
CÁ THỂ HÓA ĐIỀU TRỊ MÃN KINH: TỪ KHUYẾN CÁO ĐẾN THỰC HÀNH LÂM SÀNG

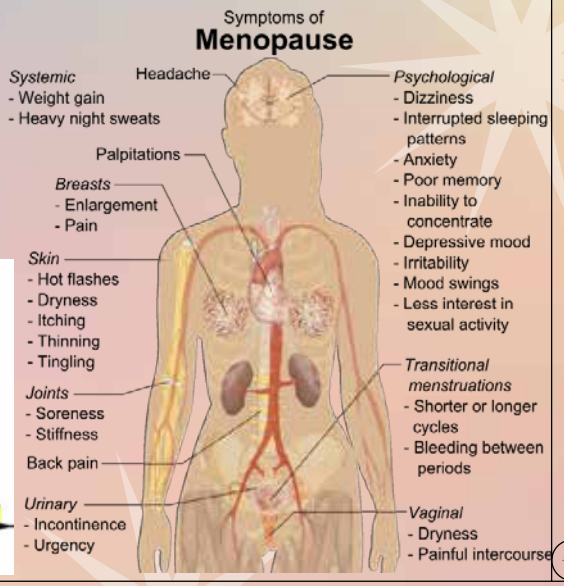
PGS. Shilpa Nambiar

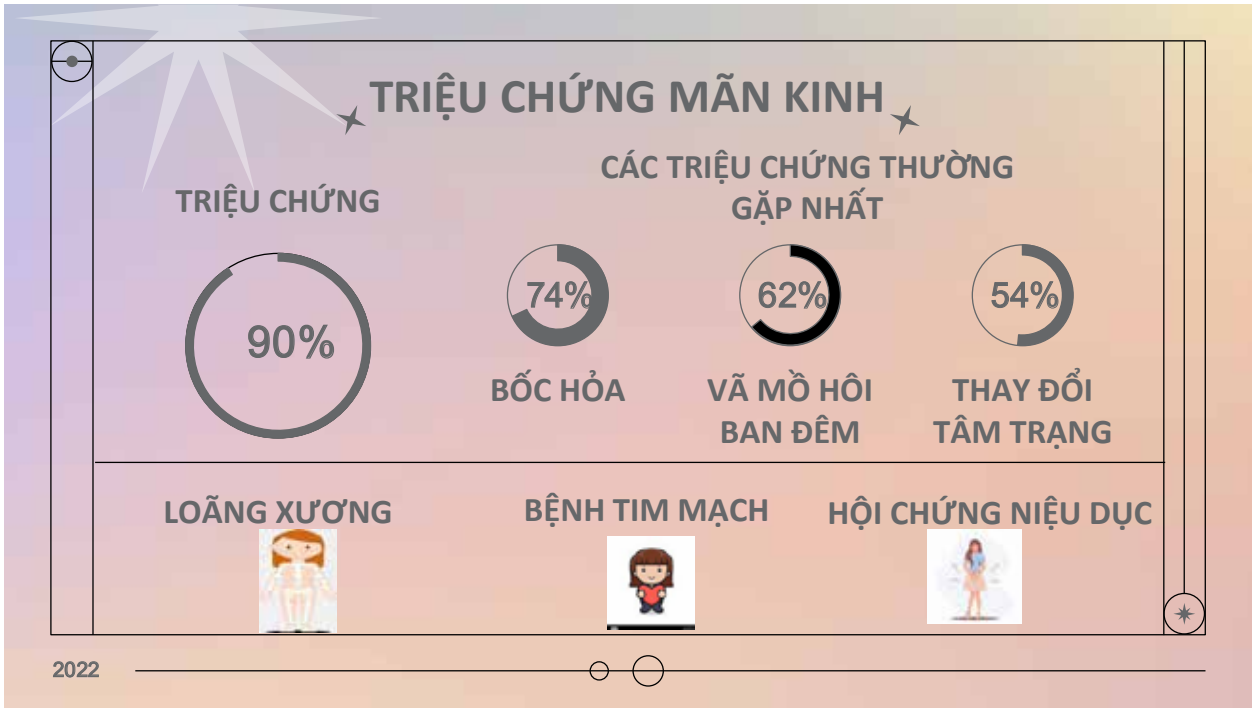
Chủ tịch Ủy ban đại diện quốc tế
Học viện Hoàng Gia Sản Phụ Khoa Anh Quốc RCOG, Malaysia



TRIỆU CHỨNG MÃN KINH






TRIỆU CHỨNG MÃN KINH
TRIỆU CHỨNG
90%
CÁC TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP NHẤT
74%
BỐC HỎA
62%
VÃ MỒ HÔI BAN ĐÊM
54%
THAY ĐỔI TÂM TRẠNG
LOÃNG XƯƠNG
BỆNH TIM MẠCH
HỘI CHỨNG NIỆU DỤC
2022


So... Now what?
I don't think he expected you to live that long...
NO TRESPASSING
©2014 BY ALEX MARTIN

THẢO LUẬN

01 LỊCH SỬ VỀ MHT
Thay đổi quan điểm qua các nghiên cứu/giai đoạn/guideline

02 LỢI ÍCH VÀ NGUY CƠ
Hiệu quả cải thiện các rối loạn mãn kinh và các chống chỉ định

03 LỰA CHỌN NỘI TIẾT
Nhiều lựa chọn phác đồ/đường dùng để tối ưu hiệu quả

04 CASE LÂM SÀNG
Từ lý thuyết đến thực hành

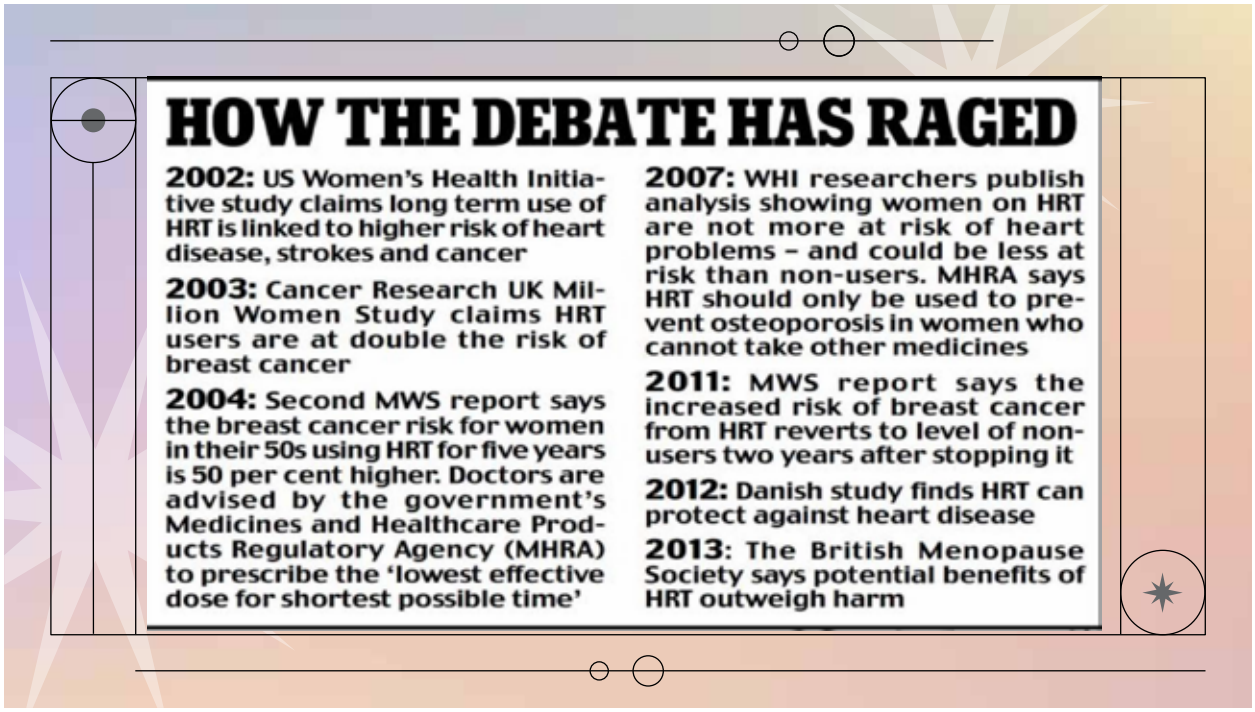
2022

BREAKTHROUGH

01

LỊCH SỬ MHT

2022



HOW THE DEBATE HAS RAGED

2002: US Women's Health Initiative study claims long term use of HRT is linked to higher risk of heart disease, strokes and cancer

2003: Cancer Research UK Million Women Study claims HRT users are at double the risk of breast cancer

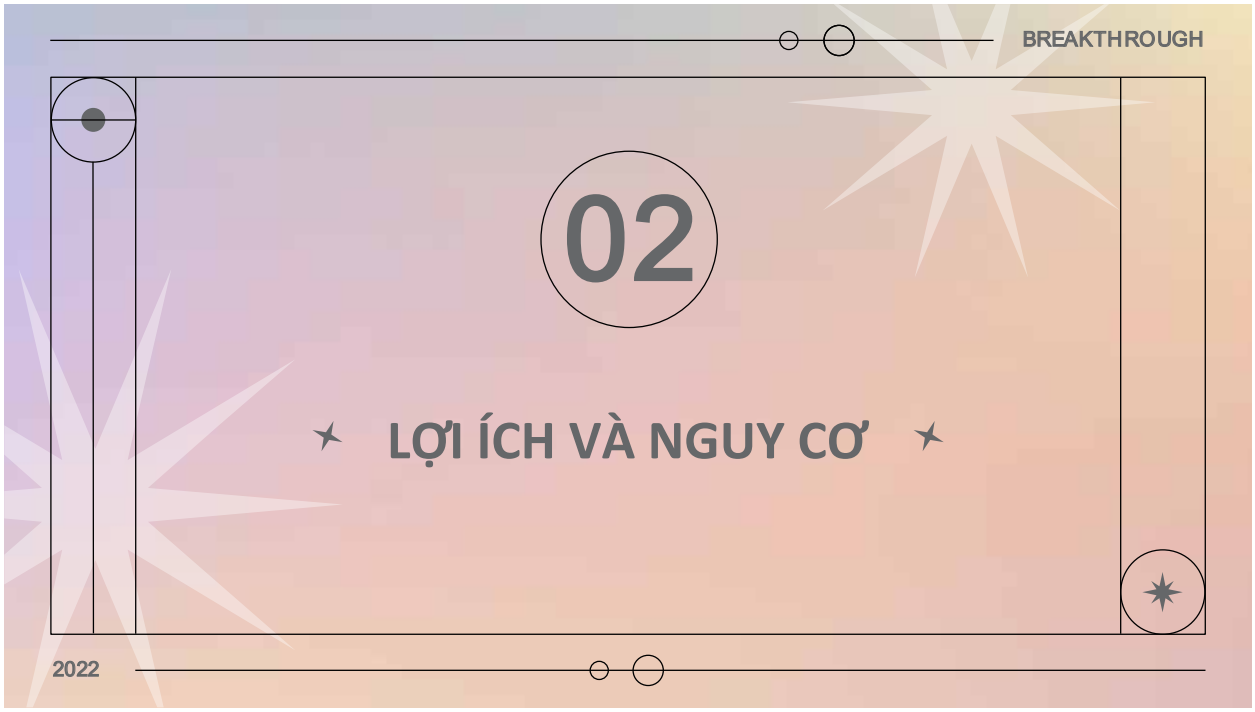
2004: Second MWS report says the breast cancer risk for women in their 50s using HRT for five years is 50 per cent higher. Doctors are advised by the government's Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) to prescribe the 'lowest effective dose for shortest possible time'

2007: WHI researchers publish analysis showing women on HRT are not more at risk of heart problems – and could be less at risk than non-users. MHRA says HRT should only be used to prevent osteoporosis in women who cannot take other medicines

2011: MWS report says the increased risk of breast cancer from HRT reverts to level of non-users two years after stopping it

2012: Danish study finds HRT can protect against heart disease

2013: The British Menopause Society says potential benefits of HRT outweigh harm



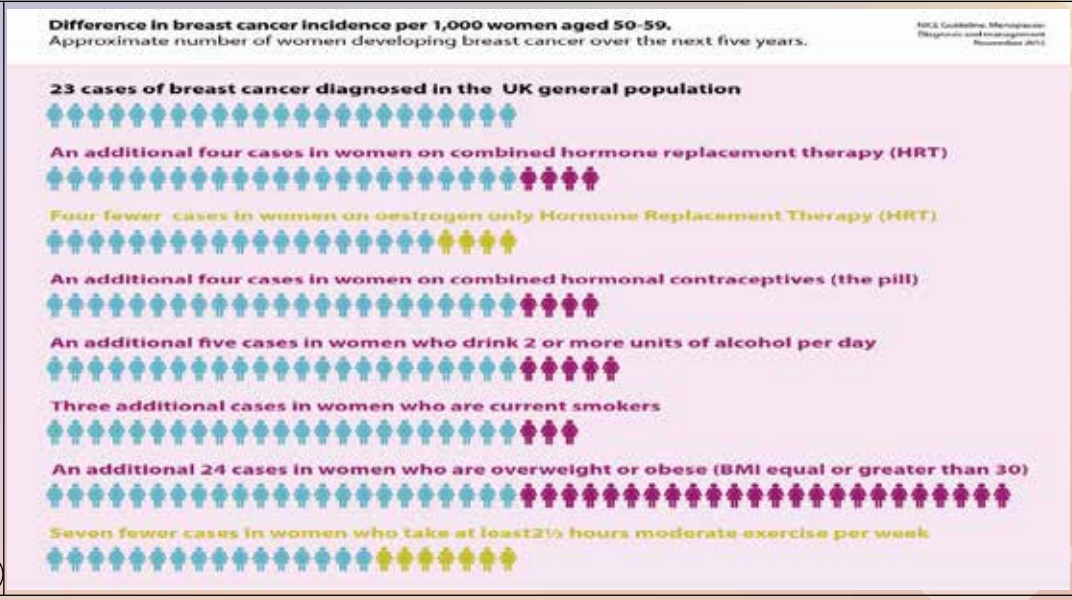
QUAN ĐIỂM CỦA PHỤ NỮ VỀ NGUY CƠ BỆNH



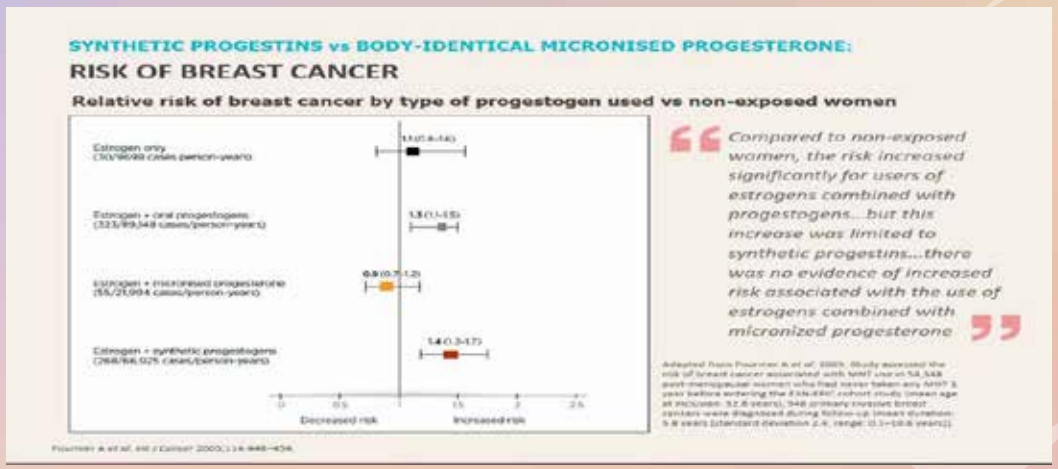


	CẢM NHẬN	THỰC TẾ
BỆN MẠCH VÀNH	4%	
UNG THƯ VÚ	46%	
CÁC LOẠI BỆNH UNG THƯ	16%	
UNG THƯ TỬ CUNG/BUỒNG TRỨNG	3%	
AIDS	4%	

Pilote and Hlatky, *Am Heart J* 1995



Lựa chọn Progestogen trong hormone mãn kinh?



MHT và nguy cơ ung thư vú



KHÔNG tăng nguy cơ nếu:
Chỉ dùng Estrogen
Phối hợp Estrogen + micronized progesterone

Lối sống giữ vai trò quan trọng hơn so với MHT

TÁC DỤNG BẢO VỆ TIM MẠCH

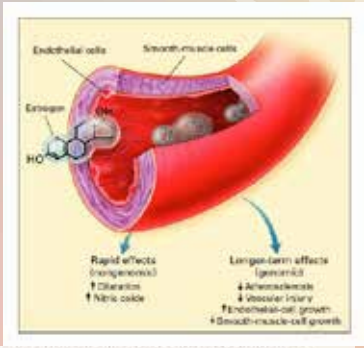
Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho phụ nữ nhưng không thường gặp ở phụ nữ trước mãn kinh

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy nguy cơ bệnh mạch vành (CVD) giảm 50% ở phụ nữ khỏe mạnh dung MHT

Trên đối tượng phụ nữ mắc bệnh mạch vành- CVD, MHT giúp

Giảm 50-80% trong các sự kiện

Tăng tỷ lệ sống trên 10 năm






BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology

Duration of estrogen exposure during reproductive years, age at menarche and age at menopause, and risk of cardiovascular disease events, all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis

Nghiên cứu Cochrane – Nguy cơ bệnh tật theo năm sau khi mãn kinh

- <10 năm
  - Tử vong — RR 0.70 (0.52 to 0.95)
  - Bệnh tim mạch vành — RR 0.52 (0.29 to 0.96)
  - Thuyên tắc do huyết khối — RR 1.74 (1.11 to 2.73)
  - Đột quỵ — RR 1.37 (0.80 to 2.34)
- >10 năm
  - Tử vong — RR 1.06 (0.95 to 1.18)
  - Bệnh tim mạch vành — RR 1.07 (0.96 to 1.20)
  - Thuyên tắc do huyết khối — RR 1.96 (1.37 to 2.80)
  - Đột quỵ — RR 1.21 (1.06 to 1.38)

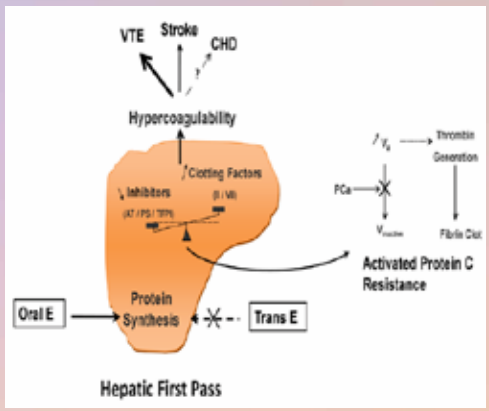
Boardman HMP Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3.

- **Cứ 1000 phụ nữ, khi HRT được kê toa đúng thời điểm, liệu pháp hormone mãn kinh có thể cứu sống 6 người, ngăn ngừa nguy cơ tim mạch cho 8 người và tương đương với chi phí điều trị cho 5 phụ nữ bị huyết khối.**

Kết luận nghiên cứu Cochrane

Boardman HMP Lancet Blog

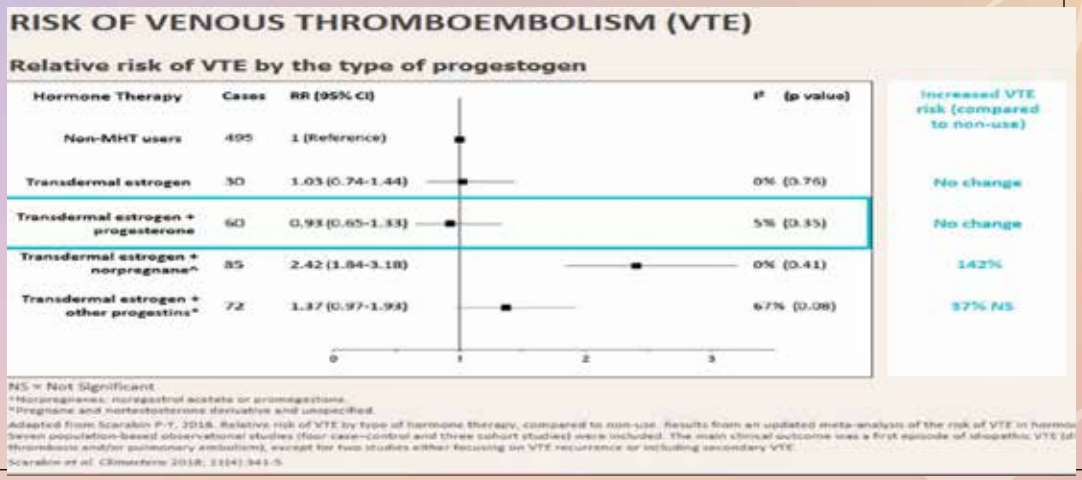
Nguy cơ huyết khối



- Nguy cơ huyết khối tăng khi sử dụng nội tiết đường uống
- Với Nội tiết qua da, hạn chế chuyển hóa liều đầu qua gan giúp giảm thiểu nguy cơ đông máu/huyết khối



Lựa chọn Progestogen trong hormone mãn kinh?



MHT và nguy cơ bệnh tim mạch/ huyết khối

- Estrogen đường uống và progestogen tổng hợp làm tăng nguy cơ nhiều nhất
  - Estrogen qua da - KHÔNG làm tăng nguy cơ và thậm chí có thể giảm
  - Micronised progesterone không làm tăng nguy cơ
  - Sử dụng progesterone đặt âm đạo/ đặt tử cung có thể làm giảm tác dụng toàn thân và nhắm đến cơ quan đích để tác dụng bảo vệ nội mạc tử cung

OSTEOPROTECTION

- 30 năm qua loãng xương được công nhận là bệnh không lây nhiễm chủ yếu (NCD)
  - Tất cả các nghiên cứu đều thống nhất về vai trò của MHT trong bảo vệ xương
  - Tác dụng chính là tác động trực tiếp đến quá trình tạo xương và mất xương
  - **Bằng chứng của MHT trong giảm gãy xương**
    - Ít hơn 25 ca gãy xương do mỏng xương trên 1000 phụ nữ ở độ tuổi 50-59 trong 7,5 năm
    - Tác dụng bảo vệ xương vẫn tồn tại sau khi ngừng điều trị
    - Tuổi và thời gian điều trị không ảnh hưởng đến kết luận





Lợi ích của liệu pháp nội tiết mãn kinh HRT

- Các triệu chứng vận mạch
  - Sự tập trung
  - Khí sắc/tâm trạng
  - Giấc ngủ
  - Năng lượng
  - Đổ mồ hôi đêm
  - Não "sương mù"
  - Khô âm đạo
  - Sự nữ tính-phụ nữ





CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Box 1. Contraindications of MHT.

- Breast carcinoma – current, in personal anamnesis, suspected
  - invasive breast carcinoma, premalignant changes of breast (atypical ductal hyperplasia, lobular neoplasia) and a ductal carcinoma *in situ* (intraductal carcinoma)
- Estrogen-dependent malignant carcinoma – known or suspected
  - e.g. unfounded bleeding from genitals as a sign of endometrial carcinoma
- Untreated estrogen-dependent carcinomas
  - endometrial carcinoma, breast carcinoma, endometrial stromal sarcoma
- Active hepatopathy
- Anamnestic or current idiopathic thromboembolic disease
  - pulmonary embolism, phlebothrombosis
- Active or recent arterial thromboembolism
  - e.g. coronary thrombosis, angina pectoris
- Known intolerance to a certain constituent of the preparation.

MHT, menopause hormone therapy.

LỢI ÍCH ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ

Cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống

LỢI ÍCH SỨC KHỎE LÂU DÀI

Bảo vệ tim mạch, ngăn ngừa loãng xương, giảm suy giảm trí nhớ, chức năng tình dục

LỰA CHỌN

Y ếu tố bệnh nhân và sự lựa chọn đóng một vai trò quan trọng trong sự kết hợp tối ưu

2022

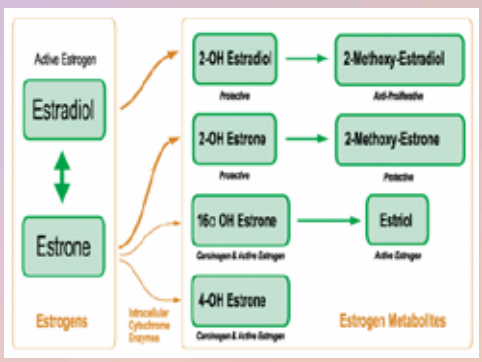
BREAKTHROUGH

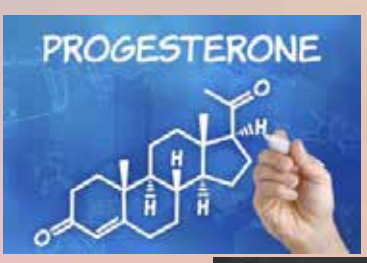
03

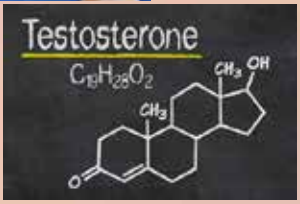
LỰA CHỌN NỘI TIẾT

2022

Sử dụng Hormone thay thế?







SỰ LỰA CHỌN NỘI TIẾT

Estradiol

Viên uống, miếng dán, **gel**, cấy dưới da

Progesterones

Norethisterone (NET)
Medroxyprogesterone
Dydrogesterone
Dụng cụ đặt tử cung IUD
Micronised Progesterone



Estrogen liên hợp (CEE)

Đường uống

Testosterone

Gel, cấy dưới da

Tibolone

Các đường sử dụng- "nội tiết tương đương sinh học"

Estradiol

Oral, Patch, Gel, Implant

Progesterones

NET, MPA,
dydrogesterone
vaginal micronized
Intrauterine delivery



Conjugated EE

Oral

Testosterone

Gel. implant

Tibolone

PROGESTERONES

- Tác đụng bảo vệ Nội mạc tử cung



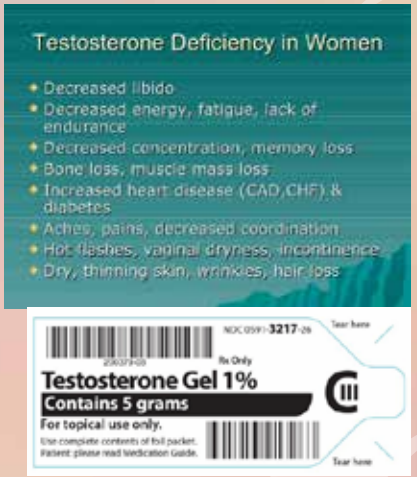




Progestogens	
Norethisterone	
Dydrogesterone	> Combined only
Levonorgestrel	> Combined and IUS
Norgestrel	> Combined only
Micronised progesterone	
Medroxyprogesterone acetate	

TESTOSTERONE ?

- ❖ Nội tiết tố quan trọng đối với phụ nữ
- ❖ Chịu trách nhiệm kích thích tình dục, ham muốn tình dục và cực khoái
- ❖ Duy trì chức năng trao đổi chất, sức mạnh cơ và xương, sức khỏe niệu sinh dục, tâm trạng và chức năng nhận thức
- ❖ Chỉ được cấp phép cho chứng rối loạn ham muốn tình dục (HSDD)
- ❖ Nhưng có bằng chứng cho thấy sự cải thiện không chỉ về tình dục và ham muốn tình dục mà còn
- ❖ Tâm trạng, giảm mất cơ và bốc hỏa



CÁC YẾU TỐ CÂN NHẮC KHI ĐIỀU TRỊ

UNG THƯ VÚ

Nhũ ảnh, giảm thiểu nguy cơ bằng lựa chọn đúng nội tiết

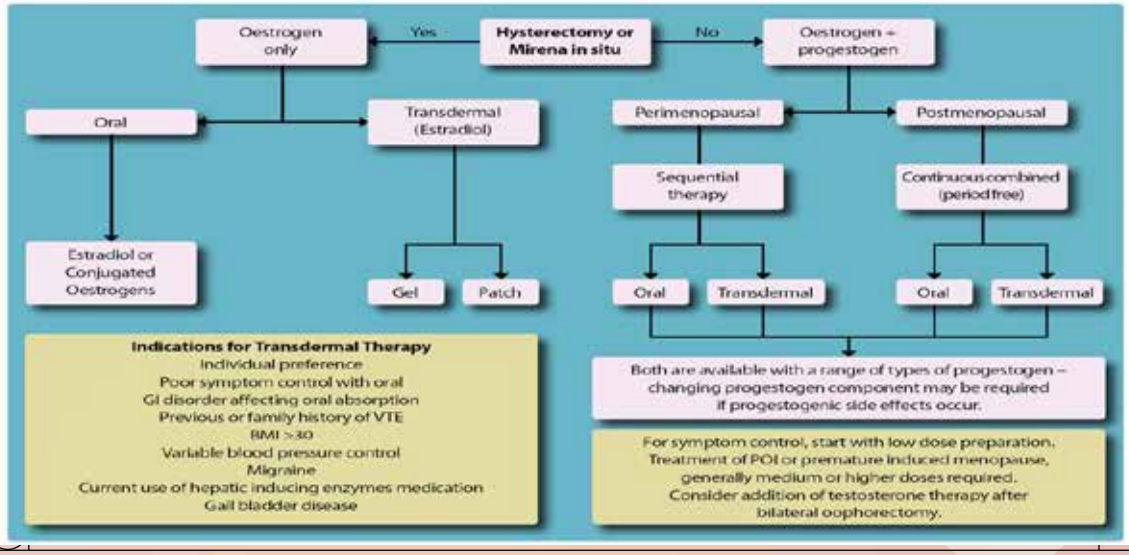
HUYẾT KHỐI

Đánh giá yếu tố nguy cơ cao, tối ưu bằng lựa chọn qua da

TUỔI 60 +

> 10 năm mãn kinh, ưu tiên lựa chọn non-hormone

Systemic HRT Treatment



BREAKTHROUGH

04

CASE LÂM SÀNG

2022

CASE LÂM SÁNG 1

- Ms TG
  - 42 tuổi/Para 2
  - LSCS 15 years ago for twins
  - Cắt tử cung âm đạo 4 năm trước để điều trị nội khoa không đáp ứng HMB và Mirena. U tuyến HPE. Bảo tồn buồng trứng
  - Tiền sử gia đình – Mẹ bị ung thư vú ở tuổi 50, Cha bị bệnh tim mạch ở tuổi 40, Mẹ mãn kinh ở tuổi 39
  - Bắt đầu thay đổi tâm trạng, cáu kỉnh và bốc hỏa. Xét nghiệm máu xác nhận thời kỳ mãn kinh

CASE LÂM SÁNG 1

- Vấn đề của bệnh nhân
  - Mãn kinh sớm, mẹ cũng mãn kinh sớm
  - Tiền sử bệnh tim mạch trong gia đình – cần lưu ý với việc bảo vệ tim mạch cho bệnh nhân
  - Tiền sử ung thư vú nhưng bệnh sử khai thác thì không do di truyền

Thuận lợi- giảm triệu chứng, tim mạch và bảo vệ xương

Bất lợi- cần đảm bảo chụp X-quang tuyến vú bình thường

CASE LÂM SÁNG 1

- Ở Anh bệnh nhân được kê toa Estrogen miếng dán cách 3 ngày/lần, cho thấy hiệu quả
  - Bệnh nhân chuyển đến Malaysia
    - Không có Miếng dán Estrogen
    - Thời tiết nắng nóng kết hợp với đổ mồ hôi khi tập thể dục – bất tiện khi dùng miếng dán
    - Bệnh nhân đã đến khám một bác sĩ khác, được điều trị bằng estrogen / progesterone đường uống -> bệnh nhân không cảm thấy hiệu quả và tự dừng lại, cũng như tác dụng phụ của liệu pháp progesterone
  - 1 năm không có HRT
    - Rất hay xúc động, tức giận, ngừng liên hệ với bạn bè vì cảm giác rất đau khổ
    - Đánh trống ngực -> được kiểm tra tim mạch -> tất cả đều bình thường
    - Khô âm đạo, các triệu chứng niệu sinh dục

CASE LÂM SÀNG 1

- Kê toa
  - Oestrogel 2.5 gm/ngày
  - Estrogen đặt âm đạo

Không cần sử dụng Progesterones Testosterone ??

- Bắt đầu với Estrogen qua da và Estrogen đặt âm đạo

CASE LÂM SÀNG 2

- 29 tuổi /Para 1 /Dược sỹ
  - Bệnh lupus ban đỏ hệ thống được chẩn đoán ở tuổi 24
  - Hội chứng kháng phosphopholid với LA dương tính và kháng Rho dương tính
  - Được tư vấn nhiều lần là không bao giờ được sử dụng các biện pháp tránh thai có chứa estrogen
  - Không có tiền sử huyết khối VTE
  - Vô kinh sau khi sinh con trai 2 tuổi – được cho rằng đó là vô kinh do cho con bú
  - Cơn bốc hỏa, đánh trống ngực, đổ mồ hôi ban đêm, cảm xúc không ổn định, giảm ham muốn tình dục và khô âm đạo - đã đến gặp bác sĩ tâm lý vì cho rằng bản thân bị là trầm cảm và lo lắng sau khi sinh.

CASE LÂM SÁNG 3

- Xét nghiệm nội tiết -> mãn kinh sớm
  - Vấn đề của bệnh nhân
  - Mãn kinh sớm - không có nguy cơ khi HRT được sử dụng cho đến tuổi mãn kinh tự nhiên
  - Nguy cơ huyết khối cao - SLE với APLS
  - Bản thân cho rằng không thể dùng bất kỳ loại estrogen nào

CASE LÂM SÁNG 3

- Lựa chọn tốt nhất ở đây là?
  - Phác đồ kê toa?
    - Estrogen + Progesterone để bảo vệ nội mạc tử cung
  - Estrogen nào có nguy cơ hình thành huyết khối thấp nhất
    - Thẩm thấu qua da
  - Lựa chọn đường dung progesterone?
    - Đặt âm đạo
    - Dụng cụ đặt tử cung

CASE LÂM SÀNG 3

- 62 tuổi/Para 3, LSCS x 3
  - Mãn kinh 12 năm, năng động khỏe mạnh
  - Có các triệu chứng về mãn kinh-> đã được giải quyết
  - Bị đau khớp -> hạn chế lối sống năng động (Loãng xương)
  - Chưa bao giờ sử dụng HRT vì lo ngại vào thời điểm đó
  - Bây giờ cô ấy cần sự tư vấn vì cô ấy cảm thấy mình "thiếu thốn" và muốn ngăn chặn tổn thương thêm cho xương

CASE LÂM SÀNG 3

- Nên tư vấn như thế nào cho bệnh nhân?
  - Vấn đề của bệnh nhân - sau mãn kinh> 10 năm, muốn dùng nội tiết để bảo vệ xương
    - Rủi ro và lợi ích cần được cân nhắc
    - Đã bỏ lỡ giai đoạn "cửa sổ" để bảo vệ tim mạch và có thể nguy hiểm
    - Loãng xương không thể hồi phục
    - Không có triệu chứng mãn kinh
  - Thảo luận các vấn đề với bệnh nhân và quyết định rằng HRT không an toàn để bắt đầu ở giai đoạn này

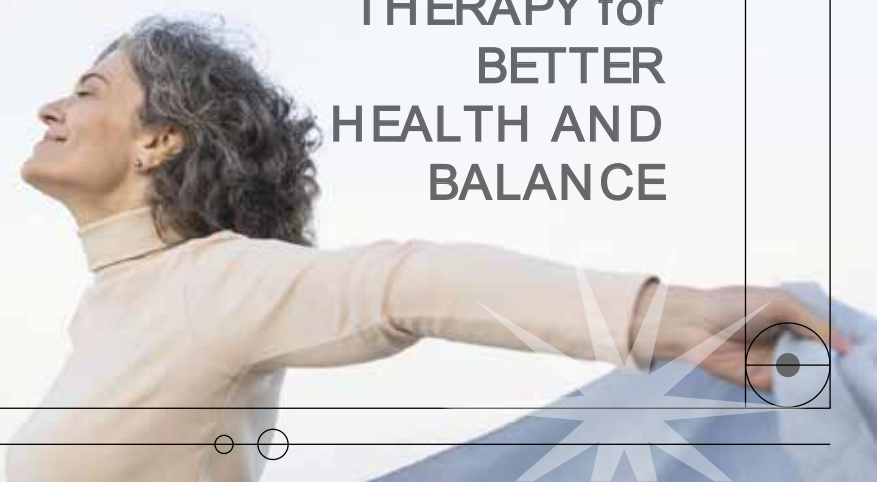
KẾT LUẬN

- Liệu pháp Hormone mãn kinh rất quan trọng và nên được kê đơn cho phụ nữ vì những lợi ích MHT mang lại, trừ khi có chống chỉ định
- Danh sách Chống chỉ định rất ngắn gọn
- Đường dùng thuốc là yếu tố quan trọng , với Estrogen qua da giúp giảm có nguy cơ huyết khối, tim mạch và đột quỵ thấp nhất
- Estrogen đơn thuần sẽ an toàn hơn estrogen kết hợp progesterone
- Tác dụng phụ của progesterone có thể được giảm thiểu bằng cách cung cấp hormone trực tiếp đến tử cung
- Testosterone có thể cải thiện các triệu chứng khi được chỉ định



BREAKTHROUGH

TAILORING THERAPY for BETTER HEALTH AND BALANCE



2022


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life

Procare Health
Naturally woman

PAPILOCARE®
Vaginal gel

GIẢI PHÁP TIÊN PHONG VỚI NHIỀU CHỨNG CỨ LÂM SÀNG MẠNH MẼ TRONG PHỤC HỒI SANG THƯƠNG CỔ TỬ CUNG DO HPV*

88%** bệnh nhân bình thường hóa sang thương ASCUS/LSIL do HPV-nguy cơ cao gây ra, sau 6 tháng điều trị



* Sang thương mức độ thấp: ASCUS/ LSIL

** Luis Serrano et. al. Efficacy of a Coriolus versicolor – Based Vaginal Gel in Women with Human Papillomavirus – Dependent cervical lesions: The PALOMA study, Journal of Lower Genital Tract Disease, Vol 25. No.2 April 2021

Phân loại trang thiết bị y tế nhóm B, theo quy tắc 5, mục B, phần II, phụ lục I, thông tư 39/2016/TT-BYT
Bảng kết quả phân loại trang thiết bị y tế số: 20200183.1 – ADJVINA/170000008/PCBPL-BYT



Dr. MARINE LALLEMANT

Lille University Hospital, France

DIPLOMAS

- Current Position: Full-time Hospital Practitioner, Gynecological Surgery, Lille University Hospital.
- Education:
  - Additional specialized diplomas in areas like pelvic statics, gynecological surgery, and ultrasound.
  - Medical Doctorate (2019): Gynecology-Obstetrics, University of Franche-Comté.
  - Master's Degree (2019-2021): Clinical Research and Pharmacovigilance, University Paris Sorbonne.
  - Doctoral Thesis (2021-2024): PhD in Science, specializing in perineal tissue behavior during childbirth, at FEMTO-ST Institute, University of Bourgogne Franche-Comté.

EXPERIENCE

- 2014-2019: Resident in Gynecology-Obstetrics, Besançon.
- 2019-2023: University Clinic Chief, Gynecology-Obstetrics, Besançon University Hospital.
- 2021 - 2023: Teaching Role: Anatomy module coordinator for engineering students.
- 2023 - Present: Contractual Hospital Practitioner, Lille.

PUBLICATIONS

- Overview: 35 articles on Pubmed, SIGAPS score: 424, 13 as first/last author, 9 in journals with IF > 2.
- Published Works: Numerous articles and book chapters in obstetrics and gynecology.
- Scientific Communications: 24 oral presentations, 7 poster presentations, 26 invited lectures.
- Research Projects: Studies on personalized surgery for prolapse and mechanisms of perineal tearing during childbirth.
- Teaching: Instructing medical students and residents across various training programs.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Recognition: First prize for oral communication at the French Society of Colposcopy Congress (2016).
- 2023: ESSR Lille-France Award for quality research presentation.
- Research Grants: SIFUD-PP research funding for educational video on perineal neuro-anatomy (2023).
- 2024: HORIZON-EIC-2024-PATHFINDER for research on perineal trauma prediction.

FVCOG2024

SA SINH DỤC Ở PHỤ NỮ TRẺ NGOÀI THỜI KỲ MANG THAI: PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO VÀ NỘI SOI

BS. Marine Lallemant

Bệnh viện Đại học Lille – CH Pháp

FVCOG2024

SA SINH DỤC Ở PHỤ NỮ TRẺ NGOÀI THỜI KỲ MANG THAI: PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO VÀ NỘI SOI



M.Lallemant, AF.Ruffolo, T.Melocchi, A.Deseure, C.Rubod, M.Cosson

CHU LILLE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Pôle Femme, Mère et Nouveau-né

CHU de Lille – Hôpital Jeanne de Flandre

ufr3s Université de Lille

FVCOG2024

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

EXPERTISE MÉDICALE POUR HACKYOURCARE



FVCOG2024

GIỚI THIỆU

- Phụ nữ trẻ = đang tuổi sinh đẻ.
- Samuelsson: 6,5 % sa sinh dục ở phụ nữ < 30 tuổi, nhiều độ khác nhau

Samuelsson EC Am J Obstet Gynecol. 1999 Feb

- Nygaard: 1,6% sa sinh dục giữa 20 - 39 tuổi (nghiên cứu trên 1961 phụ nữ, USA)

Nygaard I, JAMA. 2008 Sep

FVCOG2024

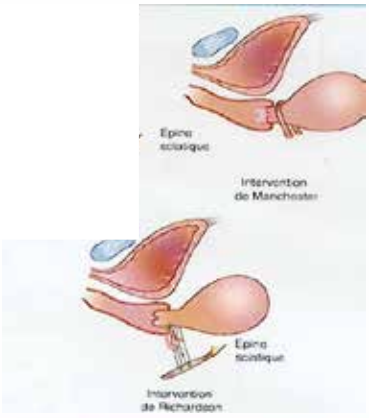
GIỚI THIỆU

- Mục tiêu phẫu thuật :
  - Nhận được kết quả tốt về lâm sàng và giải phẫu với ít khả năng tái phát.
  - Bảo tồn khả năng sinh đẻ.
  - Bảo tồn khả năng tình dục.
- Nguy cơ tái phát lớn nếu:
  - Tuổi
  - Đẻ tiếp sau phẫu thuật.
- Đánh giá khả năng phẫu thuật khi tái phát trước khi phẫu thuật lần đầu.

FVCOG2024

PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO CHO PHỤ NỮ TRẺ

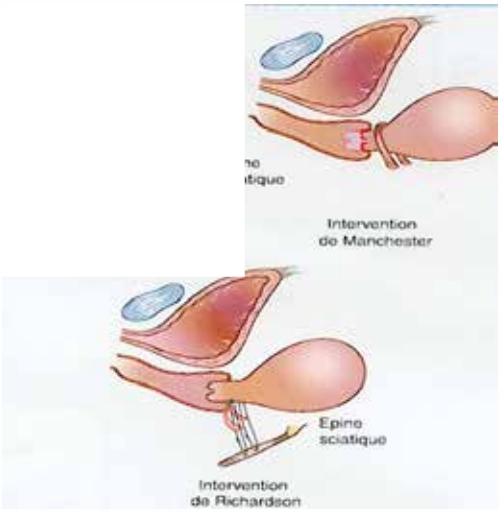
- Bảo tồn tử cung = duy trì khả năng sinh sản.
- Rất nhiều kỹ thuật.
- Rất ít đánh giá hiệu quả phẫu thuật.
- Nhiều kỹ thuật :
  - Chỉ không tiêu, tiêu chậm, không tiêu.
  - Độ rộng của phần cắt bỏ
  - Điều chỉnh độ căng



FVCOG2024

PHẪU THUẬT SA SINH DỤC ĐƯỜNG ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ TRẺ

- Phẫu thuật Richardson
- Phẫu thuật Manchester
- Treo TC vào d/c dg qua hố cạnh BQ.

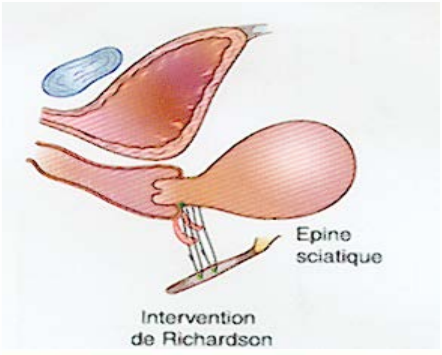


FVCOG2024

PHẪU THUẬT RICHARDSON

- Kỹ thuật tương tự Richter
- Treo eo tử cung và dây chằng tử cung cùng vào dây chằng cùng gai (có thể kèm cả dải âm đạo)
- Đường tiếp cận : Hố cạnh trực tràng
- Cố định 1 bên trừ chất lượng dây chằng kém
- Bảo tồn tử cung.





FVCOG2024

PHẪU THUẬT RICHARDSON



FVCOG2024

TREO TỬ CUNG VÀO DÂY CHẰNG CÙNG GAI QUA HỐ CẠNH BÀNG QUANG

- Chỉ định: sa tử cung kèm sa thành trước.
- Treo eo tử cung (vào dây chằng cùng gai)
- Đường vào: hố cạnh bàng quang.
- Treo 2 bên
- Có thể kèm sửa thành trước

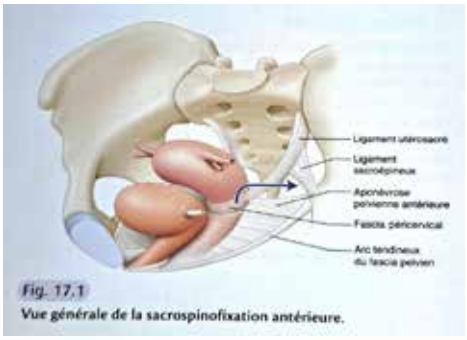


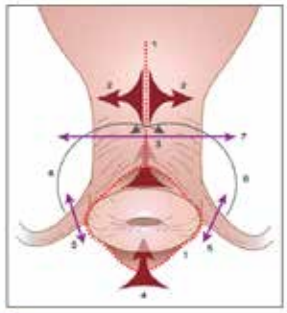
Fig. 17.1
Vue générale de la sacrospinofixation antérieure.



FVCOG2024

PHẪU THUẬT MANCHESTER

- Treo tử cung.
- Bắt chéo 2 dây chằng tử cung cùng và khâu treo vào mặt trước eo tử cung.
- Cắt bớt phần dài cổ tử cung nếu cổ tử cung phì đại.



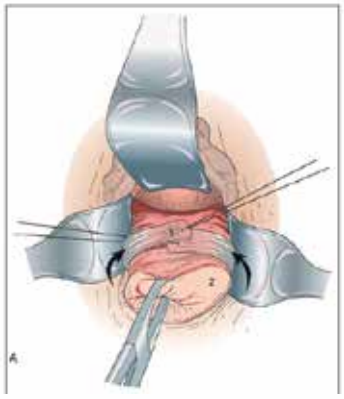
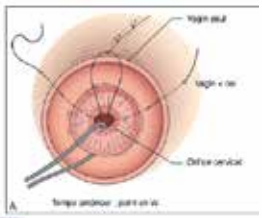


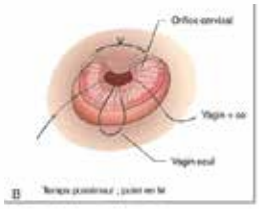


Fig. 22.1
Dessin de synthèse.
1. Incision vaginale en « T » et péricervicale. 2. Dissection de l'isthme utérin. 3. Dissection utérovésicale. 4. Dissection postérieure. 5. Dissection et section des utérosacrés. 6. Croisement antérieur des utérosacrés. 7. Section du col sous ce croisement.

FVCOG2024

PHẪU THUẬT MANCHESTER





fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

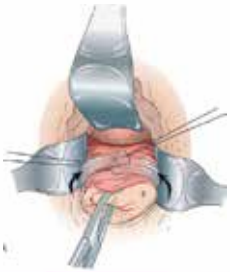
FVCOG2024

PHẪU THUẬT MANCHESTER

- Bất lợi :
  - Không sử dụng kỹ thuật treo => kết quả lâu dài kém.
  - Giảm khả năng sinh sản do cắt cụt cổ tử cung: 21% sảy thai , 8% FCT
  - Nguy cơ đẻ non do cắt cụt cổ tử cung
  - Nguy cơ dính hẹp cổ tử cung: 10-15%
  - Làm ngắn thành trước âm đạo.
  - Nguy cơ sa thành sau thứ phát
  - Theo dõi K cổ khó khăn

Boss EA, Gynecol Oncol 2005;99: S152-6





FVCOG2024

CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT ĐƯỜNG ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ TRẺ

- Phẫu thuật Richardson : sa tử cung+/_ sa thành sau.
- Treo TC vào d/c cùng gai qua hố cạnh bàng quang: sa thành trước/ tử cung giai đoạn 2-4.
- Manchester :
  - Không muốn có thai (NICE 2019 et CNGOF 2011)
  - Phẫu thuật viên không biết làm phẫu thuật nào khác.



Image Courtesy of Pr Michel Cosson

FVCOG2024

PHẪU THUẬT NỘI SOI Ở PHỤ NỮ TRẺ

- Treo thành bụng bằng chỉ không tiêu.
- **Nội soi treo tử cung vào mỏm nhô bằng lưới tổng hợp**
- Khâu ngắn dây chằng tử cung cùng.
- Treo tử cung vào cân thành bụng bằng lưới tổng hợp.
- Treo vào dây chằng chậu lược.

FVCOG2024

TREO THÀNH BỤNG BẰNG CHỈ

- Phẫu thuật trong những năm 80
- Treo eo tử cung vào thành bụng bằng 1 chỉ không tiêu.
- Hiện tại không làm: tỷ lệ tái phát rất cao.

NỘI SOI MỎM NHÔ

- Là phẫu thuật được lựa chọn hàng đầu trong điều trị sa sinh dục ở phụ nữ trẻ.
- Đặt lưới giữa bàng quang –âm đạo +/- trực tràng- âm đạo qua nội soi.
- Khâu lưới tổng hợp vào dây chằng trước cột sống bằng chỉ không tiêu.
- Biến thể kỹ thuật : độ sâu ,chiều rộng của bóc tách, khâu hay không vào âm đạo, đóng túi cùng , độ căng thay đổi…)

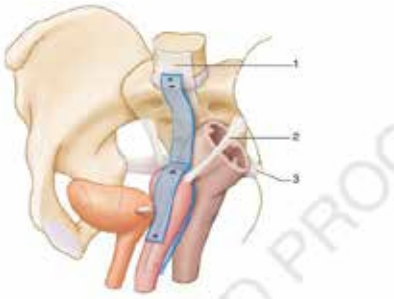
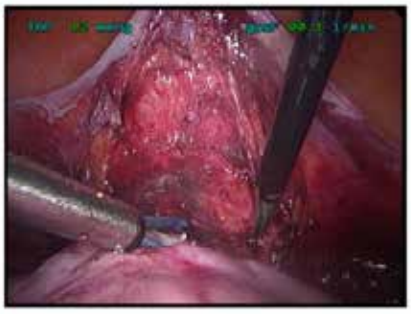
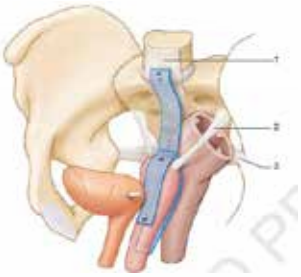


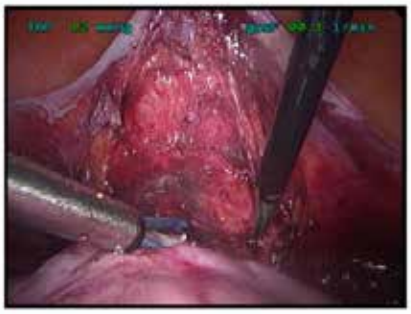
FIGURE 3.8
Complete sacropexy with anterior and posterior mesh, suspended to the prevertebral ligament.



E.Delarue, Gynecol Obstet Fertil. 2008

NỘI SOI MỎM NHÔ





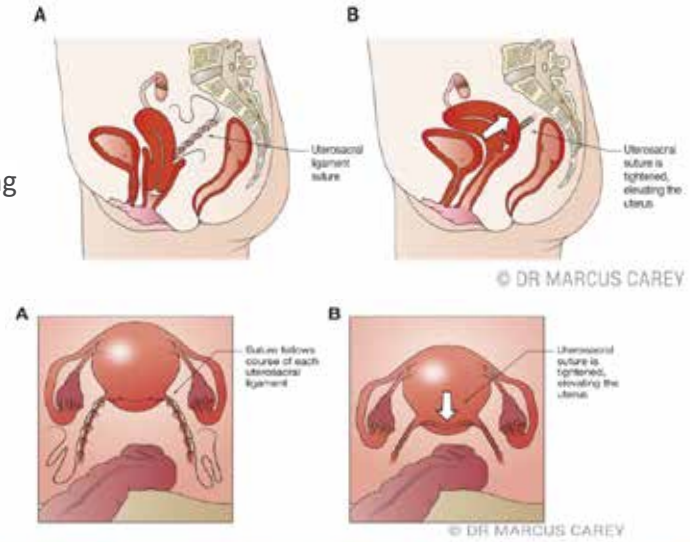
E.Delarue, Gynecol Obstet Fertil. 2008



FVCOG2024

KHÂU NGẮN DÂY CHẰNG TỬ CUNG CÙNG

- Không dùng lưới
- Bảo tồn tử cung.
- Làm qua nội soi
- Khâu ngắn 2 dây chằng tử cung cùng
- Ít người làm
- Chú ý tổn thương niệu quản.



FVCOG2024

TREO TỬ CUNG/ MỎM CẮT VÀO THÀNH BỤNG BẰNG LƯỚI TỔNG HỢP

- Phải làm khi mỏm nhô không bóc tách được.
- Làm qua nội soi/có thể bảo tồn tử cung.
- Ít làm/ít nghiên cứu.









J.B.Dubuisson, Gynecol Obstet Fertil. 2017

FVCOG2024

TREO THÀNH BỤNG BẰNG LƯỚI TỔNG HỢP

- Kỹ thuật
  - Bóc tách bàng quang âm đạo giống hệt nội soi mỏm nhô.
  - Lưới chui theo đường hầm phúc mạc ra thành bụng phía trên mào chậu.
  - Có thể cố định hoặc không vào cân thành bụng bằng chỉ không tiêu.

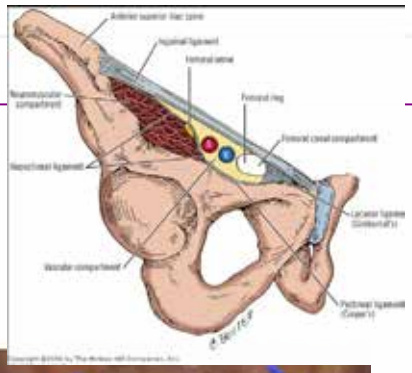


J.B.Dubuisson, Gynecol Obstet Fertil. 2017

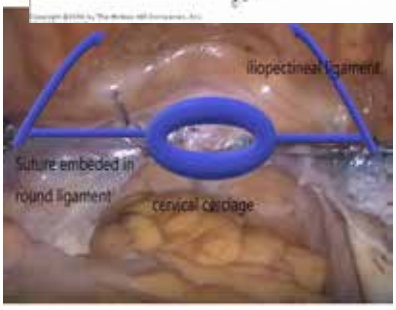
FVCOG2024

TREO VÀO DÂY CHẰNG CHẬU LƯỢC

- Làm khi không bóc tách được mỏm nhô.
- Treo bằng lưới hoặc chỉ không tiêu.
- Bảo tồn tử cung và làm qua nội soi.
- Tr[illegible]







Kale A, Int Braz J Urol. 2017

FVCOG2024

Y VĂN

Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: Long-term follow-up

Emmanuel Barranger, MD,[a] Xavier Fritel, MD,[b] and Alain Pigne, MD[b]
Paris, France

- **Mục tiêu :** đánh giá sự tái phát sau thời gian dài của mổ mở mỏm nhô bảo tồn tử cung trong sa tử cung.
- **M&M :**
  - Nghiên cứu hồi cứu liên quan phụ nữ muốn có thai và có sa tử cung.
  - Mổ mở + Burch + làm lại thành sau 1987 - 1999
- **Kết quả :**
  - N=30
  - Tuổi trung bình: 35 tuổi
  - Theo dõi 4 năm: 7% tái phát
  - Theo dõi 8 năm: 97% không có triệu chứng liên quan tới sa tử cung.
  - Đau khi quan hệ: 8%
  - Biến chứng: 7%

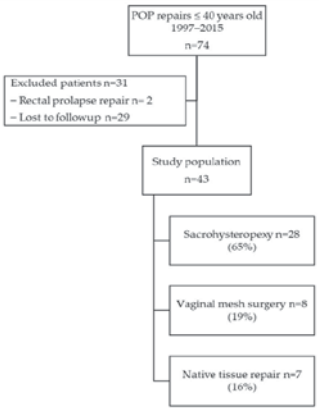
FVCOG2024

Y VĂN

MDPI

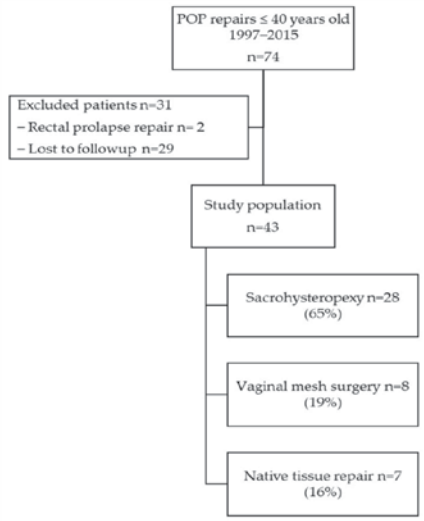
Long-Term Outcomes after Pelvic Organ Prolapse Repair in Young Women

- **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sau một thời gian dài phẫu thuật điều trị sa sinh dục ở phụ nữ < 40 ans
- **M&M :**
  - Nghiên cứu hồi cứu tại Lille
  - Phụ nữ ≤ 40 tuổi được mổ sa sinh dục ≥ độ II
  - Giữa 01/1997 et 12/2015
  - Loại trừ sa trực tràng.
- **Kết quả:**

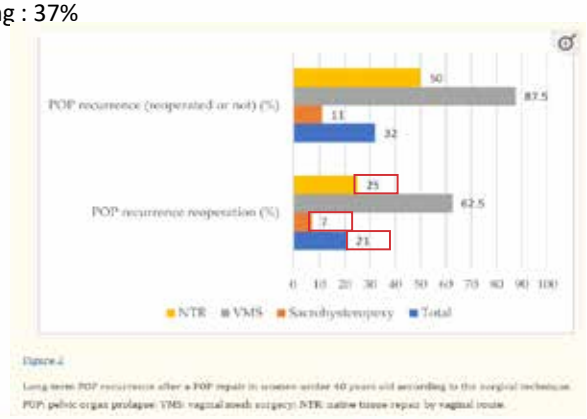


FVCOG2024

Y VĂN



- Tuổi trung bình: 35 tuổi
- Số con trung bình: 2
- Thời gian theo dõi trung bình: 2 năm
- Cắt tử cung : 37%



FVCOG2024

TƯƠNG LAI



- V(âm đạo) N(tự nhiên) O(lỗ) T(qua) E(Nội soi) S(phẫu thuật)
- « Nội soi qua âm đạo »
- Cho phép phẫu thuật phần phụ (triệt sản, cắt vòi, cắt phần phụ….) bằng mở túi cùng Douglas
- Cho phép thực hiện cắt tử cung : mở phúc mạc bàng quang – âm đạo và túi cùng Douglas.



FVCOG2024

LỢI ÍCH CỦA VNOTES TRONG PHẪU THUẬT SA SINH DỤC



- Giúp cắt phần phụ.
- **Cố định đỉnh âm đạo vào dây chằng tử cung cùng(**Bob Schull)
  - Sửa sa túi cùng: McCall
  - Cho phép nhìn thấy niệu quản và tránh tổn thương
- **Nội soi mỏm nhô và** vNOTES
- **Giúp nhìn thấy những thao tác «mù» bằng cách sờ** :
  - Lợi ích trong đào tạo
  - Hiểu rõ giải phẫu
  - Ví dụ :
    - Cố định âm đạo vào cơ nâng hậu môn
    - Thực hiện phẫu thuật Richter: cố định đỉnh âm đạo vào dây chằng cùng gai.

FVCOG2024

LỢI ÍCH CỦA VNOTES TRONG PHẪU THUẬT SA SINH DỤC

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

LỢI ÍCH CỦA VNOTES TRONG PHẪU THUẬT SA SINH DỤC

Suspension haute aux LUS

FVCOG2024

KẾT LUẬN

- Sa sinh dục ở trẻ : phứctạp
- Phẫu thuật được khuyến cáo
  - Đường âm đạo : Richardson
  - Đường bụng : Nội soi mỏm nhô
- Quyết định RCP
- Bàn luận với bệnh nhân
- Xém xét khả năng đẻ sau phẫu thuật.

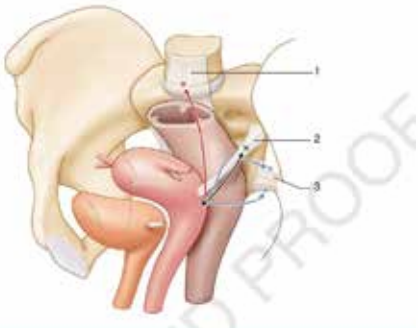


FIGURE 3.9
Apical suspension with uterine conservation to the Uterosacral or Sacrospinous Ligament.

FVCOG2024

Merci

marine.lallemant@chu-lille.fr



DạHương®

DƯỢC PHẨM HOA LINH

PREBIOTIC BIOECOLIA

Dung dịch vệ sinh phụ nữ thế hệ MỚI

DƯỠNG CHẤT LỢI KHUẨN PREBIOTIC (BIOECOLIA)
& các thảo dược thiên nhiên

Duy trì Cân bằng tự nhiên của vùng nhạy cảm





Dr. JUAN PENAFIEL

Rennes University Hospital, France

DIPLOMAS

- Certifications: Includes teaching assistantship in Human Physiology, DELF B2, and several medical licenses in Ecuador.
- General Baccalaureate: École Augusto Walte (2001 – 2007).
- Economics Studies: Université de Paris I – Panthéon-Sorbonne (2008 – 2010).
- Medical Degree: Surgeon and Physician, University of the Americas (2011 – 2017).
- Specialist in Urology: Central University of Ecuador (2018 – 2022).
- Fellowship: Functional and Reconstructive Urology, Rennes University Hospital (2023 – 2024).

EXPERIENCE

- Teaching Roles: Assistant Professor, Universidad de Las Américas (Oct 2017 – Jan 2019).
- Urology Residency: Various hospitals in Quito (2018 - 2022) including significant rotations in specialized surgical settings.
- Urologic Surgeon: Unidad Urología Meditropoli (Dec 2022 – Oct 2023) and Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Mar 2023 – May 2023), both in Quito, Ecuador.
- Fellowship: Rennes University Hospital, Functional and Reconstructive Urology Unit (2023 - 2024).

PUBLICATIONS

- Conference Presentations:
- "Ketamine Cystitis" at ICS Congress 2024.
- "Cystitis from Ketamine: Results of a Conservative Treatment Protocol" at SIFUD-PP Congress 2024.
- Research Articles:
- "Oncologic Outcomes in Localized Kidney Cancer Undergoing Robot-Assisted Laparoscopic Partial Nephrectomy" (June 2022).
- "Metaplastic Bone Formation in Ureter: A Case Report" (Oct 2022).
- Other Publications: Includes multiple articles on topics related to psychiatry and bioethics in medical journals (2017-2018).

AWARDS & DISTINCTIONS

- EAU Senior International Member (2020 – 2025).
- Memberships: ICS International Member (2023 – 2025)
- Certifications: Various certifications in advanced medical practices, including Urodynamics.
- Scholarships: Received for Specialized Medical Training in Urology.

FVCOG2024

CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ

Dr Juan Peñafiel – Dr Benoit Peyronnet

Khoa Tiết niệu

Bệnh viện Đại học Rennes, Pháp

FVCOG2024

CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ

Dr Juan Peñafiel – Dr Benoit Peyronnet

Service d'urologie

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, France

Hanoï, Octobre 2024

FVCOG2024

MÂU THUẪN – QUYỀN LỢI

- Không có

FVCOG2024

CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NHÂN TẠO QUANH CỔ BÀNG QUANG: NGUYÊN NHÂN

TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE
BY IMPLANTABLE PROSTHETIC SPHINCTER*

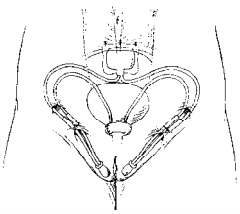
F. BRANTLEY SCOTT, M.D.
WILLIAM E. BRADLEY, M.D.
GERALD W. TIMM, M.D.

From the Urology Service, St. Luke's Episcopal Hospital, and Division of Urology, Cora and Webb Mading Department of Surgery, Baylor College of Medicine, Houston, Texas; and Departments of Neurology and Engineering, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota

UROLOGY / MARCH 1973 / VOLUME I, NUMBER 3

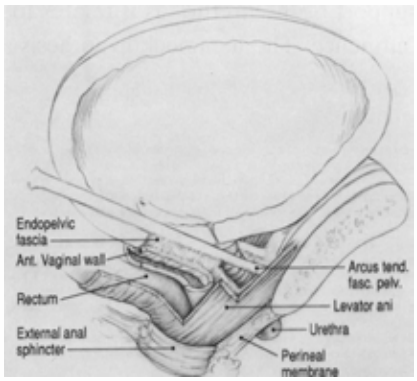
5 bệnh nhân có 4 người là phụ nữ

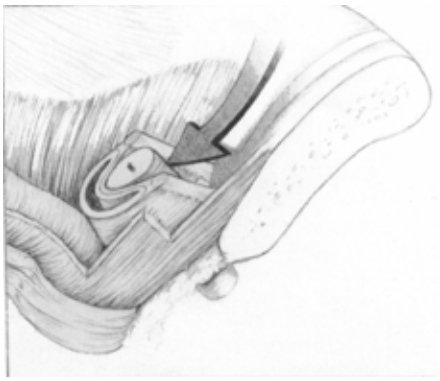
American Medical Systems



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

NHỮNG NĂM 90: LÝ THUYẾT CỦA DELANCEY CUỘC CÁCH MẠNG ĐỂ HIỂU BIẾT HƠN VỀ CƠ THẮT NIỆU ĐẠO Ở PHỤ NỮ

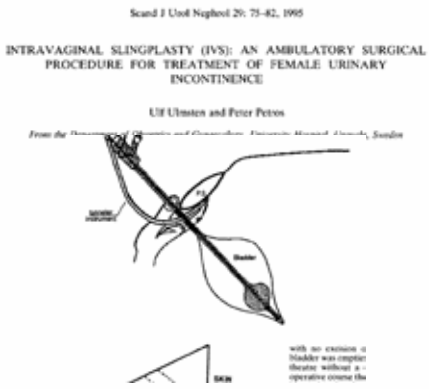






Delancey, Am J Obst Gynecol 1994

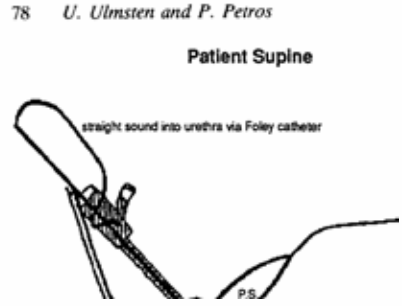
CÁC PHẪU THUẬT TOT VÀ TVT :



Scand J Urol Nephrol 29: 75–82, 1995

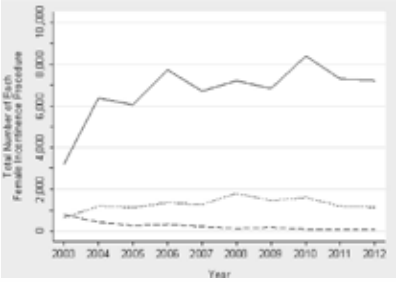
INTRAVAGINAL SLINGPLASTY (IVS): AN AMBULATORY SURGICAL PROCEDURE FOR TREATMENT OF FEMALE URINARY INCONTINENCE

Ulf Ulmsten and Peter Petros



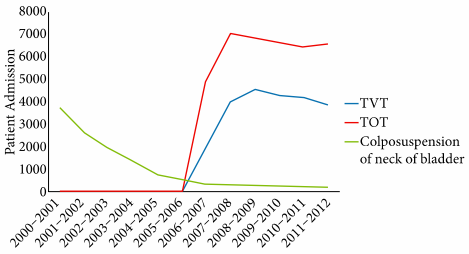
FVCOG2024

HÀNG NGHÌN PHỤ NỮ ĐÃ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TOT VÀ TVT MỖI NĂM



Etats Unis
≈ 2500/an

Chugtai, Urology 2013
FDA 2013

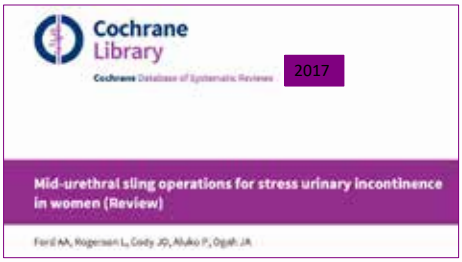


Royaume Uni
≈ 10 000/an

Withington, BJU 2014

FVCOG2024

TOT VÀ TVT – TIÊU CHUẨN VÀNG?

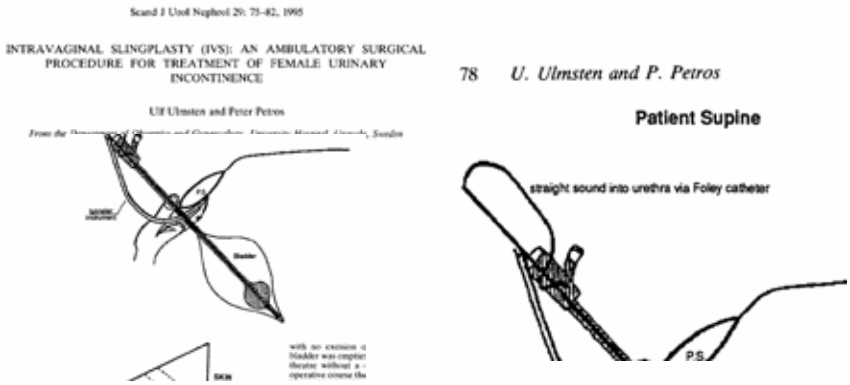


Authors' conclusions

Mid-urethral sling operations have been the most extensively researched surgical treatment for stress urinary incontinence (SUI) in women and have a good safety profile. Irrespective of the routes traversed, they are highly effective in the short and medium term, and accruing evidence demonstrates their effectiveness in the long term. This review illustrates their positive impact on improving the quality

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

CÁC PHẪU THUẬT TOT VÀ TVT :



Scand J Urol Nephrol 29: 75–82, 1995

INTRAVAGINAL SLINGPLASTY (IVS): AN AMBULATORY SURGICAL PROCEDURE FOR TREATMENT OF FEMALE URINARY INCONTINENCE

Ulf Ulmsten and Peter Petros

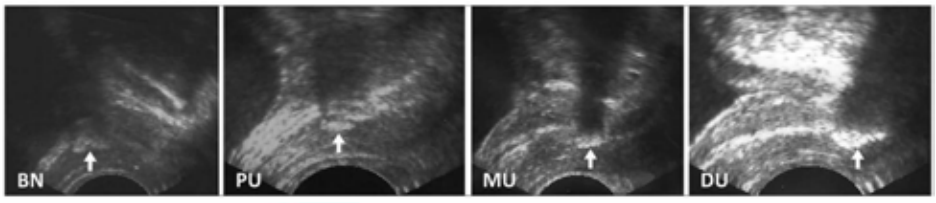
78 *U. Ulmsten and P. Petros*

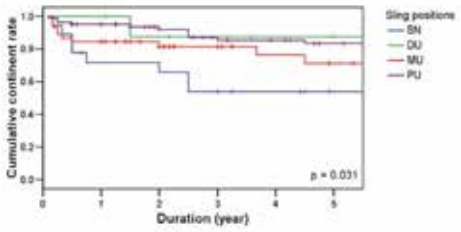
Patient Supine

straight sound into urethra via Foley catheter

P.S.

THẤT BẠI: TẠI SAO?





Jiang, J Ultrasound Med 2013

FVCOG2024

PHẪU THUẬT TOT VÀ TVT LẦN 2

Études	N	Taux de guérison (%)
Meyer 2013	112	76.8%
Rardin 2002	88	85%
Stav 2010	77	62%
Verbrugge 2012	67	63.5%
Smith 2012	31	45%

FVCOG2024

THẤT BẠI CỦA TOT VÀ TVT LẦN 2 RẤT THƯỜNG XUYÊN

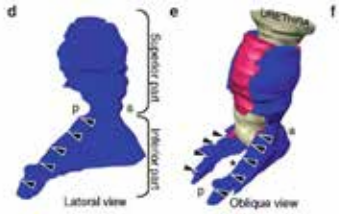
ĐIỀU ĐÓ KHÔNG THỂ GIẢI THÍCH BẰNG LƯỚI TOT, TVT KHÔNG ĐỦ CĂNG HOẶC DI CHUYỂN CHỖ KHÁC

Khan ZA, BJU 2015

SUY CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NỘI TẠI



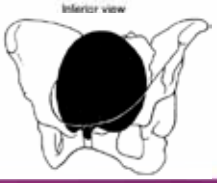
Khẩu kính niệu đạo không phải là yếu tố có thể ngăn cản được són tiểu

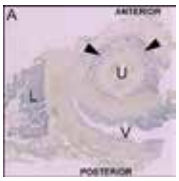






Type III IUE:
Urètre figé





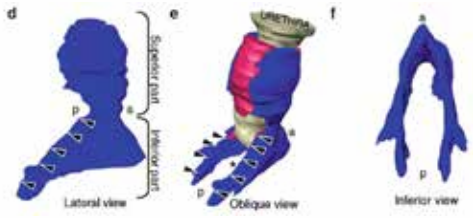


McGuire Int J Urol 1995
Wallner Eur Urol 2009

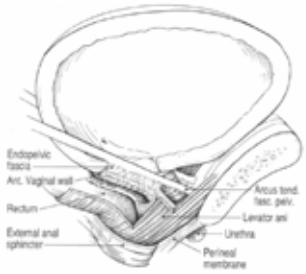
HAI CƠ CHẾ ĐÓNG GÓP VÀO SỰ ĐÓNG KÍN CỦA NIỆU ĐẠO Ở PHỤ NỮ

Cơ chế 1: Cơ thắt ngoài và trong

Cơ chế 2: Cấu trúc nâng đỡ niệu đạo



Wallner, Eur Urol 2009

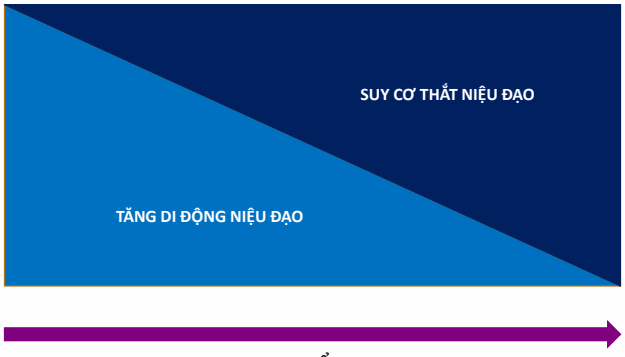


DeLancey 1994

6th ICI 2017

FVCOG2024

TĂNG DI ĐỘNG NIỆU ĐẠO VÀ SUY CƠ THẮT NIỆU ĐẠO: LÀ SỰ LIÊN TỤC



6th ICI / ICS 2017

FVCOG2024

NHƯNG, ĐỊNH NGHĨA NHƯ THẾ NÀO?

- Hiện tại chưa có định nghĩa thống nhất về tăng di động niệu đạo và suy cơ thắt niệu đạo



Neurourology and Urodynamics 31:309–312 (2012)

Can We, and Do We Need to, Define Bladder Neck Hypermobility and Intrinsic Sphincteric Deficiency?: ICI-RS 2011

Phillip P. Smith,[1]* Sanne A.L. van Leijsen,[2] John P.F.A. Heesakkers,[3] Paul Abrams,[4] and Anthony R.B. Smith[5]

16

FVCOG2024

ĐỊNH NGHĨA CỦA PHÁP VỀ SUY CƠ THẮT NIỆU ĐẠO

- Định nghĩa bao gồm các tiêu chuẩn về niệu động học và lâm sàng
- Niệu động học:
  - Áp lực đóng niệu đạo < 20 hoặc 30 cmH_2O
- Lâm sàng :
  - Không có tăng di động niệu đạo
  - Test Marshall/Bonney âm tính
  - +/- Thất bại của TOT và TVT
  - +/- Són liên tục bất kể hoạt động nào trong ngày
  - +/- Són khi có tăng áp lực ổ bụng

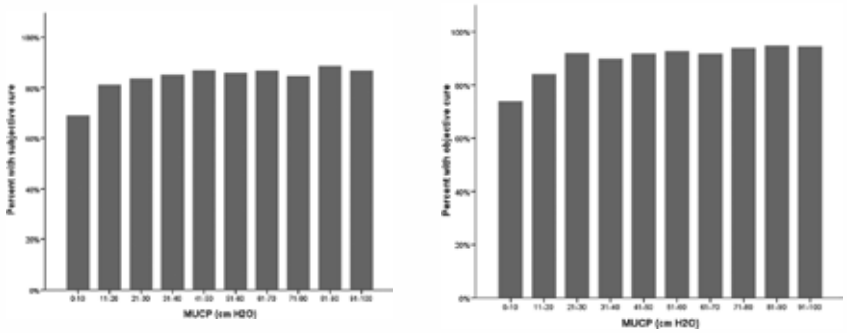
Cour F, Prog Urol 2016

Hermieu Prog Urol 2010

FVCOG2024

PCU CHỈ CÓ TÁC DỤNG CẬN BIÊN TRÊN HIỆU QUẢ CỦA TOT VÀ TVT

Norvegian cohorte de 6,646 TVT

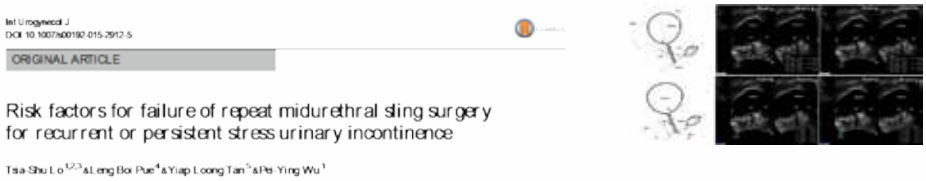


Moe, NeuroUrol 2017

FVCOG2024

KHÔNG CÓ TĂNG DI ĐỘNG NIỆU ĐẠO: TOT, TVT CÓ HIỆU QUẢ RẤT THẤP

Cour, Prog Urol 2016



Int Urogynecol J
DOI 10.1007/s00192-015-2912-5

ORIGINAL ARTICLE

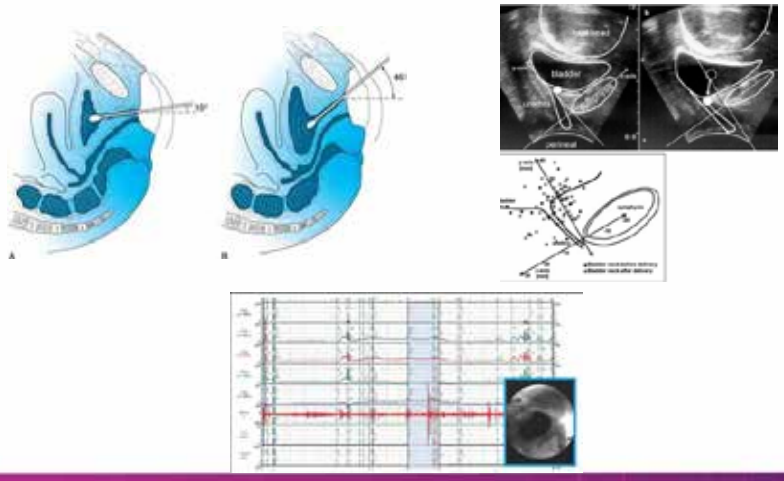
Risk factors for failure of repeat midurethral sling surgery for recurrent or persistent stress urinary incontinence

Tsia-Shu Lo[1,2,3] & Leng Boi Pue[4] & Yiap Loong Tan[5] & Pei-Ying Wu[1]

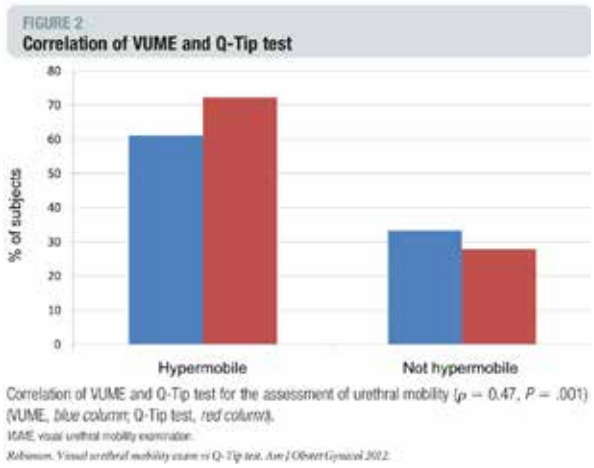
TOT, TVT: Tỷ lệ thành công 25% ở những bệnh nhân có són tiểu tái phát hoặc tồn tại sau lần mổ TOT và TVT lần đầu tiên mà không có tăng di động niệu đạo

FVCOG2024

LÀM SAO ĐÁNH GIÁ MỘT CÁCH KHÁCH QUAN KHI ĐO DI ĐỘNG NIỆU ĐẠO?



ĐÁNH GIÁ BẰNG MẮT THƯỜNG ĐỘ DI ĐỘNG NIỆU ĐẠO



Correlation of VUME and Q-Tip test for the assessment of urethral mobility ($\rho = 0.47$, $P = .001$) (VUME, *blue column*; Q-Tip test, *red column*).

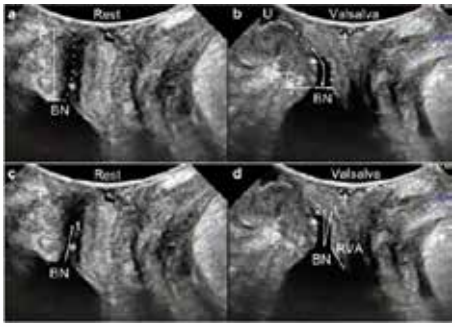
VUME, visual urethral mobility examination.

Robinson. Visual urethral mobility exam vs Q-Tip test. Am J Obstet Gynecol 2012.

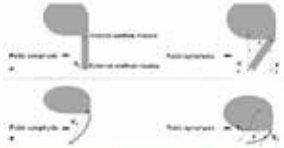
Robinson, Am J Obstet Gynecol 2012

SIÊU ÂM: PHƯƠNG PHÁP HỨA HẸN NHẤT ĐỂ TIÊU CHUẨN HÓA ĐỊNH NGHĨA CỦA TĂNG DI ĐỘNG NIỆU ĐẠO

- **Sự xuống thấp của niệu đạo hoặc cổ bàng quang**
- **Góc quay niệu đạo**







ICI 2023

FVCOG2024

BỆNH NHÂN BỊ SUY CƠ THẮT NIỆU ĐẠO TRONG THỰC HÀNH

- Són tiểu tồn tại hoặc tái phát sau 1 đến 2 lần làm TOT, TVT
- Són tiểu sau chấn thương (cột sống,...)

FVCOG2024

CHÚNG TA CÓ THỂ ĐỀ NGHỊ GÌ CHO BỆNH NHÂN

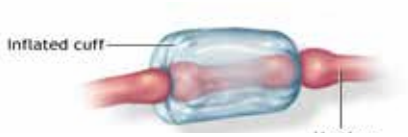
Cochrane Library

Interventions for treating recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic midurethral tape surgery in women (Review)

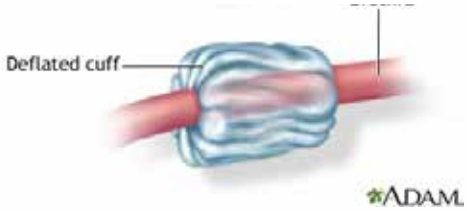
In view of the absence of any evidence comparing the alternative management options for failed primary midurethral tape surgery, clinicians must rely largely on expert opinion or personal experience when advising women about treatment options.

CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ: LỰA CHỌN DUY NHẤT CÓ THỂ ĐEM LẠI CHỨC NĂNG LÀM ĐẦY VÀ LÀM RỖNG BÌNH THƯỜNG CỦA BÀNG QUANG

Áp lực cao chống són tiểu trong pha làm đầy



Áp lực thấp chống són tiểu trong pha làm rỗng



CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ: LỰA CHỌN HIỆU QUẢ NHẤT Ở NHỮNG BỆNH NHÂN PHỨC TẠP

REVIEW ARTICLE

WILEY

AMS-800 Artificial urinary sphincter in female patients with stress urinary incontinence: A systematic review

Benoit Peyronnet[1] | Eabhann O'Connor[2] | Rose Khavari[3] | Grégoire Capon[4] | Andrea Manunta[1] | Marta Allue[5] | Juliette Hascoet[1] | Victor W. Nitti[6] | Xavier Gamé[7] | Jason Gilleran[8] | Luis Castro-Sader[5] | Jean-Nicolas Cornu[9] | David Waltregny[10] | Sascha Ahyai[11] | Eric Chung[12] | Daniel S. Elliott[13] | Georges Fournier[14] | Benjamin M. Brucker[6]

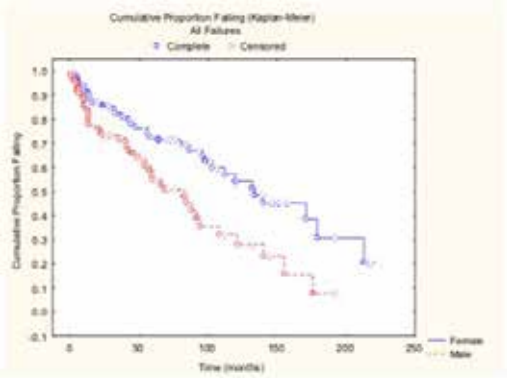
61% - 100% des patientes sont continentes

Peyronnet, NeuroUrol 2018

FVCOG2024

3. Ở PHỤ NỮ: VÌ ĐÃ SỬ DỤNG Ở ĐÀN ÔNG

Và nó hoạt động tốt hơn ở phụ nữ



Comparison of the Long-Term Outcomes Between Incontinent Men and Women Treated With Artificial Urinary Sphincter

Virgilio G. Petero, Jr. and Ananias C. Diokno*,†
From the Department of Urology, William Beaumont Hospital, Royal Oak, Michigan

TABLE 2. *Patient outcomes*

	No. Men (%)	No. Women (%)	p Value
Continence rates	43 (81)	46 (84)	0.73
No. pads:			
0	5 (9)	35 (64)	<0.01
1	28 (53)	4 (7)	
2	10 (19)	7 (13)	
3 or More	10 (19)	9 (16)	
Pts with device in situ	44 (83)	48 (87)	0.53
Pts with device explanted (no device)	9 (17)	7 (13)	

Peyronnet, NeuroUrol 2018

FVCOG2024

4. SUA CHEZ LA FEMME : PARCE QU'IL EST INDIQUÉ DANS (LA PLUPART) DE RECOMMENDATIONS CƠ THẮT NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ: ĐƯỢC KHUYẾN CÁO

	EAU 2020	ICI/ICS 2017	AUA 2017	NICE 2019	Canadian Urological Association 2012	Association Française d'Urologie 2016
Khuyến cáo	Són tiểu phức tạp	Bệnh nhân được chọn lựa	Không rõ	Trong TH thất bại TOT, TVT	1 trong những lựa chọn cho són tiểu bởi cơ thắt	Tiêu chuẩn vàng cho són tiểu bởi cơ thắt
Mức độ khuyến cáo	Yếu	Grade C	-	NR	Grade B	NR

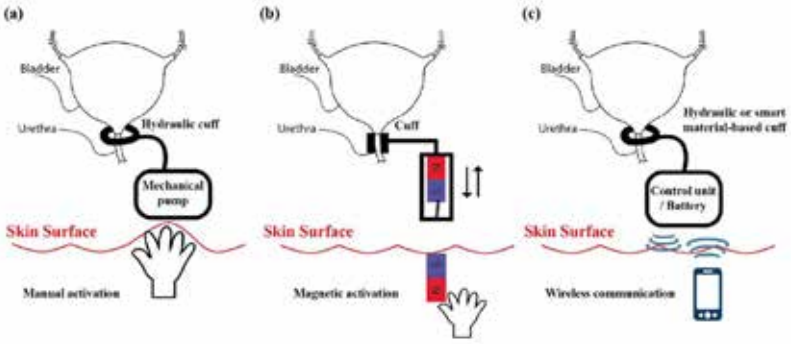
Peyronnet Current Urol Rep 2020

5. CƠ THẮT NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ: THẾ HỆ CƠ THẮT MỚI KHÔNG CÓ BƠM









Marziale, Artif organs 2018

CƠ THẮT NHÂN TẠO UROMEMS: CƠ THẮT NHÂN TẠO ĐIỆN CƠ



MAYO CLINIC



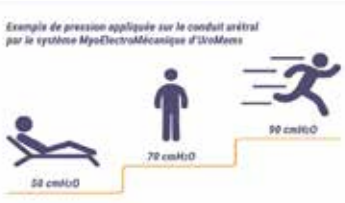
Étude aux modèles animaux :
18 moutons > suivi 1 an (EAU AUA 2022)

2022: Première pose chez un homme

UroMems completes first-in-human study of UroActive system to treat SUI

By MS Medical Staff Writer 30 Nov 2022

UroActive is an active implantable electronic artificial urinary sphincter (AUS) that addresses sphincter insufficiency in both men and women with SUI, and is powered by a MyoElectroMechanical System (MEMS)



Lamraoui, IEEE/ASME Transactions on Mechatronics 2011
https://www.uromems.com/fr/recherche-et-developpement

FVCOG2024

CHÚNG TA CÓ THỂ BẮT ĐẦU CẤY CƠ THẮT NHÂN TẠO NHƯ THẾ NÀO?

- Làm việc với BostonScientific ®
- Quan sát phẫu thuật
- Chỉ định đúng = Kết quả tốt.
- Tránh
  - Tiền sử tia xạ tiểu khung
  - Bàng quang giãn
  - Tiền sử đặt lưới sa sinh dục

FVCOG2024

CƠ THẮT NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ: BILAN TRƯỚC PHẪU THUẬT

- Hỏi bệnh
- Khám toàn thân
- Đặt câu hỏi
- Đo tốc độ dòng chảy
- Fibroscopie
- Bilan niệu động học
- Siêu âm qua môi lớn

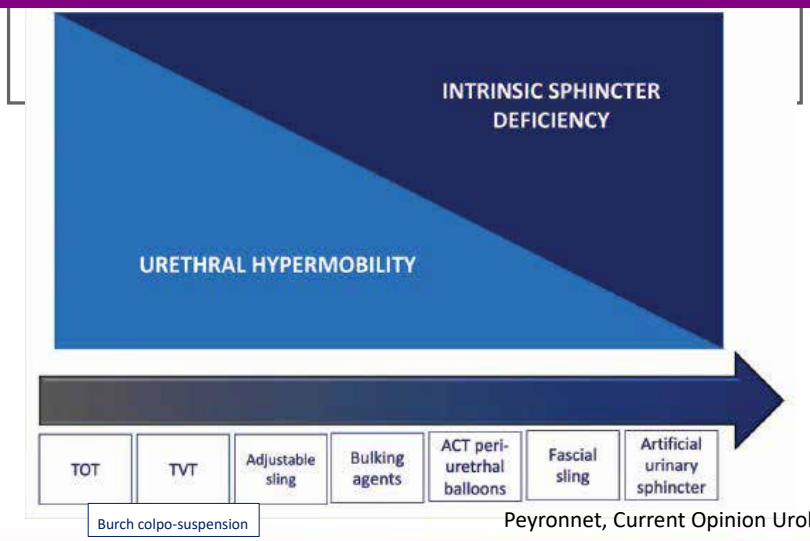
Peyronnet, Current Urol Rep 2020

ĐÁNH GIÁ SỰ KHÉO LÉO ĐỂ CÓ THỂ SỬ DỤNG NÚT BẤM CỦA CƠ THẮT



- Khả năng chạm vào môi lớn (béo phì+++)
- Chức năng tinh thần sáng suốt
- Sự khéo léo của tay (Pencil-Paper test)

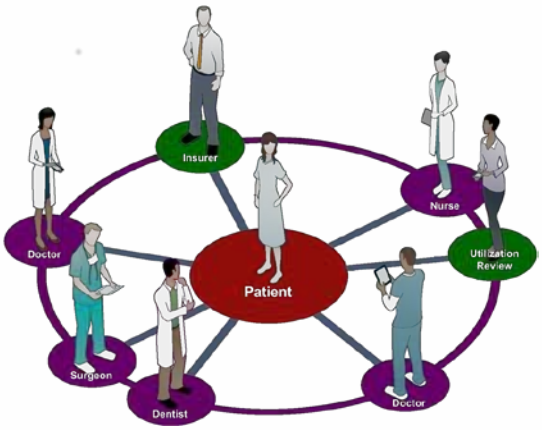
PHẪU THUẬT NÀO CHO BỆNH NHÂN NÀO? : PHÂN TÍCH SINH LÝ BỆNH

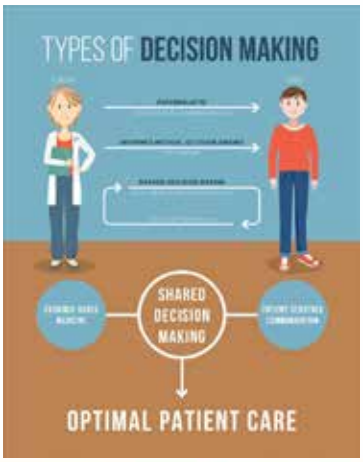


Peyronnet, Current Opinion Urol 2021

FVCOG2024

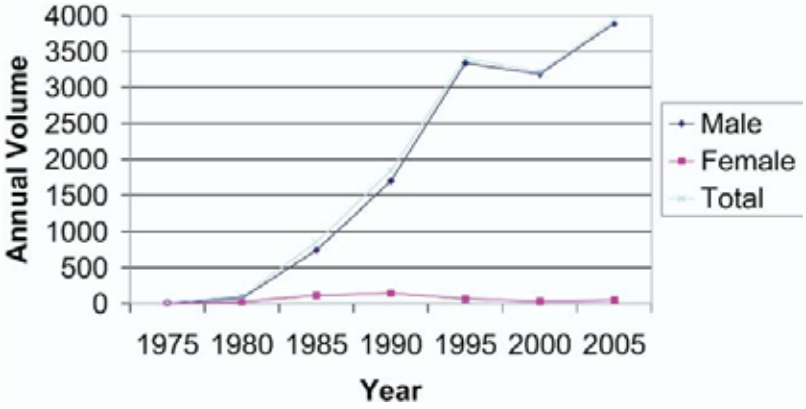
HỘI CHẨN/ QUYẾT ĐỊNH TẬP THỂ





FVCOG2024

CƠ THẮT NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ: KẾT QUẢ TRÁI NGƯỢC Ở CÁC NƯỚC



Lee et al, J Urol 2009

BIẾN CHỨNG SAU ĐẶT CƠ THẮT BẰNG MỔ MỞ

Biến chứng sau đặt cơ thắt bằng mổ mở khá cao

1st author	Year of publication	N	Cure rate	Explantation rate
Costa	2013	344	85,6%	12,8%
Vayleux (Lenormand)	2011	215	73,5%	7%
Richard (Chartier-Kastler)	1996	89	73%	12.5%
Thomas (Mundy)	2002	68	81%	46%
Petero (Diokno)	2006	55	64%	12,7%
Chung	2011	47	59%	17%

Peyronnet, NeuroUrol 2018

0022-5347/02/1674-1720/0
THE JOURNAL OF UROLOGY®
Copyright © 2002 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION, INC.®
Vol. 167, 1720–1722, April 2002
Printed in U.S.A.

OUTCOME OF THE ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER IN FEMALE PATIENTS

K. THOMAS, S. N. VENN AND A. R. MUNDY

From the St. George's Hospital and Institute of Urology and Nephrology, London and St. Richard's Hospital, Chichester, United Kingdom

TABLE 3. *Outcome of original artificial urinary sphincter by indication*

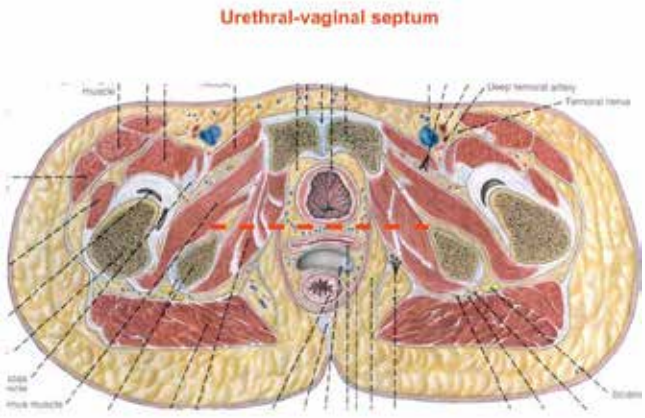
Outcome	No. Pts. (%)
Neuropathic bladder:	34
Remains in situ	10 (29)
Replaced for late mechanical failure	7 (21)
Removed for infection or erosion	17 (50)
Stress incontinence:	18
Remains in situ	9 (50)
Replaced for late mechanical failure	4 (22)
Removed for infection or erosion	5 (28)
Congenital:	8
Remains in situ	5 (63)
Replaced for late mechanical failure	0
Removed for infection or erosion	3 (37)
Hysterectomy, radiotherapy:	4
Remains in situ	0
Replaced for late mechanical failure	0
Removed for infection or erosion	4 (100)

FVCOG2024

ĐIỀU GÌ LÀM CHO ĐẶT CƠ THẮT KHÓ KHĂN VỀ MẶT KĨ THUẬT

FVCOG2024

VÁCH NIỆU ĐẠO ÂM ĐẠO



LỢI ÍCH CỦA ĐẶT CƠ THẮT NHÂN TẠO QUA NỘI SOI

- Nhìn rõ vào sâu hơn tiểu khung vượt quá cả xương mu



- Ít chảy máu hơn khi bóc tách bàng quang âm đạo



- Hồi phục sau mổ nhanh hơn, ít đau



FVCOG2024

BJUI

Laparoscopic artificial urinary sphincter implantation for female genuine stress urinary incontinence: technique and 4-year experience in 25 patients

Eric Mandron, Pierre-Emmannuel Bryckaert and Athanasios G. Papatsoris
Department of Urology, Clinique Chirurgicale du Pre, Le Mans, France
Accepted for publication 9 November 2009

FIG. 1. Urethrovaginal dissection with the laparoscopic scissors.



	Résultats N=25
Complications peropératoires	4%
Complications postopératoires	26%
Ablation	8%
Taux de guérison	76%

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

PHẪU THUẬT ROBOT ĐÃ MỞ RA CUỘC CÁCH MẠNG CHO PHẪU THUẬT ĐƯỜNG BỤNG

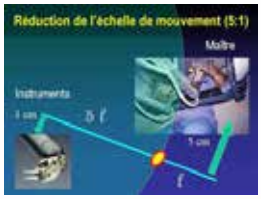
Endo-poignet



Vision 3D



Filtre de tremblements



Outil d'enseignement



FVCOG2024

Robotic-assisted Laparoscopic Implantation of Artificial Urinary Sphincter in Women With Intrinsic Sphincter Deficiency Incontinence: Initial Results

Georges Fournier, Pierre Callerot, Maxime Thoulouzan, Antoine Valeri, and Marie-Aimee Perrouin-Verbe



Table 2. Perioperative and functional results

Case Number	Operative Time (min)	Bladder Neck Dissection Time (min)	Cuff Size (cm)	Catheterization Time (d)	Hospitalization Time (d)	Follow-up (mo)	Continence (Pad/d)
1	240	60	7.5	2	4	21	0
2	240	60	7	9	5	21	0
3	180	Not available	7.5	7	8	20	1
4	240	90	9	7	6	15	0
5	180	70	8	7	6	6	0
6	180	50	9	7	9	3	0
Mean ± SD	210 ± 32	66 ± 15	8 ± 0.8	7 ± 2	6 ± 2	14.3 ± 9	—

Abbreviation as in Table 1.





ĐẶT CƠ THẮT BẰNG PHẪU THUẬT ROBOT: BIẾN CHỨNG GIẢM HẲN SO PHẪU THUẬT MỔ MỞ


ORIGINAL ARTICLE

Artificial urinary sphincter implantation in women with stress urinary incontinence: preliminary comparison of robot-assisted and open approaches



	SUA par voie ouverte (N=16)	SUA par voie robotique (N=13)	Valeur de P
Mean operative time (min)	214 (± 21)	217 (± 11)	0,88
Perioperative complications	12 (75 %)	4 (50 %)	0,07
Intraoperative	10 (62,5 %)	4 (31 %)	0,14
Postoperative	12 (75 %)	3 (23 %)	**0,02***
Estimated blood loss (ml)	275 (± 150)	15 (± 62)	**0,04***
Mean length of stay (days)	9,3 (± 1,9)	3,8 (± 1,8)	**0,002***

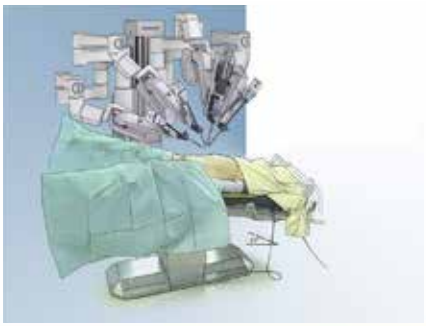
FVCOG2024

EUROPEAN UROLOGY XXX (2016) XXX–XXX
available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com
European Association of Urology

Surgery in Motion

Robot-assisted AMS-800 Artificial Urinary Sphincter Bladder Neck Implantation in Female Patients with Stress Urinary Incontinence

Benoit Peyronnet [a,*], Grégoire Capon [b], Olivier Belas [c], Andrea Manunta [a], Clément Allenet [b], Juliette Hascoet [a], Johanne Calves [d], Michel Belas [c], Pierre Gallerot [d], Grégoire Robert [b], Aurélien Descazeaud [a], Georges Fournier [d]



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

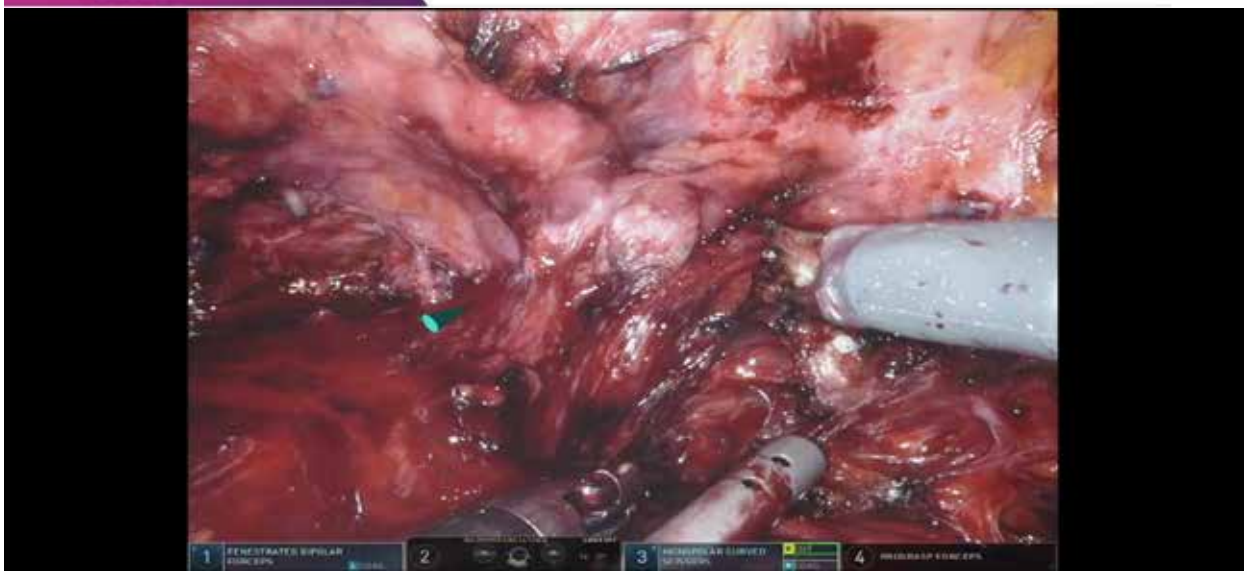
ROBOTIC ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER IMPLANTATION IN FEMALE PATIENTS UNDER CONSTANT DIRECT VISION

Benoit PEYRONNET, Alexandre DUBOIS, Valentine LETHUILLER, Camille HAUDEBERT, Mehdi EL-AKRI, Claire RICHARD, Lucas FRETON, Quentin ALIMI, Karim BENSALAH, Andrea MANUNTA, Juliette HASCOET

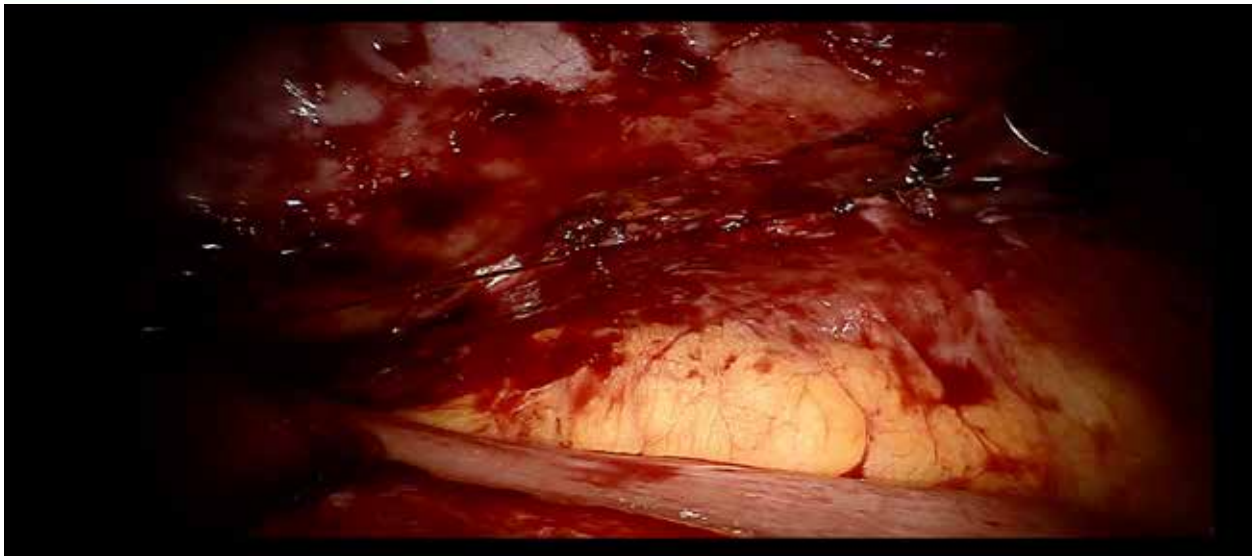
CHU Rennes

UNIVERSITE DE RENNES 1

FVCOG2024



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn



FVCOG2024

HOW TO MANAGE VAGINAL INJURY DURING ROBOTIC ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER IMPLANTATION IN FEMALE PATIENTS ? THE ROLE OF PERITONEAL FLAP INTERPOSITION

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

KẾ HOẠCH NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu hồi cứu trong 5 bệnh viện tất cả bệnh nhân đã được đặt cơ thắt từ 2012 đến 2017
- Theo dõi sau mổ 1 năm
- 10 phẫu thuật viên, phần lớn chưa có kinh nghiệm đặt cơ thắt tuy có kinh nghiệm hạn chế về phẫu thuật robot

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

ĐẶC TRƯNG: BỆNH NHÂN ĐIỂN HÌNH CHO ĐẶT CƠ THẮT

Peyronnet, Eur Urol 2018

FVCOG2024

BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT RẤT ÍT

Peyronnet, Eur Urol 2018

FVCOG2024

KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG TƯƠNG ĐƯƠNG NHƯ Ở NAM GIỚI

Table 3 – Functional outcomes

	N = 49
Median follow-up (mo)	18.5 (12–64)
Explantation	1 (2%)
Revision	3 (6.1%)
Functional outcomes	
Cured	40 (81.6%)
Improved	6 (12.2%)
Unchanged	3 (6.1%)
De novo overactive bladder symptoms	3 (6.1%)
Sphincter deactivated permanently due to difficulties in handling the pump	2 (4.1%)

Peyronnet, Eur Urol 2018

FVCOG2024

MỘT TRƯỜNG HỢP DUY NHẤT PHẢI THÁO SAU THỜI GIAN THEO DÕI TRUNG BÌNH 18 THÁNG

Peyronnet, Eur Urol 2018

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT: MỔ MỞ VÀ MỔ ROBOT

Série française multi-centrique

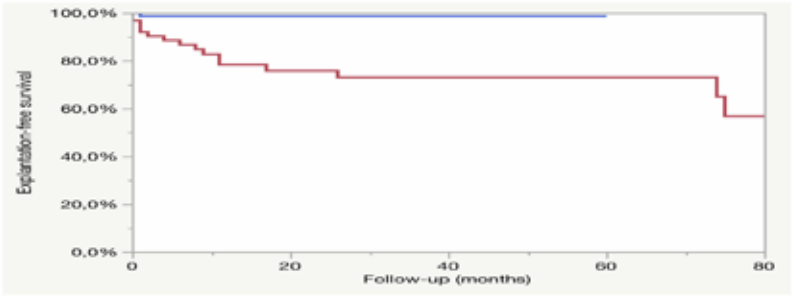
	SUA ouverte N=64	SUA robotique N=71	Valeur de P
Intraoperative complications	27,4%	12,8%	0,03*
Postoperative complications	46,8%	15,5%	0,02*
Mean length of stay (days)	6,5	4,1	0,002*

Peyronnet, EAU & SUFU 2019

FVCOG2024

2 TRƯỜNG HỢP PHẢI THÁO CƠ THẮT TRONG NHÓM MỔ ROBOT SAU THỜI GIAN THEO DÕI TRUNG BÌNH 13 THÁNG

Figure 1: Device explantation-free survival



Log-rank test: p=0.001

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ TRÊN 182 BỆNH NHÂN

- 16 bệnh viện: Pháp, Đức, Tây ban nha, Bỉ
- > 20 phẫu thuật viên, phần lớn chưa có kinh nghiệm về PT robot hoặc đặt cơ thắt nhân tạo
- Các phẫu thuật được thực hiện từ năm 2012 đến 2019
- Thời gian theo dõi trung bình = 12 tháng

Peyronnet, EAU AUA 2022

FVCOG2024

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ TRÊN 182 BỆNH NHÂN

	N=182
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	**160 (90-300)**
Thời gian nằm tại bệnh viện (ngày)	**3 (0-10)**
Biến chứng trong phẫu thuật	**26 (15,3%)**
Thủng bang quang	14
Thủng âm đạo	12
Biến chứng sau phẫu thuật	**38 (22,3%)**
Clavien 1	16
Clavien 2	12
Clavien 3b	10
Explantation	**11 (6,1%)**
Loét	**8 (4,4%)**

Peyronnet, EAU AUA 2020

ĐƯỜNG TIẾP CẬN PHÍA SAU



Original Article

Robot-assisted laparoscopic artificial urinary sphincter insertion in women with stress urinary incontinence: a pilot single-centre study



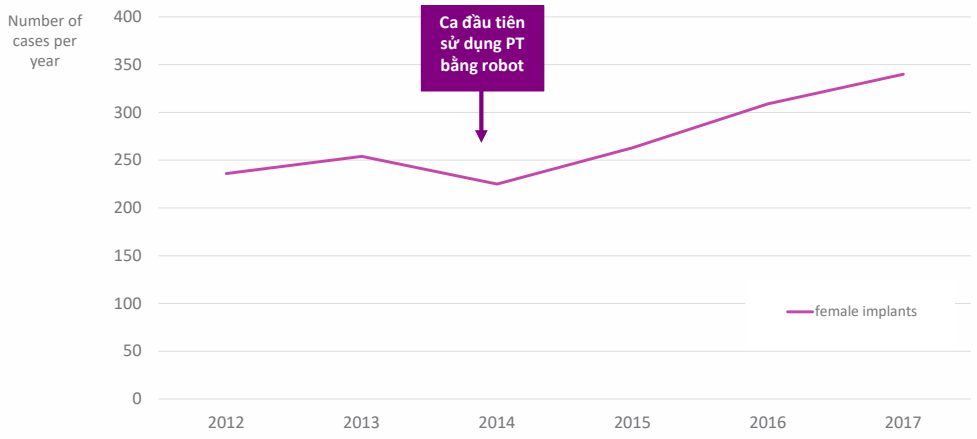
Robot-assisted implantation of an artificial urinary sphincter, the AMS-800, via a posterior approach to the bladder neck in women with intrinsic sphincter deficiency



New technique of robot-assisted laparoscopic artificial urinary sphincter implantation in female by a posterior approach with intraoperative cystoscopic monitoring

N=27 N=8 N=24

THAY ĐỔI TRONG VIỆC SỬ DỤNG CƠ THẮT Ở PHÁP:



Peyronnet, EU Focus 2019

FVCOG2024

VẤN ĐỀ NỔI BẬT: CƠ THẮT Ở PHỤ NỮ VÀ Y VĂN HIỆN TẠI

Kết luận: Thiếu bằng chứng để duy trì sự sử dụng

FVCOG2024

NHỮNG NGHIÊN CỨU TRÌNH ĐỘ CAO ĐANG TIẾN HÀNH: NGHIÊN CỨU VENUS

VENUS

25 trung tâm châu Âu

Bắt đầu từ tháng 6 2020

Số lượng: 150 bệnh nhân



VENUS Registry
Protocol final Version 2.0, September 1st, 2019

eau rf European Association of Urology Research Foundation

Prospective Registry for Patients Undergoing Artificial Urinary Sphincter Surgery for Female Stress Urinary Incontinence due to intrinsic sphincter deficiency

EAU-RF 2019-01

Final Version 2.0, September 1st 2019

Acronym: VENUS

Principal Investigator:	Benoit Peyronnet, Service d'Urologie, Hopital Pontchaillou, 2 rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes, France
	Urologists from the European Society of Female & Functional Urology Section of the EAU along with other urologists undertaking these procedures.
Sponsor:	European Association of Urology Research Foundation (EAU-RF)
Protocol Writing and Steering Committee:	Benoit Peyronnet, France Frank Van der Aa, Belgium Wim Witjes, The Netherlands

KẾT QUẢ SƠ BỘ CỦA NGHIÊN CỨU VENUS: ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN

	N=142
Tuổi trung bình(năm)	64,8 (Từ: 25-85)
Nguyên nhân són tiểu	
Không rõ nguyên nhân	107 (75,4%)
Nguyên nhân thần kinh	8 (5,6%)
Chấn thương	7 (4,9%)
Khác	14 (9,9%)
Tiền sử phẫu thuật sa sinh dục	45 (31,7%)
Tiền sử phẫu thuật són tiểu	119 (88%)
Áp lực đóng niệu đạo tối đa trung bình (cmH2O)	28,2
Áp lực ổ bụng khi són tiểu (cmH2O)	16,3

Peyronnet B, EAU 2024



- Gia tăng mức độ chứng cứ khoa học
- Hoàn thiện kĩ thuật để đạt kết quả tốt nhất có thể
- Hợp tác quốc tế để có thể phổ biến kĩ thuật
- Chuẩn hóa chỉ định bằng hợp tác với các tổ chức khoa học
- Thích nghi với những loại cơ thắt đời mới

FVCOG2024

THÔNG ĐIỆP: CƠ THẮT NIỆU ĐẠO NHÂN TẠO Ở PHỤ NỮ BẰNG PHẪU THUẬT ROBOT

- Cơ thắt niệu đạo nhân tạo là 1 phương pháp điều trị tuyệt vời cho són tiểu do cơ thắt niệu đạo
- Phẫu thuật robot thay đổi tích cực kết quả phẫu thuật
- Phát triển kĩ thuật robot trong kĩ thuật đặt cơ thắt niệu đạo nhân tạo, đưa phẫu thuật này lên 1 tầm cao mới
- Còn nhiều việc phải làm để thay đổi cấp độ chứng cứ khoa học. Chuẩn hóa chỉ định, hoàn thiện kĩ thuật trong quá trình đào tạo

FVCOG2024

CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

DKT INTERNATIONAL VIETNAM

"More than a Brand, a Cause"

DKT Việt Nam là một tổ chức phi chính phủ, tiếp thị xã hội phi lợi nhuận và là một phần của mạng lưới toàn cầu DKT International hoạt động tại khoảng 100 quốc gia trên thế giới.

Kể từ khi được thành lập vào năm 1993, DKT Việt Nam đã và đang cải thiện chất lượng sức khỏe sinh sản của các cá nhân và gia đình bằng cách đảm bảo người dân Việt Nam được tiếp cận thông tin về sức khỏe sinh sản và tình dục cũng như các biện pháp kế hoạch hóa gia đình đáng tin cậy với giá cả phù hợp với nhiều nhu cầu



DKT Việt Nam đã triển khai nhiều chương trình truyền thông và giáo dục nhằm nâng cao nhận thức về sức khoẻ sinh sản (SKSS), sức khoẻ tình dục (SKTD) và phòng chống HIV trong cộng đồng, đặc biệt tập trung vào thanh niên và sinh viên.

SÁNG TẠO VÀ MỞ RỘNG

DKT không ngừng sáng tạo và mở rộng các hoạt động hỗ trợ phát triển tiến bộ khoa học trong lĩnh vực SKSS và SKTD, phù hợp với sứ mệnh của DKT tại Việt Nam và mong muốn của người dân. DKT cũng có kế hoạch hỗ trợ nâng cao kỹ năng thực hành cho các nhân viên y tế sản phụ khoa trong việc sử dụng các thiết bị y tế hiện đại (như dụng cụ tử cung- IUD và phương pháp hút thai bằng tay - MVA) thông qua các khoá đào tạo và hội thảo chuyên ngành.

TIẾP CẬN VÀ HỖ TRỢ

Việc mở rộng này tạo điều kiện cho DKT tiếp cận và hỗ trợ một nhóm đối tượng đa dạng hơn, đáp ứng các nhu cầu thay đổi liên tục trong lĩnh vực SKSS và SKTD, từ đó hướng tới xây dựng một cộng đồng khỏe mạnh hơn.

NHỮNG ĐÓNG GÓP THIẾT THỰC VÀ HIỆU QUẢ

DKT đã nhận được sự ghi nhận và đánh giá cao từ các đối tác và người dân Việt Nam. DKT vinh dự được Trung ương Đoàn trao tặng Kỷ niệm chương "Vì Thế Hệ Trẻ" vào các năm 2021 và 2022, và được Đoàn Chủ tịch Liên hiệp các tổ chức hữu nghị Việt Nam (VUFO) trao tặng Bằng khen vì những đóng góp cho sự phát triển bền vững của Việt Nam trong giai đoạn 2020-2022.



13th Floor, ICON4 Tower, 243A De La Thanh, Dong Da, Ha Noi
+84 (24) 3795 4175
dktvietnam.org

POSTPIL LEVOPLANT MISOMIFE-FEM COMBO MISO-FEM

newChoice

Có mặt tại Việt Nam từ năm 1993, newChoice được biết đến là thương hiệu chăm sóc sức khỏe sinh sản dành cho phụ nữ với các sản phẩm tránh thai và hút thai chất lượng với giá cả phải chăng. Mỗi năm, hàng chục triệu sản phẩm newChoice được sử dụng giúp bảo vệ hạnh phúc và đời sống tình dục đầy cảm hứng cho nhiều gia đình.



Cùng với nhiều hoạt động cộng đồng và chiến dịch tuyên truyền, nâng cao nhận thức về tình dục an toàn trong suốt 3 thập kỷ, newChoice đã trở thành người bạn tâm tình, người chuyên gia lắng nghe và đưa ra những lời khuyên kịp thời, đúng đắn cho nữ giới, đặc biệt là giới trẻ.

OK



Bao cao su OK có mặt tại thị trường Việt Nam từ năm 1993 và đã nhận được sự chú ý mạnh mẽ cũng như được yêu mến bởi đông đảo người tiêu dùng.

Fiesta

PREMIUM CONDOM



100% sản phẩm đều được kiểm tra bằng điện tử và được sản xuất tại Việt Nam bằng nguồn nguyên liệu cao cấp được nhập khẩu từ Châu Âu và Mỹ, bao cao su Fiesta giúp đảm bảo an toàn tuyệt đối cho mọi khoảnh khắc thăng hoa và để lại những dư âm khoái cảm tột độ.

iPas MVA

GIẢI PHÁP TIẾT KIỆM VỀ HÚT THAI CHÂN KHÔNG

WHO GMP

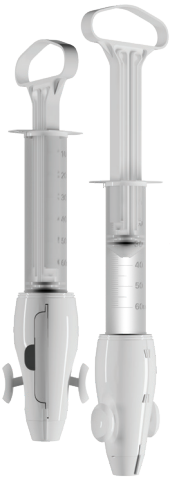
FDA APPROVED

- Với 40 năm kinh nghiệm sử dụng trên thị trường toàn cầu và chất lượng uy tín lâu đời
- Được đăng ký chứng nhận bởi FDA, thiết kế và sản xuất phù hợp với ISO13485
- Nhỏ, rẻ, di động, êm và an toàn ②③④
- Lý tưởng để thực hiện các thủ thuật điều trị ngoại trú
- Lý tưởng cho việc thực hiện thủ thuật khi không có điện hoặc không gian hạn chế
- Chi phí đầu từ hạn chế
- Dễ sử dụng

CHỈ ĐỊNH LÂM SÀNG

- Hút thai hoặc hút thai sót đối với tuổi thai lên đến 12 tuần kể từ kỳ kinh nguyệt cuối cùng
- Quản lý sẩy thai
- Sinh thiết nội mạc tử cung

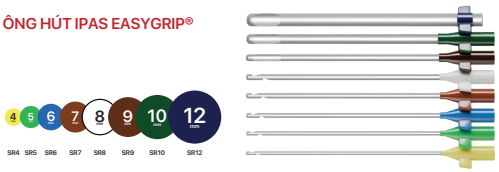
BƠM HÚT THAI CHÂN KHÔNG IPAS MVA PLUS®



ĐẶC TÍNH SẢN PHẨM

- Có thể tái sử dụng tới 25 lần (nếu quy định cho phép)
- Có dung tích chứa 60 cc
- Cung cấp khoảng chân không tối thiểu 22 inch
- Duy trì chân không ít nhất 30 phút
- Nhựa không chứa latex
- Tương thích với ống Ipas EasyGrip® và ống Karman 12mm
- Hạn sử dụng: 5 năm kể từ tháng sản xuất

ỐNG HÚT IPAS EASYGRIP®



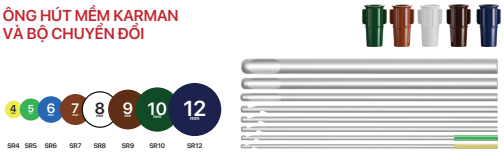
BƠM HÚT THAI CHÂN KHÔNG 1VAN IPAS



ĐẶC TÍNH SẢN PHẨM

- Có thể tái sử dụng tới 25 lần (nếu quy định cho phép)
- Có dung tích chứa 60 cc
- Cung cấp khoảng chân không tối thiểu 24 inch
- Duy trì chân không ít nhất 30 phút
- Nhựa không chứa latex
- Tương thích với kích thước ống Karman từ 4-6 mm và ống sinh thiết niêm mạc tử cung 3 mm
- Hạn sử dụng: 3 năm kể từ tháng sản xuất

ỐNG HÚT MỀM KARMAN VÀ BỘ CHUYỂN ĐỔI



13th Floor, ICON4 Tower, 243A De La Thanh, Dong Da, Ha Noi
+84 (24) 3795 4175
dktvietnam.org

POSTPIL LEVOPLANT MISOMIFE-FEM COMBO MISO-FEM



BSCKII. BÙI VĂN HOÀNG

Trưởng Phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Từ Dũ

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1997 - 2003: Bác sĩ đa khoa - Đại học Y Phạm Ngọc Thạch
- 2007 - 2009: Bác sĩ chuyên khoa cấp I Sản phụ khoa - Đại học Y Dược TP.HCM.
- 2012 - 2014: Bác sĩ chuyên khoa cấp II Sản phụ khoa - Đại học Y Dược TP.HCM

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 01/2004 đến 01/2010: Bác sĩ điều trị khoa Sanh, khoa Phụ, Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 01/2010 đến 8/2013: Bác sĩ phòng Kế hoạch Tổng hợp, tham gia công tác khám, chữa bệnh tại khoa Sanh, khoa Cấp cứu chống độc, khoa Sản A, khoa Khám phụ khoa, khoa Gây mê hồi sức (phẫu thuật), Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 27/8/2013 đến 30/5/2020: Phó Trưởng phòng Phòng Kế hoạch Tổng hợp, tham gia công tác khám, chữa bệnh tại khoa Sanh, khoa Cấp cứu chống độc, khoa Sản A, khoa Khám phụ khoa, khoa Gây mê hồi sức (phẫu thuật), Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 01/6/2020 đến nay: Trưởng phòng Phòng Kế hoạch Tổng hợp, tham gia công tác khám, chữa bệnh tại khoa Sanh, khoa Cấp cứu chống độc, khoa Sản A, khoa Khám phụ khoa, khoa Gây mê hồi sức (phẫu thuật), Bệnh viện Từ Dũ

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 04 bài đăng trên các tạp chí khoa học trong nước, quốc tế
- 03 đề tài nghiên cứu khoa học đã nghiệm thu
- 03 bài báo cáo tại các hội nghị chuyên ngành quốc tế

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 01 bằng khen của Thủ tướng Chính phủ
- 05 bằng khen của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh
- 01 bằng khen của Ủy ban Nhân dân tỉnh Tiền Giang
- 01 danh hiệu Chiến sĩ thi đua cấp thành phố của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh
- 12 danh hiệu Chiến sĩ thi đua cấp cơ sở của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

FVCOG2024

DÍNH TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

CẬP NHẬT DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ

BSCKII Bùi Văn Hoàng

Bệnh viện Từ Dũ

Email: hoangcfd@gmail.com

Zalo: 0911115678

FVCOG2024

NỘI DUNG CHÍNH

01 MỞ ĐẦU

02 DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

03 XỬ TRÍ DÍNH TRONG PHẪU THUẬT

04 THỰC HÀNH TẠI BV TỪ DŨ

05 KẾT LUẬN

FVCOG2024

1. MỞ ĐẦU

- Sẹo dính là những dải sợi xơ (fibrin) tạo nên sự ***liên kết giữa các bề mặt*** mà bình thường chúng tách biệt nhau
- Dính thường ***hình thành sau PT vùng bụng/chậu***, là phản ứng thường gặp đối với ***tổn thương về mặt phúc mạc*** trong quá trình PT.



FVCOG2024

1. MỞ ĐẦU

Alan H DeCherney, Senthil Kumar, Postoperative peritoneal adhesions in adults and their prevention, Uptodate 2024

Tỉ lệ dính sau các loại PT

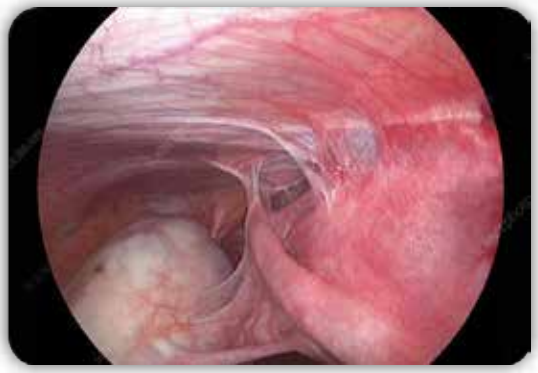
LOẠI PT	TỈ LỆ DÍNH
GỠ DÍNH	76%
PT Ở BUỒNG TRỨNG	75%
PT Ở VÒI TRỨNG	76%
BÓC UXTC	68%
LNMTC	82%
MLT 1-2-3 LẦN	46%-76%-83%
NS GỠ DÍNH	66%
NS CAN THIỆP Ở VÒI TRỨNG	65%
NS BÓC UXTC	88%
NS ĐIỀU TRỊ LNMTC	87%

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

1. MỞ ĐẦU

Chẩn đoán:

- Hầu hết **không triệu chứng** lâm sàng.
- 75% BN bị dính có triệu chứng có tiền sử PT trước đó
- Lâm sàng dính: **đau mãn tính vùng bụng/chậu, vô sinh nữ, tắc ruột.**
- Chẩn đoán: **nhìn trực tiếp vùng bụng/chậu qua phẫu thuật** hoặc qua siêu âm, MRI (ít giá trị hơn).



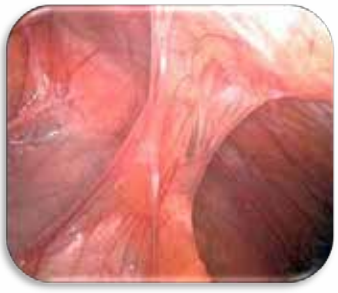
Alan H DeCherney, Senthil Kumar, Postoperative peritoneal adhesions in adults and their prevention, Uptodate 2024

FVCOG2024

1. MỞ ĐẦU







DÍNH DẠNG MÀNG

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

1. MỞ ĐẦU







DÍNH DÀY

FVCOG2024

Tiêu chuẩn hiệu chỉnh phân loại mức độ dính theo Hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ (ASRM) 2020

Bản chất và phạm vi dính ghi nhận trong PT	Điểm	Phân độ dính
KHÔNG DÍNH	0	
DẠNG MÀNG, < 25%	1	NHẸ
DẠNG MÀNG, 25-50%	2	NHẸ
DẠNG MÀNG, ≥ 51%	3	TRUNG BÌNH
DÀY, < 25%	4	TRUNH BÌNH
DÀY, 25-50%	5	NẶNG
DÀY, ≥ 51%	6	NẶNG

Jinghe Lang et al, Chinese expert consensus on the prevention of abdominal pelvic adhesions after gynecological tumor surgeries, Ann Transl Med 2020;8(4):79| http://dx.doi.org/10.21037/atm.2020.02.53

fvcog2024.nhoj@gmail.com www.fvcog2024.vn

Hệ thống phân loại dính của Lauder và cs (2011)

Điểm	Phân độ dính
0	Không dính
1	Dính dạng màng mỏng
2	Dính dạng màng mỏng > 1 vị trí
3	Dính dày tập trung theo điểm
4	Dính dày thành mặt phẳng
5	Dính dày kèm tăng sinh mạch máu hoặc > 1 vị trí dính dày thành mặt phẳng

Lauder CI, Garcea G, Strickland A, Maddern GJ. Use of a modified chitosan-dextran gel to prevent peritoneal adhesions in a rat model. J Surg Res 2011;171:877-82.

1. MỞ ĐẦU

Hậu quả:

- Tắc ruột do dính
- Đau bụng mãn tính
- Vô sinh nữ
- **Khó khăn trong các PT lần sau (không thể vào khoang PM, thủng bàng quang, ruột,...)**



Alan H DeCherney, Senthil Kumar, Postoperative peritoneal adhesions in adults and their prevention, Uptodate 2024

1. MỞ ĐẦU

Dính BTC (IUA): IUA sau chấn thương lần đầu tiên được Heinrich Fritsch báo cáo vào năm 1894. Sau đó, Joseph Asherman đã xuất bản một loạt các bài báo để mô tả IUA một cách chi tiết

→ HC Asherman





1.Fritsch, H. Ein Fall von volligen Schwund der Gebaumutterhohle nach Auskratzung. Zent. Gynaekol. ***1894****, 18, 1337–1342.*
2.Asherman, J.G. Amenorrhoea traumatica (atretica). J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp. ***1948****, 55, 23–27.*

1. MỞ ĐẦU

Tần suất IUA: dao động

1-2% BN vô kinh thứ phát;

1-4% sau MLT;

3-4% TH D&C sau sinh;

6-7% TH D&C vì sẩy thai tự nhiên sớm;

6-7% BN vô sinh;

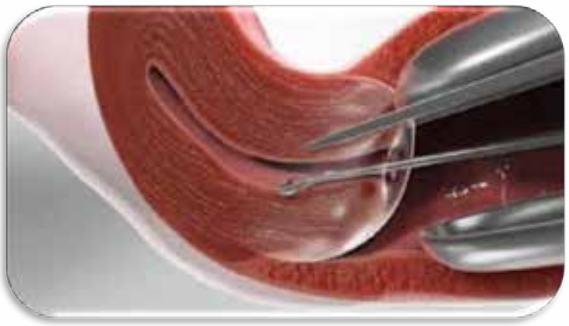
6–24% TH PT NS BTC chỉnh hình BTC;

10–20% sẩy thai tự nhiên < 2 lần;

10–20% D&C để phá thai;

20–30% D&C sau sinh > 2 lần;

20–30% can thiệp BTC bằng dụng cụ từ tuần thứ 2-4 sau sinh



1.Chiu, C.S.; Hwu, Y.M.; Lee, R.K.; Lin, M.H. Intrauterine adhesion prevention with Malecot catheter after hysteroscopic myomectomy: A novel approach. Taiwan. J. Obstet. Gynecol. ***2020****, 59, 56–60.*
2.Liao, W.L.; Ying, T.H.; Shen, H.P.; Wu, P.J. Combined treatment for big submucosal myoma with High Intensity Focused Ultrasound and hysteroscopic resection. Taiwan. J. Obstet. Gynecol. ***2019****, 58, 888–890.*
3.Yang, J.H.; Chen, M.J.; Chen, C.D.; Chen, S.U.; Ho, H.N.; Yang, Y.S. Optimal waiting period for subsequent fertility treatment after various hysteroscopic surgeries. Fertil. Steril. ***2013****, 99, 2092–2096.e3.*
4.Yang, J.H.; Chen, M.J.; Wu, M.Y.; Chao, K.H.; Ho, H.N.; Yang, Y.S. Office hysteroscopic early lysis of intrauterine adhesion after transcervical resection of multiple apposing submucous myomas. Fertil. Steril. ***2008****, 89, 1254–1259.*
5.Mettler, L.; Schollmeyer, T.; Tinelli, A.; Malvasi, A.; Alkatout, I. Complications of uterine fibroids and their management, surgical management of fibroids, laparoscopy and hysteroscopy versus hysterectomy, haemorrhage, adhesions, and complications. Obstet. Gynecol. Int. ***2012****, 2012, 791248.*
6.Taskin, O.; Sadik, S.; Onoglu, A.; Gokdeniz, R.; Erturan, E.; Burak, F.; Wheeler, J.M. Role of endometrial suppression on the frequency of intrauterine adhesions after resectoscopic surgery. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. ***2000****, 7, 351–354.*

PHÂN LOẠI DÍNH BUỒNG TỬ CUNG
THEO HIỆP HỘI SINH SẢN HOA KỲ (the American Fertility Society)

Nhẹ (độ I): 1-4 điểm; TB (độ II): 5-8 điểm; Nặng (độ III): ≥ 9 điểm.

Điểm	Thể tích dính BTC	Dạng dính	Đặc điểm kinh nguyệt
1	<1/3	Dạng màng	
2	1/3~2/3	Dạng màng~Dày	Kinh ít
4	>2/3	Dày	Vô kinh

HẬU QUẢ:

- Ảnh hưởng đến thể chất và tâm lý NB
- Kéo dài thời gian nằm viện
- Tăng đáng kể chi phí điều trị
- SK: Ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của trẻ sơ sinh.
- Làm tăng bệnh suất và tử suất,

Infectious idity After Cesarean Delivery: 10 Strategies to Reduce Risk, Kelley Conroy, MD, Angela F. Koenig, BA, Yan-Hong Yu, MD, PhD, Amy Courtney, RN, MPH,Hee Joong Lee, MD, PhD, Errol R. Norwitz, MD, PhD, 2012

FVCOG2024

02

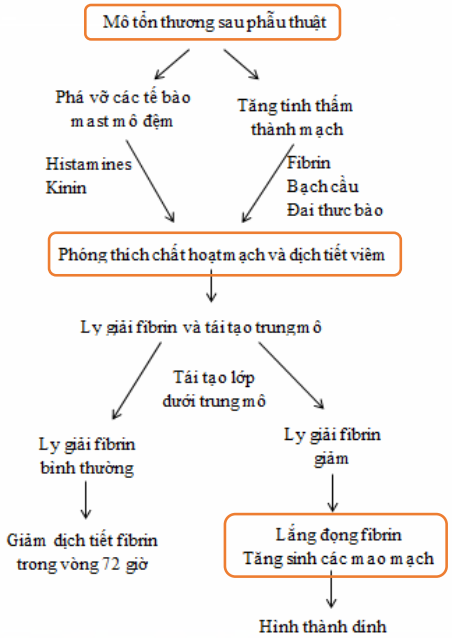
DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT



FVCOG2024

2.1. BỆNH NGUYÊN HÌNH THÀNH DÍNH

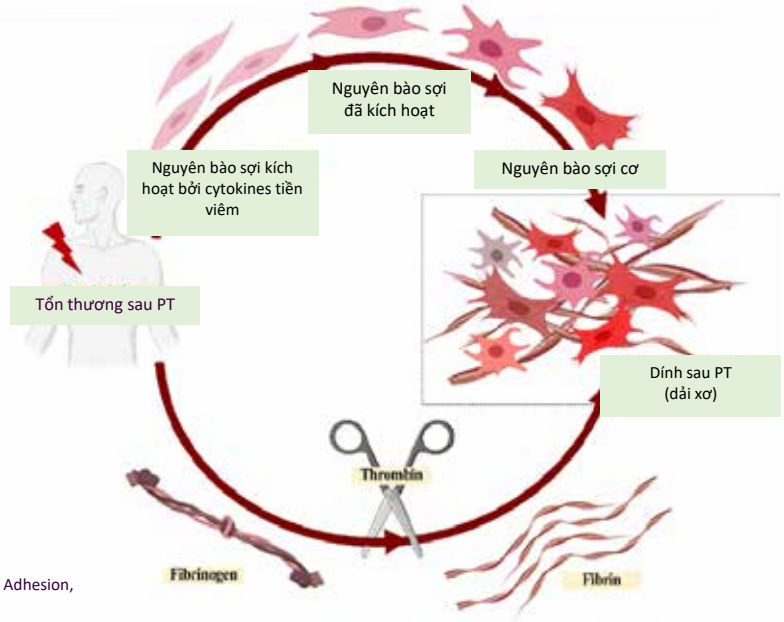
- Phản ứng viêm gây phóng thích các chất trung gian, gây hóa ứng động các loại TB viêm→ **lắng đọng fibrin**: mạng lưới fibrin sẽ gây dính tạm thời.
- Nếu quá trình tan fibrin kéo dài thì nguyên bào sợi sẽ phát triển gây xơ hóa →dây xơ dính.



ASRM Practice Committee Peritoneal adhesions. Fertil Steril 2007

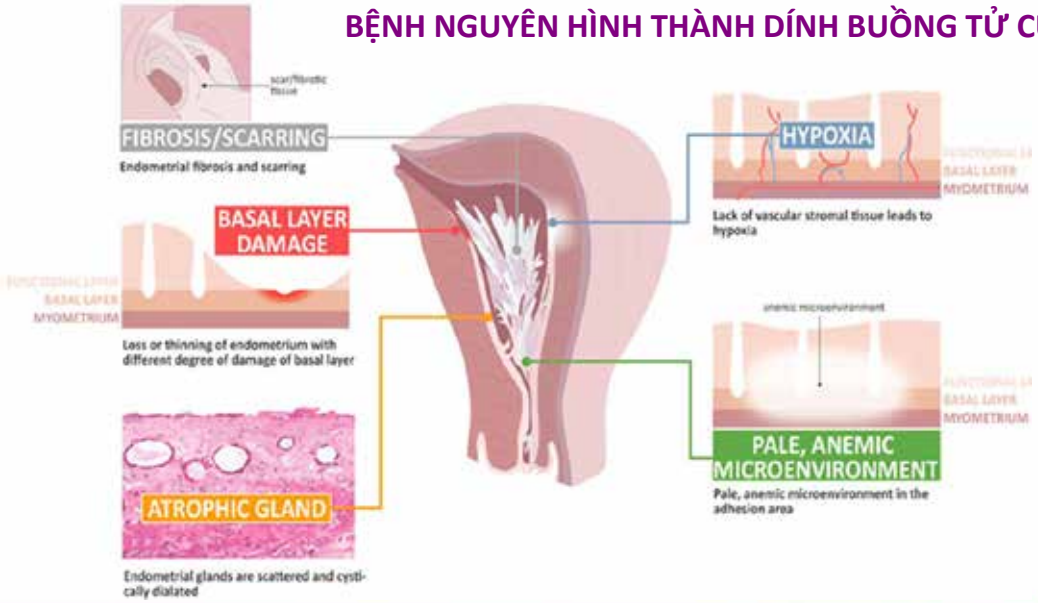
fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

2.1. BỆNH NGUYÊN HÌNH THÀNH DÍNH



Heekyung Park et al, Biomaterials to Prevent Post-Operative Adhesion,

BỆNH NGUYÊN HÌNH THÀNH DÍNH BUỒNG TỬ CUNG



FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

a. Kỹ thuật phẫu thuật

✓ Ưu tiên phẫu thuật nội soi

Lancet 2020; 395: 33-41

Adhesion-related readmissions after open and laparoscopic surgery: a retrospective cohort study (SCAR update)

Interpretation **Laparoscopic surgery reduces the incidence of adhesion-related readmissions.** However, the overall burden of readmissions associated with adhesions remains high. With further increases in the use of laparoscopic surgery expected in the future, the effect at the population level might become larger. Further steps remain necessary to reduce the incidence of adhesion-related postsurgical complications.

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

a. Kỹ thuật phẫu thuật

- **Cầm máu** tỉ mỉ và xử lý mô nhẹ nhàng, hạn chế tổn thương mô
- Lấy sạch máu cục
- Giữ ẩm cho vùng phẫu thuật
- Loại bỏ bột talc khỏi găng tay trước khi vào khoang PM



1, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Society of Reproductive Surgeons, Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery, Fertil Steril 2007 Jul;88(1):21-6.
2. Al-Sunaidi M, Tulandi T , Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions, Obstet Gynecol. 2006;108(5):1162 .

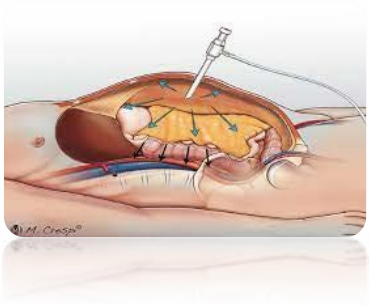
fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT



a. Kỹ thuật phẫu thuật

- Giảm tần suất và thời gian đốt
- Rút ngắn thời gian PT
- Giảm áp lực và thời gian tràn khí PM trong PTNS
- Hạn chế chèn gạc khô trong PTNS



1, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Society of Reproductive Surgeons, Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery, Fertil Steril 2007 Jul;88(1):21-6.
2. Al-Sunaidi M, Tulandi T , Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions, Obstet Gynecol. 2006;108(5):1162.

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

a. Kỹ thuật phẫu thuật

- Hạn chế vật thể lạ: chỉ khâu dư, xơ vải, bột talc, tránh đặt mảnh ghép khoang PM,
- Nên tránh chỉ silk
- Ưu tiên đóng PM bằng chỉ mịn, dễ tan như chromic catgut (Tỷ lệ dính là tương tự nhau khi đóng/không đóng PM sau PT).



1, Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Society of Reproductive Surgeons, Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery, Fertil Steril 2007 Jul;88(1):21-6.
2. Al-Sunaidi M, Tulandi T , Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions, Obstet Gynecol. 2006;108(5):1162.

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

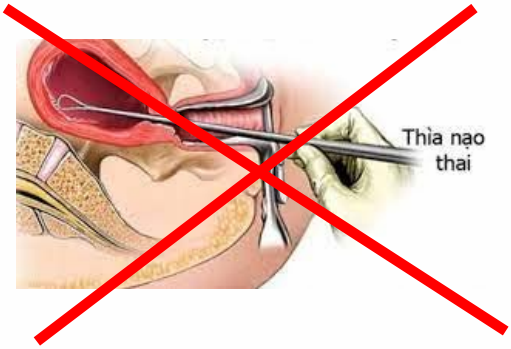
FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

a. Kỹ thuật phẫu thuật

*** Đối với BTC:**

Hạn chế can thiệp thủ thuật (TH sẩy thai không trọn, bỏ thai giai đoạn sớm: ưu tiên can thiệp nội khoa)



FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

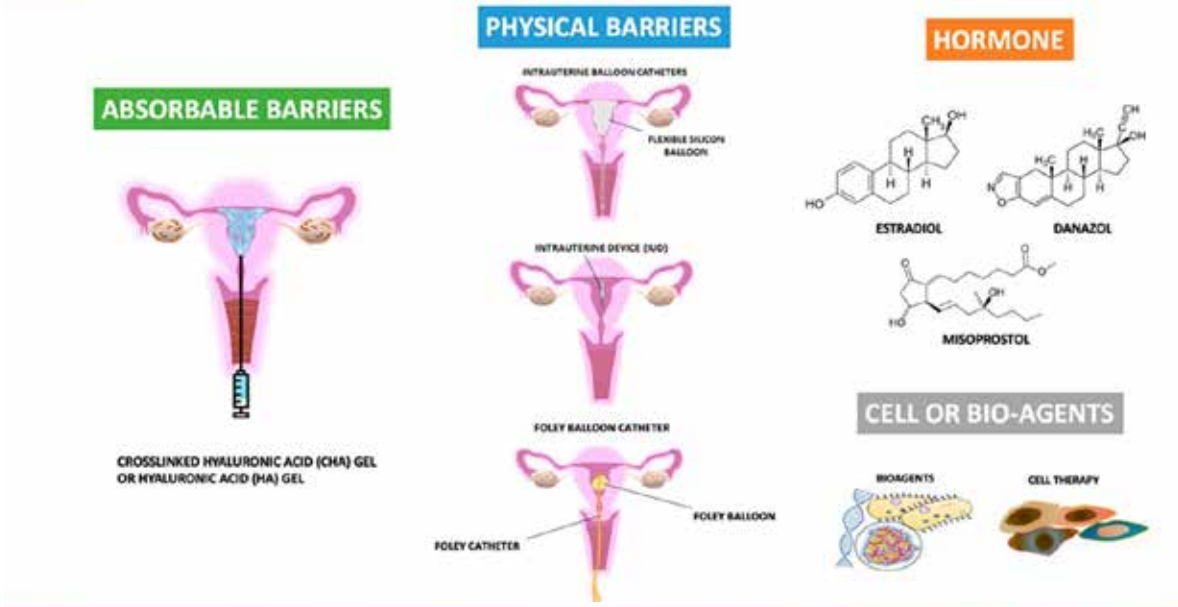
Nguy cơ dính BTC giảm khi:

- Các thủ thuật chỉ giới hạn ở NMTC so với các thủ thuật liên quan đến cơ TC hoặc các bề mặt đối diện của BTC
- Sử dụng vòng cắt lạnh thay vì đốt điện
- Các thủ thuật cắt ít so với cắt nhiều (cắt polyp so với cắt đa UXTC), nội soi BTC cắt đốt thay vì nạo mù hoặc dưới hướng dẫn SÂ
- Cân nhắc sử dụng các gel chống dính



Gynecol Surg 2017;14(1):6. doi: 10.1186/s10397-017-1007-3. Epub 2017 May 1.

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn



FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

b. Thúc đẩy nhu động ruột

- Là một biện pháp hỗ trợ cho việc tách vật lý các bề mặt lành vết thương
- Việc duy trì chuyển động tương đối giữa các bề mặt đang lành vết thương giúp ngăn ngừa hoặc hạn chế sự hình thành bám dính.
- ***Ở người, ruột non giảm nhu động trong 1-2 ngày sau PT, trong khi đó đại tràng giảm nhu động trung bình trong 2-3 ngày sau PT***



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

CÁC THÀNH PHẦN ERAS

Trước PT

- **Kháng sinh dự phòng**
- Dự phòng huyết khối
- Không sử dụng thuốc trước mổ

Trong PT

- Thuốc mê tác động ngắn
- Gây mê/ gây tê ngoài màng cứng đoạn tuỷ ngực
- **Không dẫn lưu**
- Tránh quá tải nước – điện giải
- Duy trì thân nhiệt (giữ ấm cơ thể/ giữ ấm bằng truyền dịch)

ERAS

Sau PT

- Gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực
- **Không ống thông dạ dày**
- **Chống nôn, buồn nôn**
- Tránh quá tải nước – điện giải
- Rút catheter sớm
- **Dinh dưỡng qua đường miệng sớm**
- Giảm đau non-opioid/ NSAIDs đường uống
- **Vận động sớm**
- **Kích thích nhu động ruột**
- Kiểm tra sự tuân thủ và kết quả

Trước PT

- **Tư vấn trước nhập viện**
- **Cung cấp dịch và carbohydrat**
- **Không nhịn ăn quá lâu**
- **Không/ chọn lọc chuẩn bị ruột**

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

b. Thúc đẩy nhu động ruột





BỘ Y TẾ
Số: 181/QĐ-BYT

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Hà Nội, ngày 23 tháng 01 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
"Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;
Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình"

Điều 2. Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các Tỉnh, Thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc các Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Trần Văn Thuấn

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

c. Rào cản vật lý chống dính

- Gồm: vật liệu rắn hoặc chất lỏng nhớt được đưa vào ổ bụng.
- Mục tiêu: giữ bề mặt PM tổn thương được tách biệt trong 5-7 ngày đầu tiên sau PT.
- Nhược điểm: kéo dài thời gian phẫu thuật, làm tăng chi phí.
- **Tuy nhiên, lợi ích trong tương lai > nguy cơ.**

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

c. Rào cản vật lý chống dính

Tấm chống dính vật lý: gồm

- Tấm carboxymethylcellulose gốc natri hyaluronate
- Tấm cellulose tái sinh oxy hóa (ORC)
- Expanded polytetrafluoroethylene

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

d. Hàng rào dịch lỏng chống dính

- Polyethylene glycol
- Dung dịch Icodextrin
- **Axit hyaluronic: dung dịch, gel và bột**

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

d. Hàng rào dịch lỏng chống dính

Axit hyaluronic: dung dịch, gel và bột

- Là một glycosaminoglycan anion, không sunfat phân bố trong mô liên kết
- Làm giảm đáng kể tỷ lệ dính hoặc mức độ bám dính tại thời điểm nội soi ổ bụng lần 2 (OR 0,31, KTC 95% 0,19-0,51)

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD001298

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery (Review)

Metwally M, Watson A, Lilford R, Vanderkerchove P

Sử dụng các tác nhân axit hyaluronic có thể làm giảm sự hình thành độ bám dính (OR 0,31, 95% CI 0,19 đến 0,51)

FVCOG2024

2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE 19: 2672-2678, 2020

Meta-analysis on the use of hyaluronic acid gel to prevent intrauterine adhesion after intrauterine operations

FEI ZHENG[1*], XIN XIN[2*], FEI HE[1], JIANYONG LIU[1] and YUECHONG CUI[3]

Tổng quan hệ thống cho thấy việc sử dụng gel axit hyaluronic làm giảm tỷ lệ dính BTC [(RR) = 0,42; KTC 95%=0,30-0,57; P<0,001]

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

CÁC KHUYẾN CÁO CỦA BỘ Y TẾ





d) *Hạn chế dính sau phẫu thuật*

- Phẫu thuật viên cần thực hiện đúng nguyên tắc phẫu thuật thực hành, hạn chế tối đa chảy máu, gây chấn thương mô... để làm giảm nguy cơ tạo dính thêm.
- Cân nhắc sử dụng các chất chống dính (cellulose tái sinh oxy hoá, màng chống dính phẫu thuật polytetrafluoroethylene, hyaluronic acid…) để ngăn ngừa và làm giảm dính sau phẫu thuật vùng chậu, phẫu thuật liên quan LNMTC.

FVCOG2024

CÁC KHUYẾN CÁO CỦA BỘ Y TẾ

– *Dính buồng tử cung*: Là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt đốt UXCTC L0, L1, L2. Tỷ lệ dính buồng tử cung sau phẫu thuật 35-45% được báo cáo nếu sử dụng năng lượng đơn cực nhưng nếu sử dụng năng lượng lưỡng cực thì tỷ lệ này giảm xuống còn 7,5% (Roy và cs, 2017). Hiện nay tại Việt Nam, một số bệnh viện đã sử dụng bộ đốt lưỡng cực trong nội soi phụ khoa.

Một số phương pháp chống dính buồng tử cung sau phẫu thuật, được cho hiệu quả thấp như đặt dụng cụ tử cung, liệu pháp hormone, trong khi các phương pháp có hiệu quả chống dính buồng tử cung tốt hơn như sử dụng bóng của ống thông Foley, gel hyaluronic. Khuyến cáo nên sử dụng phương pháp chống dính trong khoảng 6-8 tuần sau phẫu thuật (Piecak và Milart, 2017).



2.2. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG DÍNH SAU PHẪU THUẬT

e. Các biện pháp không có giá trị dự phòng dính hoặc chưa được chứng minh hiệu quả

- Thuốc kháng viêm
- Dung dịch tinh thể
- Các dd khác (steroid, heparin, dung dịch kháng sinh cefazolin và tetracyclin...)

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery (Review)

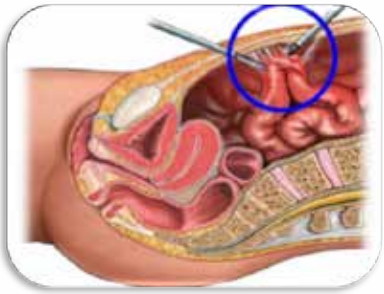
Metwally M, Watson A, Lilford R, Vanderkerchove P

Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD001298



03

XỬ TRÍ TRONG PHẪU THUẬT

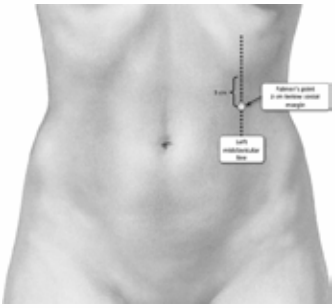




FVCOG2024

3. CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ DÍNH TRONG PHẪU THUẬT

a. Ổ bụng:



- Xâm lấn tối thiểu
- Chọn đường vào bụng ít nguy cơ (xa VMC, điểm Palmer, kỹ thuật Hasson...) thường là vùng bụng ¼ trên (T)
- Ưu tiên gỡ dính dụng cụ sắc (dao/kéo)
- Hạn chế sử dụng dao đốt, nếu có sử dụng để cầm máu: lưu ý khả năng lan nhiệt
- Gỡ dính đúng giải phẫu, đúng lớp. Tránh đi lệch khỏi lớp giải phẫu thông thường và tạo lớp gỡ dính mới. Trường hợp nếu gỡ dính khó khăn: ưu tiên gỡ hướng về cơ quan «ít quan trọng»
- Chỉ gỡ dính khi cần thiết, không bắt buộc gỡ dính toàn bộ.
- Lưu ý cầm máu

FVCOG2024

3. CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ DÍNH TRONG PHẪU THUẬT

b. Dính BTC: NS BTC tách dính



Vấn đề dự phòng dính tái phát: tỉ lệ dính tái phát 30-66% + Liệu phát nội tiết estrogen-progestin kết hợp: nhằm thúc đẩy phát triển NMTC. Chưa có PĐ tối ưu. Thông thường: estradiol 4 mg (u) x 2 lần/ngày x 30 ngày. Bổ sung medroxyprogesterone axetat 5 mg (u) hoặc norethindrone axetat 2,5 mg (u) từ ngày 21 đến ngày 30.

3. CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ DÍNH TRONG PHẪU THUẬT

b. Dính BTC

- Sử dụng thông foley trẻ em để tách cơ học BTC trong giai đoạn lành thương, bơm 2-3 ml nước muối vào bóng foley, rút foley sau 7-10 ngày
- NS BTC lần 2 trong các trường hợp dính nặng
- Đặt DCTC



3. CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ DÍNH TRONG PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA



c. Dính khi mổ lấy thai ở SP có VMC

Tiên lượng dính khi mổ VMC:

Tiên lượng dính	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	GTTĐ dương	GTTĐ âm	LR (+)	LR (-)
Sẹo lõm	0.65	0.83	0.42	0.92	3.82	0.42
DH trượt (-)	0.65	0.97	0.81	0.93	21.67	0.36
Rạn da nghiêm trọng	0.45	0.89	0.45	0.89	4.09	0.62
Sẹo lõm & DH trượt (-)	0.55	0.99	0.92	0.92	55.00	0.45
Sẹo lõm & Rạn da nghiêm trọng	0.35	0.94	0.54	0.88	5.83	0.69
Rạn da nghiêm trọng & DH trượt (-)	0.40	0.99	0.89	0.89	40.00	0.61
Sẹo lõm & Rạn da nghiêm trọng & DH trượt (-)	0.35	0.99	0.88	0.89	35.00	0.66

Prediction of Intraperitoneal Adhesions in Repeated Cesarean Section Using Sliding Sign, Striae Gravidarum, and Cesarean Scar

FVCOG2024

Original Article
http://mjiri.iums.ac.ir
Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)
Med J Islam Repub Iran. 2022 (2 May);36.44. https://doi.org/10.47176/mjiri.36.44

Prediction of Intraperitoneal Adhesions in Repeated Cesarean Section Using Sliding Sign, Striae Gravidarum, and Cesarean Scar

Mojgan Mokhtari[1], Minoo Yaghmaei[2], Neda Akbari Jami[3], Masoud Roudbari[4], Dina Jalalvand[5]*

Received: 4 May 2021 Published: 2 May 2022

Các dấu hiệu tiên đoán dính ở SP có VMC MLT:

- **Trong TH không có sẹo lõm và vết rạn nghiêm trọng thì có 90% khả năng không dính.**
- **Nếu có cả 2 dấu hiệu trên: kiểm tra dấu hiệu trượt**

FVCOG2024

3. CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ DÍNH TRONG PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

c. Dính khi mổ lấy thai ở SP có VMC

- Tổn thương chủ yếu: thì vào khoang phúc mạc
- Nhằm tránh tổn thương ruột hoặc bàng quang dính chặt:
  - PTV kinh nghiệm
  - Nếu có vết dính dày giữa thành bụng trước và mặt trước của TC, vào bụng càng cao càng tốt nhằm tránh tổn thương BQ, rạch nông và quan sát cẩn thận.
  - Khi nghi ngờ toàn bộ TC dính vào thành bụng trước và BQ dính chặt vào bao cơ thẳng bụng: mở bụng đường dọc cao hơn mức dính
  - Xem xét mở PM sang bên hoặc sử dụng phương pháp mổ ngoài PM cạnh BQ hoặc trên BQ

4. THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

NGUYÊN NHÂN DÍNH	DỰ PHÒNG
Tổn thương do PT	PT xâm lấn tối thiểu (ưu tiên chỉ định PTNS), năm 2023: 75%
Thiếu máu cục bộ, khô mô	Hạn chế đốt mạch máu và tổn thương thanh mạc, phúc mạc cơ quan, rửa bụng
Chảy máu	Cầm máu cẩn thận
Do vật lạ	Lau bột talc, hạn chế chỉ khâu, chỉ ít phản ứng
Phản ứng viêm	Điều trị viêm, nội tiết
Nhiễm trùng	KSDP
Dính ruột	ERAS (vận động sớm, ăn uống sớm,…)
Sự tiếp xúc của các bề mặt thô	Hàng rào chắn: gel chống dính

FVCOG2024

4. THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ



Ngày 30/03/2023: triển khai uống Carbohydrat trước PT chương trình

Ngày 13/03/2024: ban hành phác đồ "Hướng dẫn nhịn ăn uống và cung cấp carbohdrate trước PT chương trình"



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

4. THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Ngày 01/12/2023: triển khai gel chống dính trong PT lấy thai và PT phụ khoa tại BV Từ Dũ



SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Số: 2468 /TB-BVTD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 07 tháng 12 năm 2023

THÔNG BÁO
Về việc triển khai gel chống dính trong
phẫu thuật lấy thai và phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Từ Dũ

Căn cứ kết quả tổng kết cách giải về việc thí điểm sản phẩm chống dính acid hyaluronic trong phẫu thuật tại Bệnh viện Từ Dũ từ ngày 01 tháng 07 năm 2022 đến ngày 30 tháng 30 tháng 2023;

Căn cứ nội dung cuộc họp Hội đồng Khoa học và Công nghệ ngày 11 tháng 10 năm 2023;

Bệnh viện Từ Dũ thông báo về triển khai sản phẩm chống dính acid hyaluronic trong phẫu thuật lấy thai và phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Từ Dũ như sau:

1. Các loại phẫu thuật thủ thuật có thể áp dụng:
- Phẫu thuật lấy thai
- Phẫu thuật mở bụng cắt tử cung
- Phẫu thuật mở bụng cắt u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng
- Phẫu thuật nội soi buồng tử cung chẩn đoán và điều trị

2. Hướng dẫn sử dụng:
- Đối với phẫu thuật ổ bụng: Trước khi đóng ổ bụng (vòng chắc), bơm sản phẩm chống dính acid hyaluronic tại vị trí phẫu thuật hoặc vùng mô bị tổn thương có khả năng xảy ra dính.
- Đối với phẫu thuật ở buồng tử cung: Bơm sản phẩm chống dính acid hyaluronic vào buồng tử cung. Bệnh nhân sẽ được nằm nghỉ 1 giờ sau khi bơm sản phẩm chống dính acid hyaluronic.
- Trong trường hợp bệnh nhân có viêm, nhiễm trùng tại vị trí sẽ sử dụng thì cần kiểm soát được viêm nhiễm trước khi sử dụng.
- Không sử dụng đồng thời sản phẩm chống dính acid hyaluronic với dung dịch sát khuẩn chứa muối Nhũ.
- Cần thấm hút dịch tại vị trí sẽ sử dụng trước khi dùng sản phẩm.
- Liều lượng:
+ Liều lượng sử dụng phụ thuộc vào kích nghiệm và độ lớn của vết mổ.
+ Liều thường sử dụng trong sản phụ khoa: 2-5 ml tùy vị trí sử dụng.
+ Liều tối đa không vượt quá 50 ml.

Đề nghị các khoa/phòng triển khai nội dung trên đến nhân viên để biết và thực hiện./.

Nơi nhận:
- Các khoa phòng;
- Lưu: VT, KHTH (NLQ).

GIÁM ĐỐC

BỆNH VIỆN TỪ DŨ

BSCKII. Trần Ngọc Hải

FVCOG2024

4. THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ



Phẫu thuật nội soi

- Trong phẫu thuật nội soi, những trường hợp dính, phẫu thuật viên cần vào đủ trocar (có thể không đúng các vị trí vào trocar thông thường) để hỗ trợ gỡ dính đảm bảo kéo căng mô, kiểm tra vị trí gỡ dính trước khi kết thúc cuộc phẫu thuật.
- Trường hợp phẫu thuật khó, sau phẫu thuật cần cân nhắc đặt dẫn lưu và kháng sinh phối hợp. Khi vượt quá khả năng cần ngưng phẫu thuật và mời hội chẩn.

fvcog2024.vhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

4. THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ



3. Tổn thương hồi tràng trong phẫu thuật phụ khoa

- Các trường hợp mổ khó, dính cần được lưu ý trước mổ, đánh giá chuẩn bị ruột (nếu cần); trong mổ cần kiểm tra kỹ trước khi đóng bụng (đặc biệt các vị trí gỡ dính) nhằm phát hiện kịp thời các tổn thương.


KHUYẾN CÁO DỰ PHÒNG VÀ PHÁT HIỆN SỚM TỔN THƯƠNG TIÊU HÓA TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Tần suất	0,03–0,29%, thường gặp nhất là ruột non, kế đến là đại tràng, dạ dày (hiếm gặp)
Nguyên nhân	Thường gặp nhất ở trocar vào bụng

CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG

TRƯỚC PHẪU THUẬT	TRONG PHẪU THUẬT
☐ Phân tích tiền sử nội ngoại khoa ☐ Đánh giá mức độ phức tạp của phẫu thuật ☐ Xác định đúng phương pháp phẫu thuật ☐ Lựa chọn phẫu thuật viên ☐ Đánh giá yếu tố nguy cơ và khuẩn bị ruột (nếu cần) ☐ Tập huấn về đàn phẫu thuật	☐ Sử dụng kim Veress (nếu cần) ☐ Vào bụng qua điểm Palmer nếu tiền sử dính ☐ Trocar áp lực ổ bụng 30–35 mmHg trước khi vào bụng qua trocar ☐ Đánh giá dính và lựa chọn vị trí các trocar thứ cấp ☐ Xoay trocar khi vào bụng thay vì đẩy trocar ☐ Sử dụng kỹ thuật Hasson (nếu cần) ☐ Nếu nghi ngờ tổn thương, giữ nguyên vị trí trocar vào bụng để dễ dàng đánh giá tổn thương ☐ Sử dụng ống soi từ trocar thứ cấp để quan sát và tìm tổn thương ngay dưới trocar vào bụng ☐ Thao tác phẫu thuật nhẹ nhàng, kiểm soát theo tốc độ ruột ☐ Hút sạch máu/dịch ổ bụng để hạn chế dính ☐ Thận trọng khi lấy tử cung ngã âm đạo ☐ Kiểm tra ruột sau lấy bệnh phẩm ☐ Cân nhắc chuyển sang mổ mở nếu không thể xử trí an toàn qua phẫu thuật nội soi ☐ Sử dụng chất chống dính ☐ Đóng cân các lỗ trocar nếu có nguy cơ thoát vị


CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành Phác đồ điều trị

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay ban hành kèm theo Quyết định này "Hướng dẫn lâm sàng dự phòng và phát hiện sớm tổn thương tiêu hóa trong phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ" (đính kèm).

Điều 2. "Hướng dẫn lâm sàng dự phòng và phát hiện sớm tổn thương tiêu hóa trong phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ" là tài liệu chuyên môn chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn tại Bệnh viện Từ Dũ.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng khoa liên quan và các nhân viên y tế liên quan có trách nhiệm thi hành quyết định này kể từ ngày ký./.

GIÁM ĐỐC

Ngày 27/9/2024: ban hành Hướng dẫn lâm sàng dự phòng và phát hiện sớm tổn thương tiêu hóa trong PTNS tại BVTD

FVCOG2024

DỰ PHÒNG NHIỄM TRÙNG

SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Số: 1618/QyĐ-BVTD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 22 tháng 6 năm 2022

QUY ĐỊNH
Về việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sản phụ khoa.

SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Số: 283/TB-BVTD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 01 tháng 02 năm 2024

THÔNG BÁO
Về việc cập nhật sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật lấy thai.

FVCOG2024

5. KẾT LUẬN

- ✓ Dính thường hình thành sau PT vùng bụng/chậu, là phản ứng thường gặp đối với tổn thương bề mặt phúc mạc trong quá trình PT.
- ✓ Hậu quả: Đau bụng mãn tính,Vô sinh nữ, Tắc ruột do dính, **Khó khăn trong các PT lần sau (không thể vào khoang PM, thủng ruột, bàng quang...)**
- ✓ Phân độ: VMC dính nhẹ, trung bình, nặng
- ✓ Dự phòng: PT xâm lấn tối thiểu (ưu tiên PTNS), hạn chế can thiệp BTC, ERAS, gel (hàng rào) chống dính
- ✓ Xử trí: Chọn đường vào bụng ít nguy cơ nhất, xâm lấn tối thiểu, ưu tiên gở dính bằng DC sắc, hạn chế dao đốt, gở dính đúng GPH, hướng về tạng ít quan trọng hơn.


53
TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

VIÊN ĐẶT ÂM ĐẠO

Fluomizin®

Dequalinium chloride 10 mg

medinova
SWITZERLAND





Giảm tiết dịch và giảm viêm rõ rệt

Trong vòng 24 – 72 Giờ



Số Giấy xác nhận nội dung quảng cáo thuốc của Bộ y Tế: 154/2019/XNQC/QLD. Ngày in tài liệu: ngày 10 tháng 09 năm 2022
Tài liệu này có 2 trang, phần thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2



ThS.BS ĐÀM THỊ QUỲNH LIÊN

Phó Trưởng khoa Phụ ngoại - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1998: Bác sĩ Đa khoa - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2003: Thạc sĩ Chuyên nghành Sản khoa - Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 02/2016: Phó trưởng khoa - Khoa Phụ Ngoại, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 04/2004 – nay: Giảng viên - Bộ môn Phụ sản, trườn Đại học Y Hà Nội
- 05/2003 – nay: Bác sỹ - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 05/2003 – 03/2004: Giảng viên hợp đồng - Bộ môn Phụ sản, trường Đại học Y Hà Nội

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Là tác giả, đồng tác giả 13 bài báo báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế
- Tham gia 3 đề tài khoa học cấp quốc gia, cơ sở và nhánh nhiệm vụ của các nước Đông Nam Á

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2020: Đạt giải nhì với bài báo "Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật LEEP điều trị tổn thương tiền ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương" tại Hội nghị khoa học nghiên cứu sinh, Đại học Y Hà Nội.
- 2003: Đạt giải nhất với đề tài "Ứng dụng đèn soi mô trong kiểm tra bệnh phẩm sau khi hút thai" tại Hội thao Kỹ thuật sáng tạo tuổi trẻ ngành Y tế khu vực Hà Nội lần thứ XIX.

FVCOG2024

CHỬA VẾT MỔ
Cập nhật chẩn đoán, phân loại và quản lý

Ths.BS. Đàm Thị Quỳnh Liên

Phó Trưởng khoa Phụ ngoại
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

FVCOG2024

MỞ ĐẦU

✓ Mổ lấy thai (MLT) là một trong những phẫu thuật hàng đầu trên toàn cầu và tần suất vẫn tiếp tục tăng cao. Ước tính vào năm 2030 tỷ lệ MLT chung trên toàn cầu là 28,5% và ở Đông Á lên tới 63,4%.

✓ Phụ nữ có sẹo MLT cũ sẽ có nguy cơ cao các biến chứng gây chảy máu ÂĐ đe dọa tính mạng mẹ ở thai kỳ sau như chửa vết mổ (CVM), rau tiền đạo và rau cài răng lược, vỡ TC trong khi mang thai...

✓CVM xảy ra khi thai làm tổ trên vết sẹo TC hoặc trong hốc (khuyết) sau khi sinh mổ trước đó.

MỞ ĐẦU

✓ Mặc dù CVM thường được cân nhắc để chấm dứt thai kỳ nhưng có một số trường hợp CVM tiến triển thành thai trong tử cung và sinh con khỏe mạnh.

✓ Việc chẩn đoán, phân loại CVM là rất quan trọng và cần thiết để tiên đoán nguy cơ của thai kỳ và tư vấn nên chấm dứt hay tiếp tục mang thai.

✓ Tuy nhiên, trên thế giới chưa đồng thuận thống nhất nào cho chẩn đoán, phân loại, xử trí, quản lý CVM.

CƠ CHẾ BỆNH SINH

✓ Nguồn gốc bệnh sinh vì sao sự lành sẹo cơ TC ở một số thai phụ không bình thường vẫn chưa được hiểu rõ.

✓ Các bằng chứng gần đây trên mô học không ủng hộ giả thuyết “rau xâm lấn như ung thư” trong CVM/ Rau cài răng lược

FVCOG2024

CƠ CHẾ BỆNH SINH

❖ **Các nghiên cứu gần đây ủng hộ giả thuyết:**

✓ Sự làm tổ bất thường trên khuyết sẹo,

✓ Sự tiến triển của nứt tử cung, và

✓ Sự tái cấu trúc cơ tử cung không bình thường là nguồn gốc bệnh sinh cho CVM-RCRL

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

CHẨN ĐOÁN, PHÂN LOẠI CHỬA VẾT MỔ

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

CHẨN ĐOÁN

✓ Trên lâm sàng triệu chứng CVM rất nghèo nàn.

✓ Chủ yếu được chẩn đoán dựa vào hình ảnh trên SÂ

✓ Trước năm 2022: chưa có hướng dẫn chuẩn hóa nào về cách xác định vị trí túi ối liên quan đến sẹo mổ lấy thai ở giai đoạn đầu thai kỳ trên siêu âm.

✓ Quy trình Delphi (năm 2022) đã được tiến hành để đạt được sự đồng thuận trong chẩn đoán và phân loại trên siêu âm cho CVM ở giai đoạn đầu thai kỳ.

FVCOG2024

QUY TRÌNH DELPHI

✓ Bước 1: Tìm kiếm có hệ thống tài liệu có sẵn về CVM và xác định 58 mục có liên quan và xây dựng bảng câu hỏi đầu tiên.

✓ Bước 2: Các chuyên gia tham gia trả lời các bảng câu hỏi. Có 4 vòng Delphi được thực hiện, bảng câu hỏi lặp lại; sau mỗi vòng, các câu trả lời được phân tích cho đến khi tất cả các mục đạt được sự đồng thuận (mức độ đồng thuận ít nhất 70% cho mỗi mục).

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

ĐỒNG THUẬN DELPHI

❖ Các câu hỏi liên quan đến:

1. Định nghĩa CVM và một số thuật ngữ liên quan...
2. Tiêu chuẩn chẩn đoán CVM
3. Thời điểm tối ưu chẩn đoán CVM
4. Phân loại dựa trên vị trí CVM
5. Giá trị của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán CVM.
6. Giá trị của MRI trong đánh giá và chẩn đoán CVM.
7. ...

FVCOG2024

ĐỒNG THUẬN VỀ ĐỊNH NGHĨA CVM

✓ 94% chuyên gia đồng thuận rằng CVM bao gồm tất cả các trường hợp túi thai và/hoặc rau thai nằm trong hoặc tiếp xúc gần với hốc (khuyết) ở sẹo MLT.

✓ Các chuyên gia cũng đồng ý rằng CVM chỉ có thể xảy ra khi có hốc (khuyết) ở sẹo MLT chứ không liên quan đến sẹo MLT đã lành.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN CVM

1. Buồng TC, ống CTC rỗng
2. Túi thai / khối rau thai làm tổ ở khuyết sẹo
3. Túi thai hình tam giác (<8 tuần), bầu dục (> 8 tuần) lấp kín khuyết sẹo.
4. Lớp cơ giữa túi thai và bàng quang mỏng (1-3mm) hoặc mất.
5. Vòng tuần hoàn/ Doppler màu
6. Hiện diện của túi noãn hoàng, phôi, thai có/không tim

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy (2020)

THỜI ĐIỂM TỐI ƯU CHẨN ĐOÁN CVM

✓ Đồng thuận Delphi nhất trí rằng tuổi thai tối ưu để chẩn đoán CVM là 6–7 tuần (88–94% đồng ý).

✓ 80% chuyên gia đồng thuận là sử dụng SA đường âm đạo để chẩn đoán CVM.

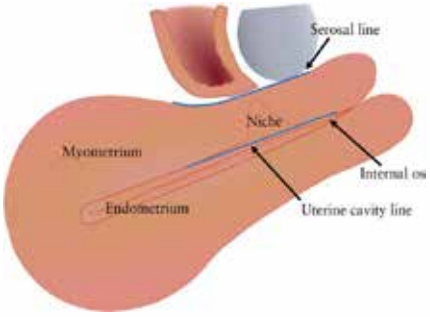
✓ SA sàng lọc CVM cho tất cả các thai phụ có tiền sử CVM hoặc có sẹo MLT cũ.

✓ SÂ cần đánh giá: kích thước túi thai, mạch máu, liên quan với động mạch TC, độ dày của cơ TC còn lại và vị trí của túi thai liên quan đến khoang TC và thanh mạc.

FVCOG2024

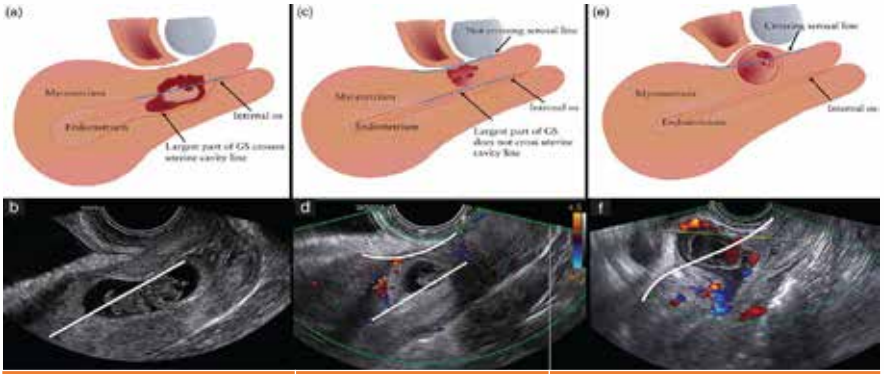
PHÂN LOẠI CVM

Có sự đồng thuận (94%) về việc phân loại CVM tùy thuộc vào vị trí của túi thai so với hai đường tưởng tượng: "đường khoang nội mạc là đường tại điểm chuyển tiếp của nội mạc tử cung và cơ tử cung" và/hoặc "đường thanh mạc – là đường tưởng tượng ở bờ ngoài của cơ tử cung"



FVCOG2024

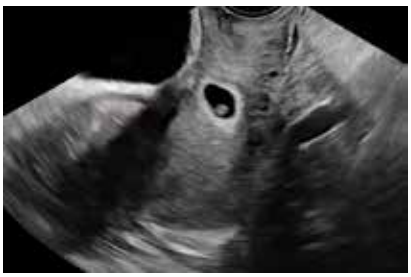
PHÂN LOẠI CVM (Có thể thay đổi theo thời gian)



Loại 1: phần lớn túi ối nằm dưới đường khoang nội mạc (nằm về phía khoang TC)	Loại 2: Phần lớn túi thai nằm trên đường khoang niêm mạc và không vượt qua đường thanh mạc	Loại 3: Phần lớn túi thai vượt qua đường thanh mạc, thai được bao phủ bởi một lớp mỏng của phúc mạc và lồi về phía bàng quang hoặc vào dây chằng rộng

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

HÌNH ẢNH CVM





SIÊU ÂM DOPPLER TRONG CVM

✓ Giúp tiên lượng điều trị.

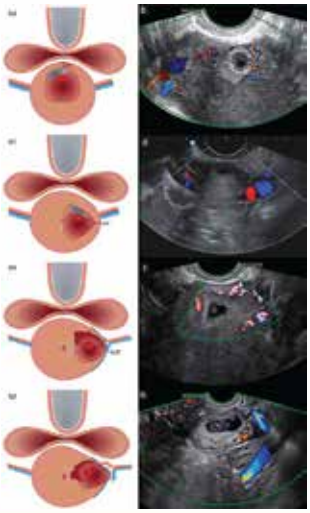
✓ Giúp nhận biết CVM và phân biệt CVM với thai làm tổ thấp hoặc sảy thai tiến triển hay chửa ống CTC.

✓ 80% chuyên gia đồng thuận: Khi nghi ngờ CVM thì nên làm SÂ Doppler đánh giá sự tăng sinh mạch máu ở xung quanh túi thai và sự liên quan của túi thai và động mạch tử cung (ở mặt phẳng ngang).

✓ Có nhiều bằng chứng các dấu hiệu của rau cài răng lược ở SA quý 1.

FVCOG2024

SÂ DOPPLER MẶT PHẲNG NẰM NGANG



(a, b) Vị trí trung bình của CVM, túi ối cách xa động mạch TC.

(c, d) Vị trí lệch tâm của CVM, bờ túi ối gần nhưng vẫn còn khoảng cách với động mạch TC.

(e, f) Vị trí của CVM sát động mạch TC nhưng vẫn còn lớp thanh mạc.

(g, h) Vị trí của CVM xâm lấn vào động mạch TC, không còn lớp cơ tử cung và lớp thanh mạc.

FVCOG2024

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- ✓ **Thai làm tổ thấp**
- ✓ **Thai ở ống CTC**
- ✓ **Sẩy thai tiến triển**

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

THAI LÀM TỔ THẤP

Thai làm tổ thấp được định nghĩa là bất kỳ thai nào làm tổ gần ngách/sẹo mổ lấy thai mà không tiếp xúc trực tiếp với sẹo mổ. "Thai làm tổ thấp" không phải là CVM (94% đồng ý)

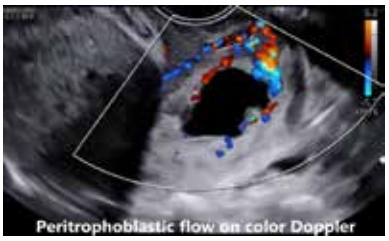


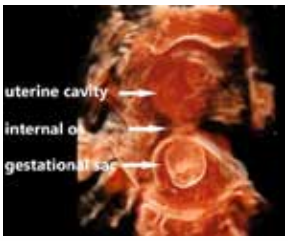
"Khoảng cách A" là khoảng cách giữa ranh giới gần nhất của khuyết sẹo tử cung và ranh giới xa nhất của túi thai

THAI Ở CỔ TỬ CUNG

Túi thai trong ống cổ, phía dưới lỗ trong, đoạn ống cổ phòng to







FVCOG2024

THAI Ở CỔ TỬ CUNG



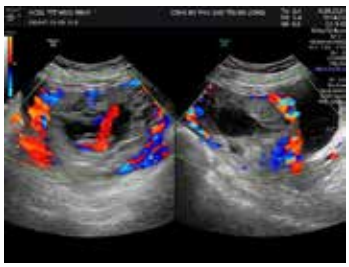
FVCOG2024

DẤU HIỆU RAU CÀI RĂNG LƯỢC TRONG QUÝ I THAI KỲ

✓ Bánh rau có nhiều vùng phản âm trống lớn, bờ không đều, bên trong có dòng chảy xoáy trên 2D/Doppler (Lacunae).

✓ Mất vùng phản âm kém sau rau, cơ tử cung mỏng, tăng sinh mạch máu trên Doppler màu.





Nguồn ảnh: Bs Chi Mai – khoa CĐHA BV PSTW

QUẢN LÝ CHỬA VẾT MỔ

SÀNG LỌC

❖ **Tất cả các Bs khi khám, siêu âm thai cần tự hỏi 2 câu:**

1. Thai phụ có tiền sử mổ lấy thai không?
2. Túi thai, rau thai có nằm thấp trong BTC không?

✓ Nếu cả hai câu đều trả lời có, thai phụ nên được xem là nhóm có nguy cơ cao CVM và được chuyển đến trung tâm chuyên sâu quản lý CVM.

FVCOG2024

HƯỚNG XỬ TRÍ

✓ Có nhiều phương pháp điều trị CVM nhưng chưa có đồng thuận phương pháp nào là ưu việt nhất.

✓ Phụ thuộc rất nhiều vào phân loại chửa vết mổ và mong muốn của thai phụ.

FVCOG2024

CVM LOẠI 1



✓ **Loại 1:** Chửa vết mổ trong đó phần lớn túi ối nằm dưới đường khoang nội mạc.

✓ Có thể giữ thai nếu thai phụ mong ước và chấp nhận nguy cơ RTĐ, RCRL và cần được theo dõi và quản lý thai chặt chẽ.

✓ Nếu thai phụ không muốn giữ thai thì có thể hút thai.

CVM LOẠI 2

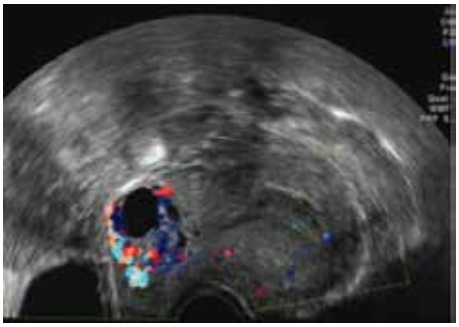


✓ **Loại 2:** Phần lớn túi thai nằm trên đường khoang niêm mạc và không vượt qua đường thanh mạc.

✓ Có nguy cơ xuất huyết âm đạo ồ ạt, nguy cơ vỡ tử cung sớm, nguy cơ RTĐ, RCRL…

✓ Xử trí: Có thể hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, +/- đặt bóng chèn hoặc khâu CTC tạm thời.

CVM LOẠI 3



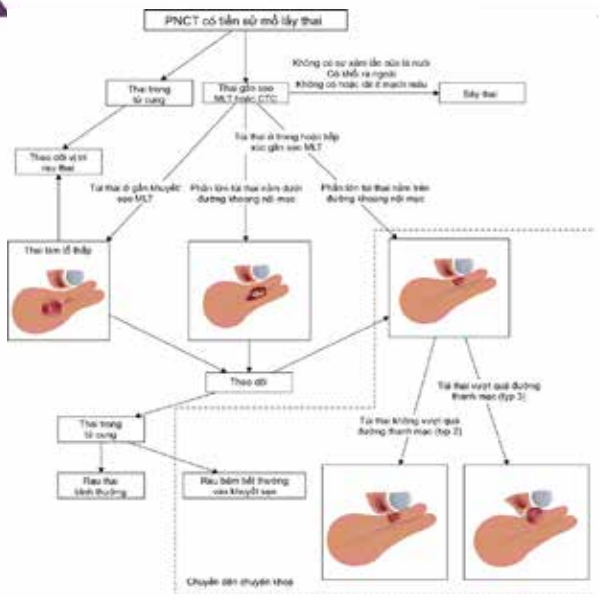
✓ **Loại 3**: Phần lớn túi thai vượt qua đường thanh mạc, thai được bao phủ bởi một lớp mỏng của phúc mạc và lồi về phía bàng quang hoặc vào dây chằng rộng.

✓ Có nguy cơ xuất huyết âm đạo ồ ạt, nguy cơ vỡ tử cung sớm rất cao…

✓ Xử trí: Mổ lấy khối thai, +/- nút mạch tử cung trước phẫu thuật.

FVCOG2024

QUẢN LÝ CVM



Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method

LỜI CẢM ƠN

Xin chân thành cảm ơn
sự chú ý lắng nghe của quý đồng nghiệp!

HAIFU MEDICAL

Haifu® FOCUSED ULTRASOUND TUMOR THERAPEUTIC SYSTEM



International application data of USgHIFU of HAIFU medical

31 countries and regions
300+ end user centers
240,000+ treated patients
(2012-2022)



Model JC300



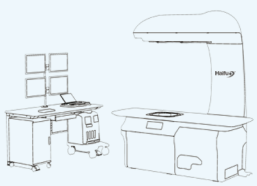
Model JC200

INDICATIONS

Being tumors:
Uterine fibroids
Adenomyosis
Breast fibroadenoma
Placenta accreta

Malignant tumors:
Liver cancer
Pancreatic cancer
Osteosarcoma
Breast cancer

Haifu Medical
sales@hifu.cn
+86-23-6788 6799/6788 6195
www.haifumedical.com
No. 359 Jingdongfang Avenue, Beibei District, Chongqing, China.



HAIFU MEDICAL

Haifu® FOCUSED ULTRASOUND TUMOR THERAPEUTIC SYSTEM

WHAT IS HIFU?

The principle of HIFU treatment involves using ultrasound' s ability to penetrate human skin and organs without harming these structures in the process. The ultrasound beams are generated outside of the human body and can be converted from mechanical energy to thermal energy, ultimately targeting a specific part of a tumor inside the human body, achieving noninvasive treatment.

ADVANTAGES

Noninvasive, scarless, no bleeding

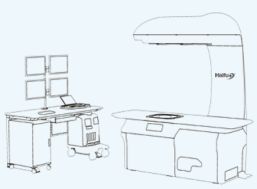
Lower complication rate comparing with open surgery and laparoscopic

No general anaesthesia for uterine fibroids and adenomyosis.
Only sedation and analgesia

Shorter hospital stay and faster recovery. Uterine fibroids and adenomyosis patients can go home 6-8

Fertility function better preserved. Women with fertility desire benefit the most from HIFU treatment because they do not need to wait for their uterus to heal completely

CÔNG TY TNHH TERMINIUS HEALTHCARE VIETNAM
越南锻锐医疗器械有限公司
Tel:+84 936898994 /+84 906628122
Add: 13, 11th street, Phu My Ward, District 7, Ho Chi Minh City





TS.BS NGUYỄN KHÁNH DƯƠNG

Trưởng Khoa Giải phẫu bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1997 - 2003: Bác sĩ y khoa - chuyên ngành Giải phẫu bệnh Trường Đại học Y Hà Nội
- 2004 - 2006: Thạc sĩ chuyên ngành Giải phẫu bệnhTrường Đại học Y Hà Nội
- 2013 - 2021: Tiến sĩ chuyên ngành Giải phẫu bệnhTrường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2003 - 2004: Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện PSTW
- 2006 - nay: Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện PSTW

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

1. Nguyễn Khánh Dương, Lê Quang Vinh (2010). Nghiên cứu mô bệnh học u cơ nhẵn tử cung lành tính. Tạp chí Y học thực hành, 10(739), 107-110.
2. Nguyễn Khánh Dương, Lê Quang Vinh, Lê Trung Thọ (2011). Một số nhận xét về hình thái ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2006-2010. Tạp chí Y học thực hành, 11(792), 26-29.
3. Nguyễn Khánh Dương, Lê Quang Vinh, Lê Trung Thọ (2012). Tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm hình thái với nồng độ CA125 huyết thanh của ung thư biểu mô buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y học thực hành, 8(837), 55-58.
4. Nguyễn Khánh Dương, Vũ Bá Quyết, Lê Quang Vinh và cộng sự(2014). Nhận xét tỉ lệ các tổn thương cổ tử cung-âm đạo qua xét nghiệm tế bào phụ khoa của 1117 phụ nữ cán bộ công nhân. Tạp chí Y dược Lâm sàng 108, 302.
5. Nguyễn Khánh Dương, Lê Đình Roanh (2017). Khảo sát sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô tuyến buồng trứng. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 461, số đặc biệt chuyên đề Giải phẫu bệnh - Tế bào bệnh học, 377-384.
6. Nguyễn Khánh Dương, Lê Đình Roanh (2018). Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung. Tạp chí Y học Việt Nam, 462(1), 132-136.
7. Nguyễn Khánh Dương, Lê Đình Roanh, Lê Quang Vinh và CS (2019). Khảo sát sự bộc lộ dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô chế nhầy – thanh dịch, ung thư thanh dịch và ung thư chế nhầy buồng trứng. Tạp chí Phụ sản, 16(3), 74-80.
8. Nguyễn Khánh Dương, Phạm Thị Vân Anh, Trần Thị Hải Yến và CS (2020). Mối liên quan giữa típ mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh của ung thư biểu mô nội mạc tử cung. Tạp chí Y học Việt Nam, 495(1), 68-72.
9. Đặng Thị Hồng Thiện, Trần Danh Cường, Nguyễn Khánh Dương và CS (2021). Breus' Mole - khối máu tụ lớn trong bánh nhau gây thiếu máu nặng ở thai phụ có thai 19 tuần. Tạp chí Phụ sản, 19(4), 70-73.
10. Nguyễn Khánh Dương, Nguyễn Đình Quyết, Trần Thị Hải Yến và CS (2021). Mối liên quan giữa loại mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh của ung thư biểu mô buồng trứng. Tạp chí Phụ sản, 19(4), 46-51

FVCOG2024

CINTEC PLUS TRONG PHÂN TẦNG NGUY CƠ VỚI BỆNH NHÂN HPV DƯƠNG TÍNH

TS. Nguyễn Khánh Dương

Trưởng khoa Giải phẫu bệnh

FVCOG2024

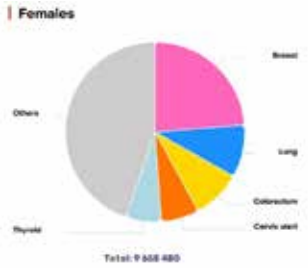
NỘI DUNG

- Ung thư cổ tử cung và các chiến lược sàng lọc để quản lý nguy cơ
- Vai trò phân tầng của xét nghiệm Cintec Plus – Ý nghĩa
- Xét nghiệm nhuộm kép Tế bào học Cintec Plus và các dữ liệu nghiên cứu

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG VẪN CÒN LÀ GÁNH NẶNG



Ung thư cổ tử cung là nguyên nhân gây ung thư đứng thứ 4 ở phụ nữ sau ung thư vú, ung thư đại tràng và ung thư phổi

Số ca mắc toàn cầu	2022	661,021 ca mắc mới	1,348,189 tử vong
Việt Nam	Hàng năm tại Việt Nam	~4,612 ca mắc mới	~2,571 tử vong



Human Papilloma Virus (HPV) được phát hiện ở hơn 99% các trường hợp ung thư cổ tử cung.

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-63
2. SEER Cancer Stat Facts: Cervical Cancer. National Cancer Institute https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html (accessed 10/28/2022)
3. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer (accessed on 10/6/2022)
4. https://www.cdc.gov/healthequity/features/cervical-cancer/index.html (accessed on 10/10/2022)

FVCOG2024

Vòng đời của Human Papillomavirus (HPV)

FVCOG2024

Ung thư cổ tử cung và HPV

Một vài điểm cần nhớ

Rủi ro ở phụ nữ HPV dương tính[2]

Có hơn 200 chủng HPV

14 chủngđược biết là gây ra hầu hết các trường hợp ung thư cổ tử cung

J RX"38"("3: "ꝛ"

⚠

Nhiễm trùng HPV16 và HPV18 có nguy cơ cao hơn nhiều so với 12 kiểu gen khác cộng lại2[2]

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

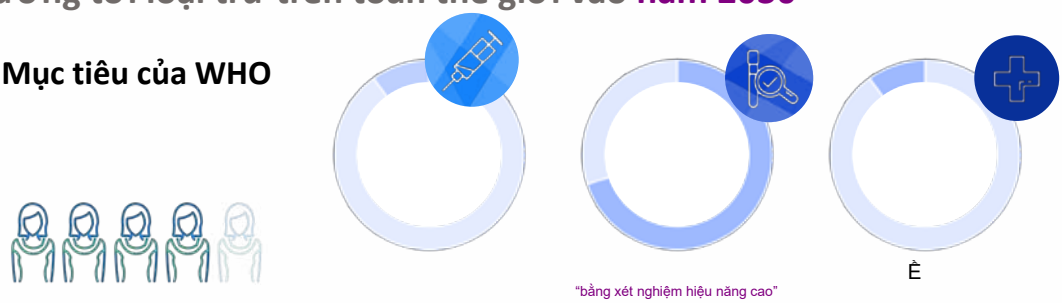
UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GẦN NHƯ

100% phòng ngừa được

với việc tiêm chủng, sàng lọc và điều trị thích hợp[2]

Hướng tới loại trừ trên toàn thế giới vào **năm 2030**

Mục tiêu của WHO



"bằng xét nghiệm hiệu năng cao"

[2] CDC vital signs. CDC 2014. https://www.cdc.gov/vitalsigns/cervical-cancer/index.html. Accessed 4/30/2021

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

NGUYÊN TẮC PHÒNG NGỪA UNG THƯ CỔ TỬ CUNG



Sàng lọc

chính xác



Phân tầng

hiệu quả



Chẩn đoán

Xác định

FVCOG2024

SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

-
-
-

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG BỘ Y TẾ - 2019

-
-
-

FVCOG2024

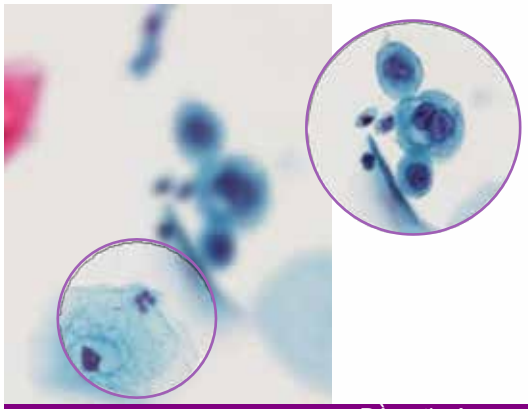
CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Tuổi 21-24			
Tuổi 25-29			
Tuổi 30–65			
Tuổi từ 65 trở lên hoặc sau cắt TCHT			

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

CÁC VẤN ĐỀ CỦA PAP TẾ BÀO HỌC



Đồng thuận trong chẩn đoán

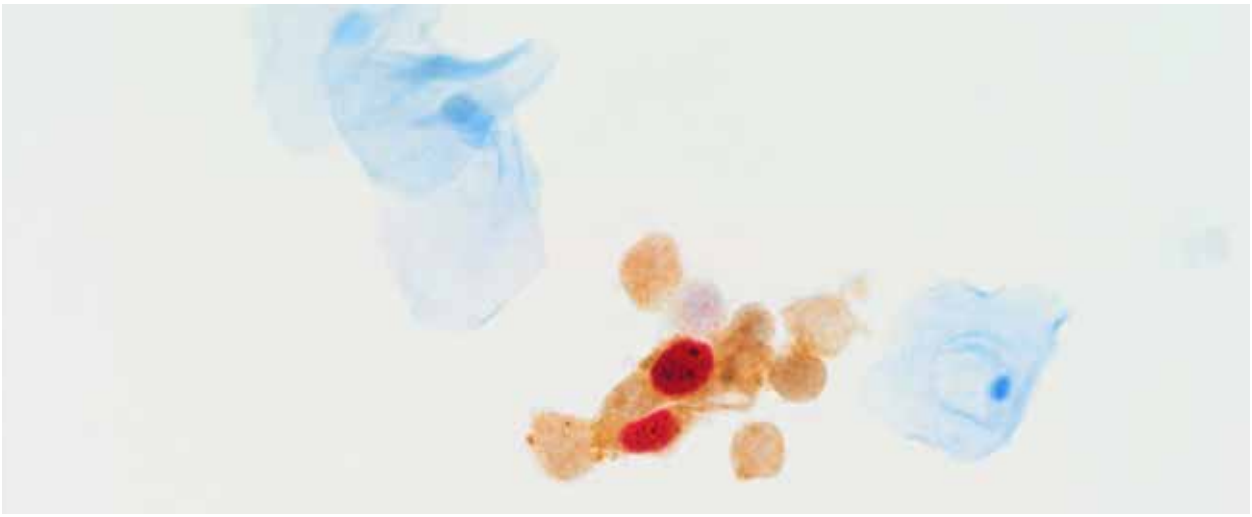
	Bình thường	ASC-US	LSIL	≥HSIL
Bình thường				
ASC-US				
LSIL				
≥HSIL				

Đồng thuận cao về tầm soát dựa trên hình ảnh học.
Pap tế bào học chủ quan, đa dạng trong kết quả dẫn đến không chính xác

FVCOG2024

CÁC VẤN ĐỀ CỦA XÉT NGHIỆM HPV

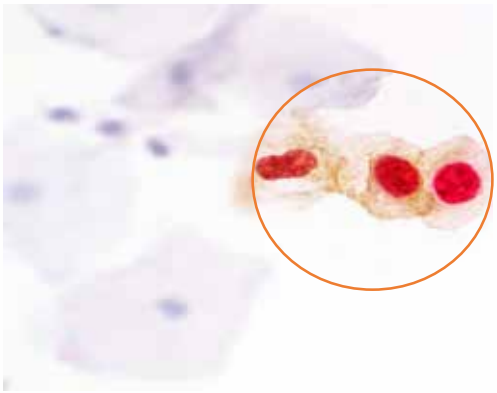
-
-
-



FVCOG2024

P16/ Ki67

- $P16^{INK4a}$ (P16)

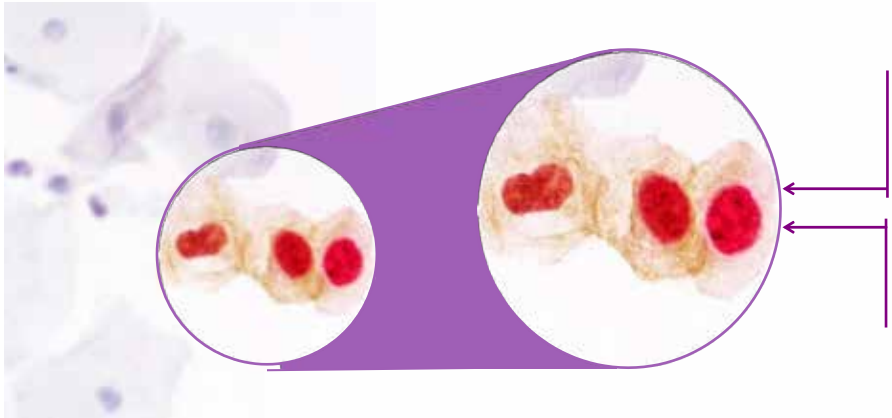


- Ki-67

  - khả năng phát hiện những bệnh nhân bị bỏ sót bởi xét nghiệm tế bào học.
  - chẩn đoán tế bào biểu mô không điển hình (ASC/AGC) hoặc tổn thương nội biểu mô vảy độ thấp (LSIL).

FVCOG2024

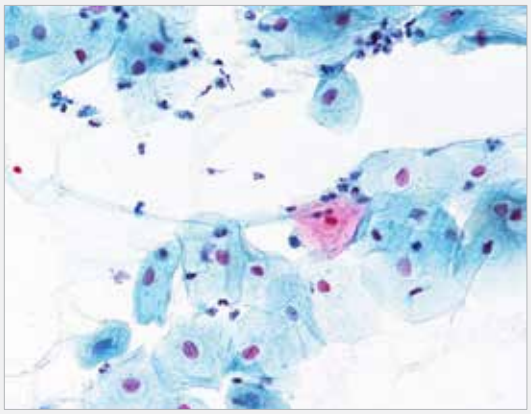
CÔNG CỤ PHÂN TẦNG BẰNG TẾ BÀO HỌC: NHUỘM KÉP P16 VÀ KI-67

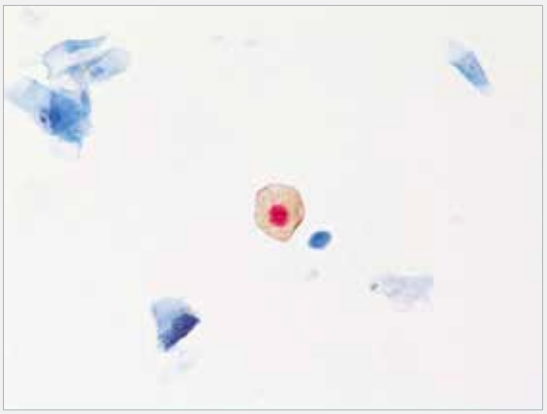


Dấu ấn sinh học đồng biểu hiện p16 và Ki-67 trong tế bào CTC xác định có hiện diện sự chuyển dạng trong việc nhiễm HPV

FVCOG2024

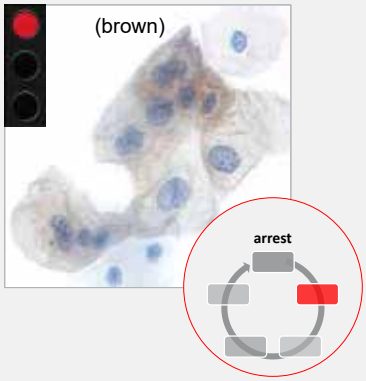
NHUỘM KÉP PHÁT TRIỂN TRÊN TẾ BÀO HỌC BẰNG VIỆC ĐƯA VÀO CÁC DẤU ẤN SINH HỌC





NHUỘM KÉP ĐEM LẠI SỰ RÕ RÀNG

Nhuộm kép âm tính



FVCOG2024

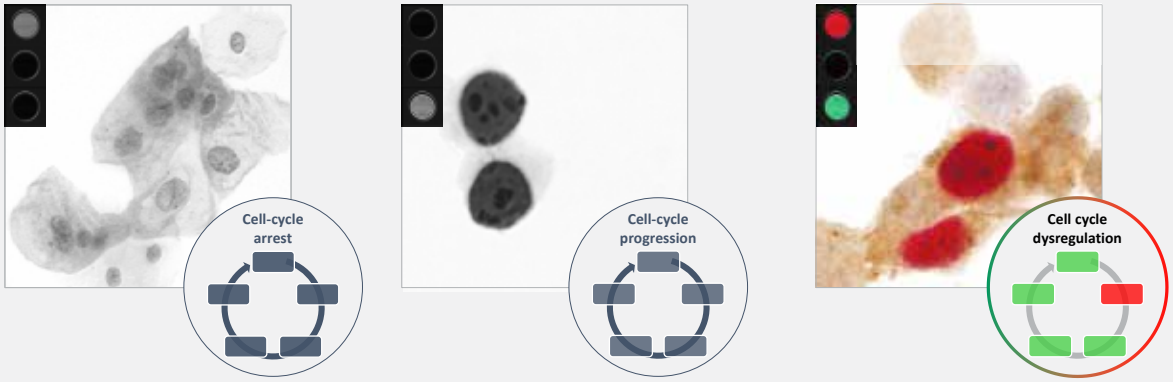
NHUỘM KÉP ĐEM LẠI SỰ RÕ RÀNG



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

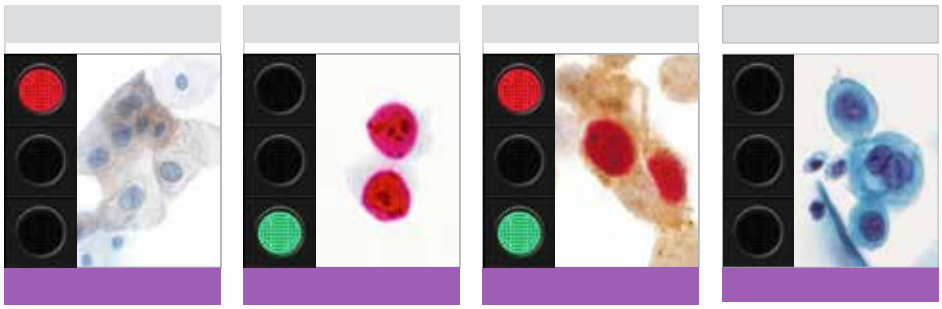
FVCOG2024

NHUỘM KÉP ĐEM LẠI SỰ RÕ RÀNG



FVCOG2024

NHUỘM KÉP TẾ BÀO HỌC: ĐÁNH GIÁ KHÁCH QUAN TRONG PHÂN TẦNG NGUY CƠ



TỐI ƯU HÓA PHÂN LOẠI VỚI NHUỘM KÉP TẾ BÀO HỌC

AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ PHÂN TẦNG VỚI TẾ BÀO HỌC NHUỘM KÉP

GửiỮĐ

FVCOG2024

NHUỘM KÉP ĐƯỢC HỖ TRỢ BỞI DỮ LIỆU LÂM SÀNG MẠNH[1]

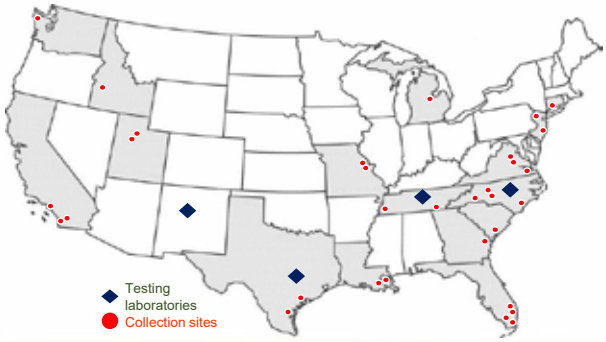
Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng IMPACT quy mô lớn tại Hoa Kỳ đã dẫn đến sự chấp thuận của FDA vào năm 2020[2]

IMPACT
IMproving Primary screening And Colposcopy Triage

¢ 57.222

5,000 Đối tượng HPV dương tính

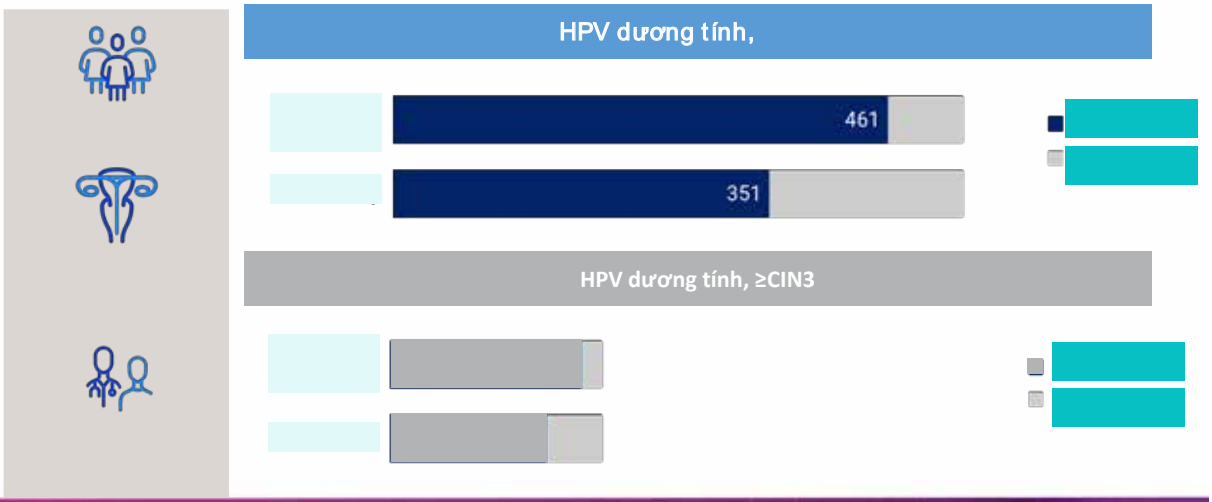
Các ca ≥CIN2



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

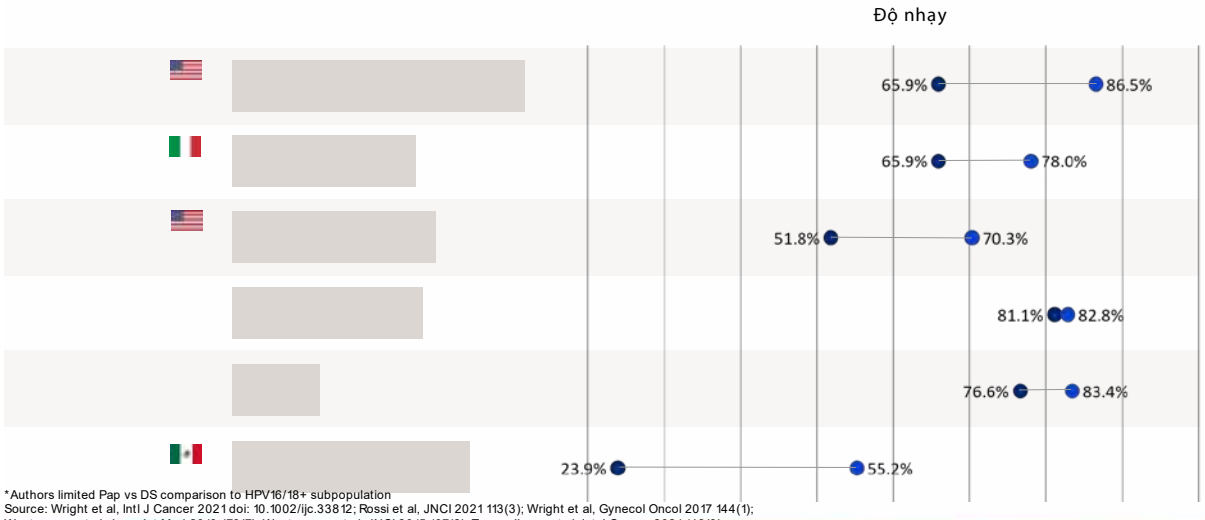
PHƯƠNG PHÁP NHUỘM KÉP CÓ LỢI HƠN PAP TRONG VIỆC PHÁT HIỆN BỆNH LÝ CỦA TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

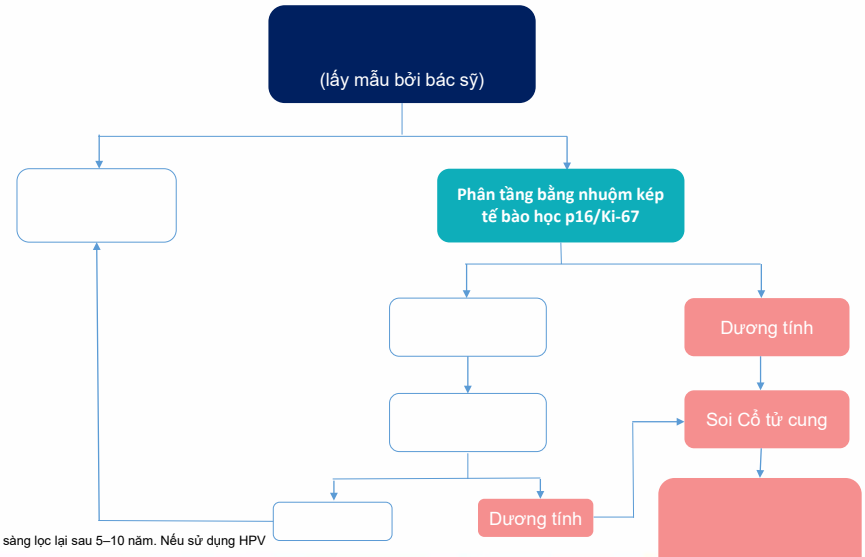
NHUỘM KÉP LUÔN VƯỢT TRỘI HƠN PAP TRONG CÁC NGHIÊN CỨU LỚN ĐỂ PHÂN TẦNG PHỤ NỮ NHIỄM HPV (+)



*Authors limited Pap vs DS comparison to HPV16/18+ subpopulation
Source: Wright et al, Intl J Cancer 2021 doi: 10.1002/ijc.33812; Rossi et al, JNCI 2021 113(3); Wright et al, Gynecol Oncol 2017 144(1); Wentzensen et al, Jama Int Med 2019 179(7); Wentzensen et al, JNCI 2015 107(2); Torres-Ibarra et al, Int J Cancer 2021 148(9)

FVCOG2024

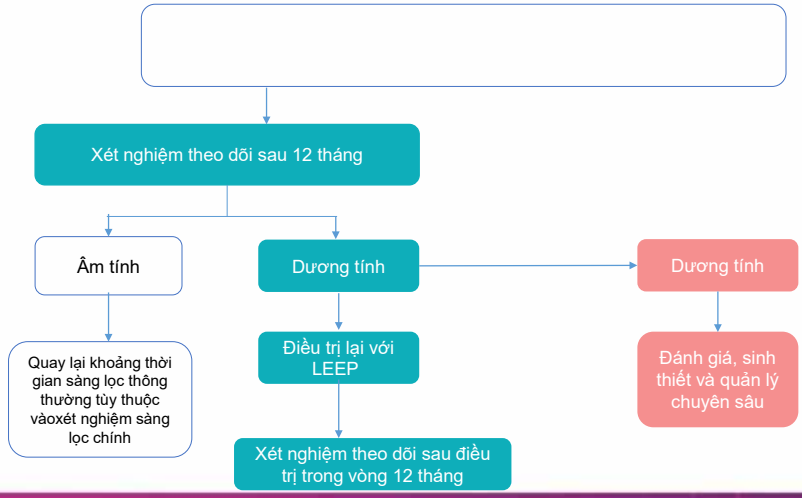
Dành cho nhóm phụ nữ chung



Nếu sử dụng xét nghiệm axit nucleic DNA HPV (NAT), sàng lọc lại sau 5–10 năm. Nếu sử dụng HPV mRNA NAT, sàng lọc lại sau 5 năm.

FVCOG2024

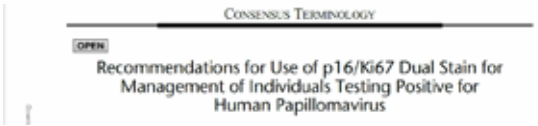
Đối với nhóm phụ nữ chung

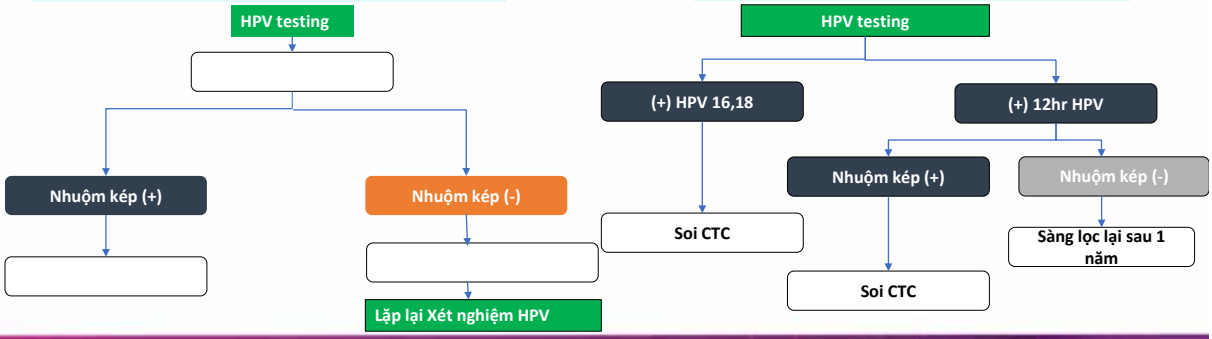


AIS: ung thư biểu mô tuyến cổ tử cung tại chỗ; CIN: tân sản nội biểu mô cổ tử cung; LEEP: thủ thuật cắt bỏ các tổn thương tiền ung thư tại cổ tử cung bằng vòng điện.
Trong trường hợp không có LEEP, hãy sử dụng liệu pháp áp lạnh hoặc cắt bỏ bằng nhiệt để điều trị lại, nếu đủ điều kiện.
Nguồn: Hướng dẫn của WHO về sàng lọc và điều trị các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung để phòng ngừa ung thư cổ tử cung, ấn bản thứ hai: sử dụng xét nghiệm mRNA để phát hiện vi-rút papilloma ở người (HPV). Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/350652). Xem Phụ lục 4.

FVCOG2024

HƯỚNG DẪN ASCCP – HIỆP HỘI SOI CỔ TỬ CUNG HOA KÌ





KẾT LUẬN

-
- p16 và Ki-67
- p16 và Ki-67
- p16 và Ki-67
- p16 và Ki-67

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

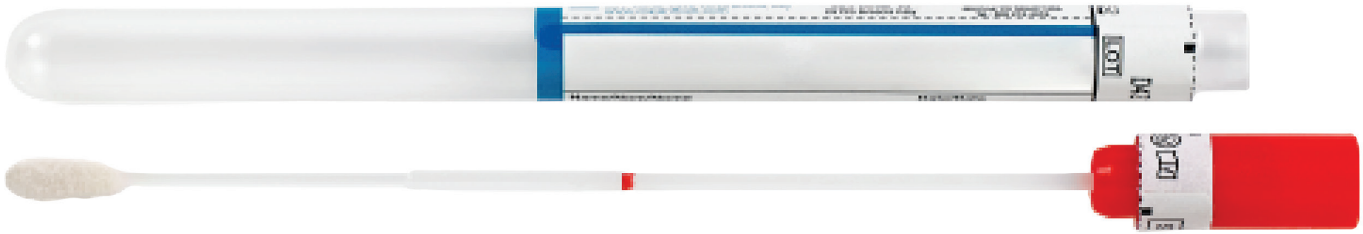
Hướng dẫn cách tự lấy mẫu bệnh phẩm âm đạo để thực hiện xét nghiệm HPV DNA

Hãy xét nghiệm HPV DNA ngay hôm nay

Ung thư cổ tử cung là một trong những bệnh ung thư dễ phòng ngừa nhất[1].

5 lợi ích của việc tự lấy mẫu bệnh phẩm âm đạo để thực hiện xét nghiệm HPV DNA

- **Đơn giản**
- **Nhanh chóng**
- **Không đau**
- **Chủ động**
- **Hiệu quả**

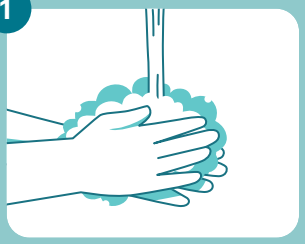


** Hình ảnh kích thước gần đúng với thực tế*

Quét mã

VIDEO HDSD

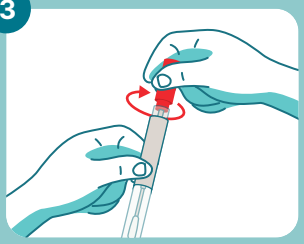
Lấy mẫu bệnh phẩm âm đạo trong phòng khám có không gian riêng tư



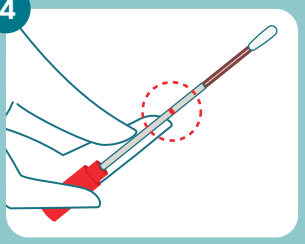
1. Rửa tay với xà phòng



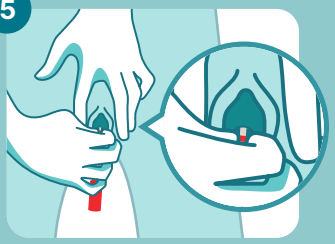
2. Đứng ở tư thế thoải mái



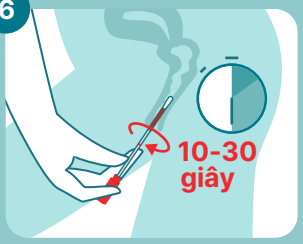
3. Vặn nắp lấy que tăm bông ra khỏi ống



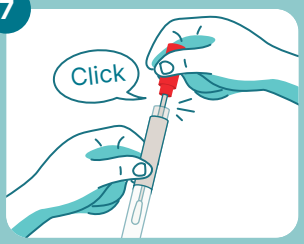
4. Đầu ngón tay giữ que ở vạch đỏ



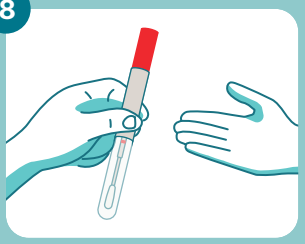
5. Đưa que tăm bông vào âm đạo cho đến khi đầu ngón tay chạm âm đạo



6. Xoay que tăm bông trong 10-30 giây. Sau đó rút que ra khỏi âm đạo



7. Bỏ que tăm bông vào lại ống, ấn chặt



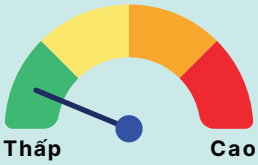
8. Gửi lại ống cho Nhân viên Y tế

Kết quả xét nghiệm HPV DNA:

ÂM TÍNH

Nguy cơ thấp sang Ung thư cổ tử cung.

Nguy cơ Ung thư cổ tử cung



DƯƠNG TÍNH

Phát hiện nguy cơ Ung thư cổ tử cung. Làm theo tư vấn của bác sỹ về các bước tiếp theo cần thực hiện.

Nguy cơ Ung thư cổ tử cung



Nguồn: 1. National Library of Medicine. "Elimination of cervical cancer: challenges for developing countries". https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31921346/

PHIÊN 2C



PGS.TS
VŨ VĂN TÂM

Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng -
Trưởng bộ môn Phụ sản - Trường Đại học y dược Hải Phòng

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 9/1984 - 7/1990: Bác sỹ đa khoa - Phân hiệu Trường Đại học Y Hải Phòng
- 9/1998 - 11/2000: Thạc sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa - Trường Đại học Y Hà Nội
- 9/2006 - 11/2010: Tiến sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa - Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1990 – 1996: Khoa Phụ nội, Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng
- 1996-2010: Phó Trưởng Khoa Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng
- 2011- 2014: Phó giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng
- 2015- nay: Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng
- 2019 - nay: Trưởng bộ môn Phụ sản (kiêm nhiệm) - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả 29 bài báo báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế.
- Tham gia 07 đề tài khoa học các cấp; 02 cuốn sách, giáo trình đã được xuất bản.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- Giải nhì Hội thi sáng tạo kĩ thuật Thành phố Hải Phòng lần thứ hai năm 2018-2019, công trình "Nghiên cứu đánh giá quy trình chọc hút hoãn lần hai trong cùng một chu kỳ tại trung tâm hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng"
- Giải nhất Hội thi sáng tạo kĩ thuật Thành phố Hải Phòng lần thứ ba năm 2020-2021, công trình "Ứng dụng phương pháp truyền ối điều trị thiểu ối tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng"
- Giải ba Hội thi sáng tạo kĩ thuật Thành phố Hải Phòng lần thứ ba năm 2020-2021, công trình "Can thiệp nút mạch gây tắc động mạch tử cung kết hợp nạo hút thai và phẫu thuật nội soi điều trị chửa sẹo mổ lấy thai"
- Giải nhất Hội thi sáng tạo kĩ thuật Thành phố Hải Phòng lần thứ tư năm 2022-2023, công trình "Nghiên cứu ứng dụng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trên các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng".

FVCOG2024

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

PGS.TS.BS. Vũ Văn Tâm

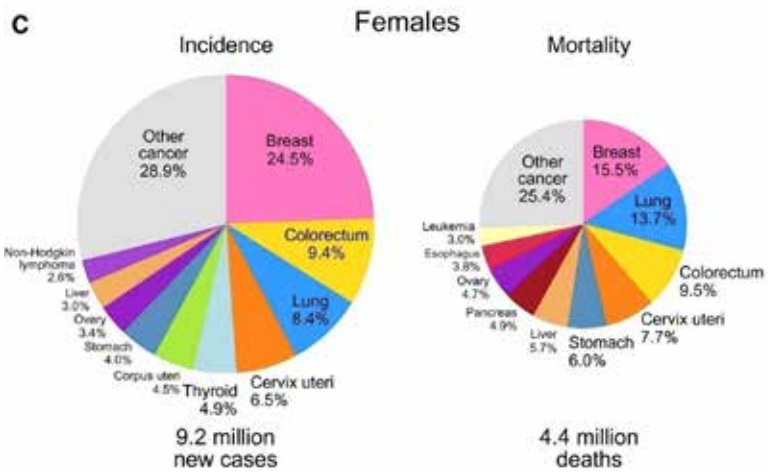
Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng



05/2024 1

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ



Tỷ lệ mắc mới và tử vong của các loại ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới năm 2020

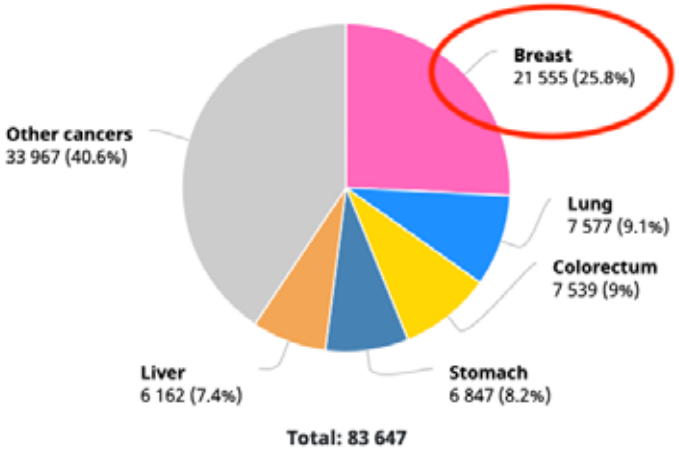
Theo thống kê của Cơ quan Nghiên cứu Quốc tế về Ung thư (IARC)

GLOBOCAN 2020. doi: 10.3322/caac.21660.

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ





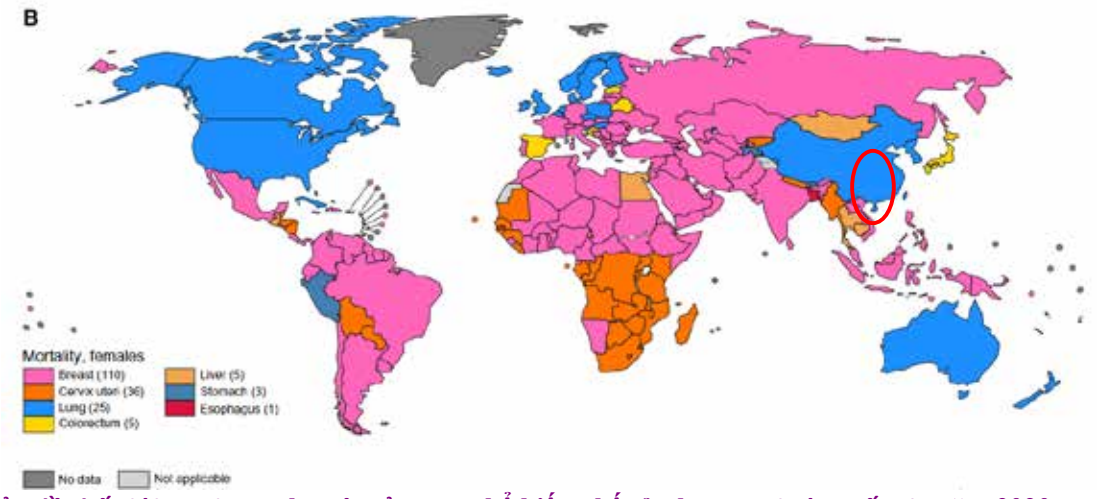
Tỷ lệ mắc mới các loại ung thư ở phụ nữ Việt Nam năm 2020

Theo thống kê của Cơ quan Nghiên cứu Quốc tế về Ung thư (IARC)

GLOBOCAN 2020

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ



Bản đồ thế giới: Loại ung thư gây tử vong phổ biến nhất ở phụ nữ tại các quốc gia năm 2020 4

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

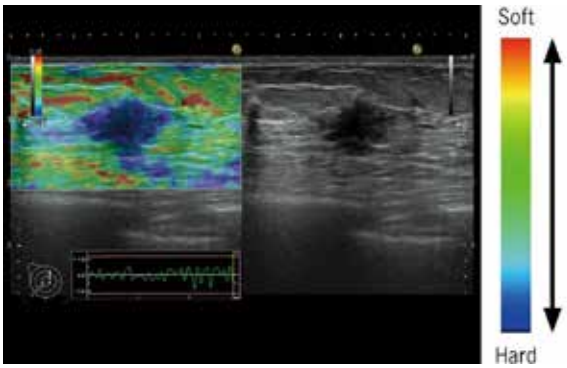
ĐẶT VẤN ĐỀ

CHẨN ĐOÁN SỚM UNG THƯ VÚ

5

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ



SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ

- ✓ **Không xâm lấn**
- ✓ Tính **cơ động cao**
- ✓ Không gây độc hại cho người bệnh.
- ✓ Thông tin và hình ảnh **đa chiều** về khối u.
- ✓ Đưa ra **bản đồ đàn hồi** vùng nhu mô vú chứa tổn thương.
- ✓ Đánh giá trực tiếp **độ cứng** của tổn thương.
- ✓ **So sánh độ cứng** của tổn thương với mô xung quanh.
- ✓ Nhận biết **chính xác sự xâm lấn** của tổn thương.

6

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ





HỆ THỐNG QUÉT KHỐI 3D NHŨ TỰ ĐỘNG TÍCH HỢP SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ ARFI TẠI BV PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

7

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN







1980

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA)

- Đô nhạy, độ đặc hiệu thấp
- 3,5-11% không đủ tế bào để chẩn đoán

1990

Sinh thiết lõi (CNB)

- Đánh giá hình thái của tế bào
- Không đủ ở những phụ nữ có mô vú dày đặc

1995

Sinh thiết vú có hỗ trợ chân không (VABB)

- Lấy được nhiều mô hơn
- Lấy tế bào ở tổn thương dạng vi vôi hóa trên chụp quang tuyến vú nhưng không nhìn thấy được trên siêu âm

Park and etal. doi: 10.3978/j.issn.2227-684X.2014.02.03

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

TỔNG QUAN

Future of breast elastography

Richard Gary Barr[1,2]

[1]Department of Radiology, Northeastern Ohio Medical University, Rootstown, OH; [2]Southwoods Imaging, Youngstown, OH, USA

ULTRA SONO GRAPHY

NGHIÊN CỨU PHÂN TÍCH GỘP 3 LOẠI TRẠNG THÁI SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ

Phương pháp	Độ nhạy (95%CI)	Độ đặc hiệu (95% CI)	LRP (95%CI)	LRN (95%CI)	SROC (95%CI)
E/B	96 (94-98)	88 (85-89)	7,1 (4,8-10,6)	0,03 (0-0,28)	0,91 (0,87-0,95)
Màu 5 điểm (Tsukuba)	77 (76-70)	87 (87-88)	5,3 (4,4-6,3)	0,24 (0,19-0,31)	0,90 (0,88-0,92)
Tỷ lệ biến dạng	87 (85-89)	81 (79-83)	4,8 (3,6-6,3)	0,16 (0,11-0,23)	0,92 (0,88-0,96)

LRP, tỷ số khả dĩ; E/B, tỷ lệ độ dài trên SA đàn hồi mô so với B mode.

doi: 10.14366/usg.18053

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

TỔNG QUAN

Shear-wave Elastography Improves the Specificity of Breast US: The BE1 Multinational Study of 939 Masses[1]

Shear Wave Elastography (SWE) bổ sung vào phân tích đặc điểm BI-RADS trên B-mode đã cải thiện độ đặc hiệu mà không làm giảm độ nhạy.

Estimates of Effect of Selectively Upgrading BI-RADS Category 3 Masses on Basis of Suspicious SW Elastographic Features and Selectively Downgrading BI-RADS Category 4a Masses on Basis of Benign SW Elastographic Features

SW Elastographic Feature	Malignancy Rate, Category 3[**]	Overall Specificity	P Value[†]	Overall Sensitivity	P Value[‡]	Malignancy Rate, Category 4a[**§]	PPV for Biopsy Recommendation Overall	P Value[‖]	Az[¶¶]	P Value[#]
Original BI-RADS assessment	6/303 (2.0)	397/650 (61.1)	NA	281/289 (97.2)	NA	18/193 (9.3)	281/534 (52.6)	NA	0.950	NA
+E_{mn}[††]	6/355 (1.7)	451/650 (69.4)	<.001	283/289 (97.9)	.48	20/141 (14.2)	283/482 (58.7)	.058	0.956	.11
+E_{mean}										
Conservative strategy[##]	5/371 (2.4)	464/650 (71.4)	<.001	280/289 (96.5)	.74	17/125 (13.6)	280/466 (60.1)	.018	0.953	.38
Aggressive strategy[§§]	11/419 (2.6)	510/650 (78.5)	<.001	278/289 (96.2)	.37	15/77 (19)	278/418 (66.5)	<.001	0.954	.34
+E_{max}										
Conservative strategy[#]	3/328 (0.9)	427/650 (65.7)	.001	286/289 (99.0)	.025	23/168 (13.7)	285/509 (56.0)	.26	0.958	.006
Aggressive strategy[##]	8/400 (2.0)	503/650 (77.4)	<.001	281/289 (97.2)	>.99	18/97 (21)	281/428 (65.7)	<.001	0.959	.086
+E_{mean}[***]	4/309 (1.3)	407/650 (62.6)	.13	285/289 (98.6)	.046	22/187 (11.8)	285/528 (54.0)	.67	0.955	.028
+E_{ratio}[†††]	3/234 (1.3)	333/650 (51.2)	.006	286/289 (99.0)	.025	23/262 (8.8)	286/503 (47.4)	.665	0.951	.48
+E_{SD}[‡‡‡]	5/325 (1.5)	422/650 (64.9)	.006	284/289 (98.3)	.083	21/171 (12.3)	284/512 (55.5)	.39	0.955	.021
+E_{max}										
Conservative strategy[§§§]	1/356 (0.3)	457/650 (70.3)	<.001	288/289 (99.7)	.008	25/140 (17.9)	288/481 (59.9)	.023	0.963	.001
Aggressive strategy[###]	4/412 (1.0)	510/650 (78.5)	<.001	285/289 (98.6)	.21	22/94 (26)	285/425 (67.1)	<.001	0.962	.005

Berg and et al 2012.
DOI: 10.1148/radiol.11110640

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

CHỈ ĐỊNH US - GUIDED VACUUM ASSISTED BIOPSY

1. Loại bỏ khối u vú lành tính (không phải nang đơn thuần)
- Có thể sờ nắn được
2. Với những mẫu bệnh có tiềm ẩn sai sót với sinh thiết lõi
- Tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến vú
- Những tổn thương không rõ ranh giới
- Papilloma, sự không phù hợp về mặt mô học hình ảnh.
3. Những tổn thương vi vôi hóa không kết hợp với khối u

Biopsy sampling of breast lesions: comparison of core needle- and vacuum-assisted breast biopsies. *Maribel D Lacambra doi: 10.1007/s10549-011-1639-3. Epub 2011 Jun 23.*

11

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

CHUẨN BỊ CHO VAB

1. Chỉ định phù hợp
2. Kiểm tra tiền sử bệnh tật (aspirin NSAID, hoặc warfarin)
3. BS đã được đào tạo về thực hành VAB
4. Hiểu rõ lợi ích và hạn chế của VAB

Biopsy sampling of breast lesions: comparison of core needle- and vacuum-assisted breast biopsies. *Maribel D Lacambra doi: 10.1007/s10549-011-1639-3. Epub 2011 Jun 23.*

12

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

LỢI THẾ CỦA VAB (SO VỚI PHẪU THUẬT MỞ)

1. Không cần nhập viện
2. Gây tê tại chỗ, không cần gây tê toàn than
3. Sẹo mổ nhỏ: 3-4mm
4. Ít biến chứng hơn mổ mở
5. Thời gian phục hồi nhanh hơn
6. Độ chính xác tương đương mổ mở

Biopsy sampling of breast lesions: comparison of core needle- and vacuum-assisted breast biopsies. Maribel D Lacambra *doi: 10.1007/s10549-011-1639-3. Epub 2011 Jun 23.*

13

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

ELSEVIER
The Breast

THE BREAST

Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review ☆

Wenhui Ren,[a] Mingyang Chen,[b] Youlin Qiao,[b] and Fanghui Zhao[a,*]



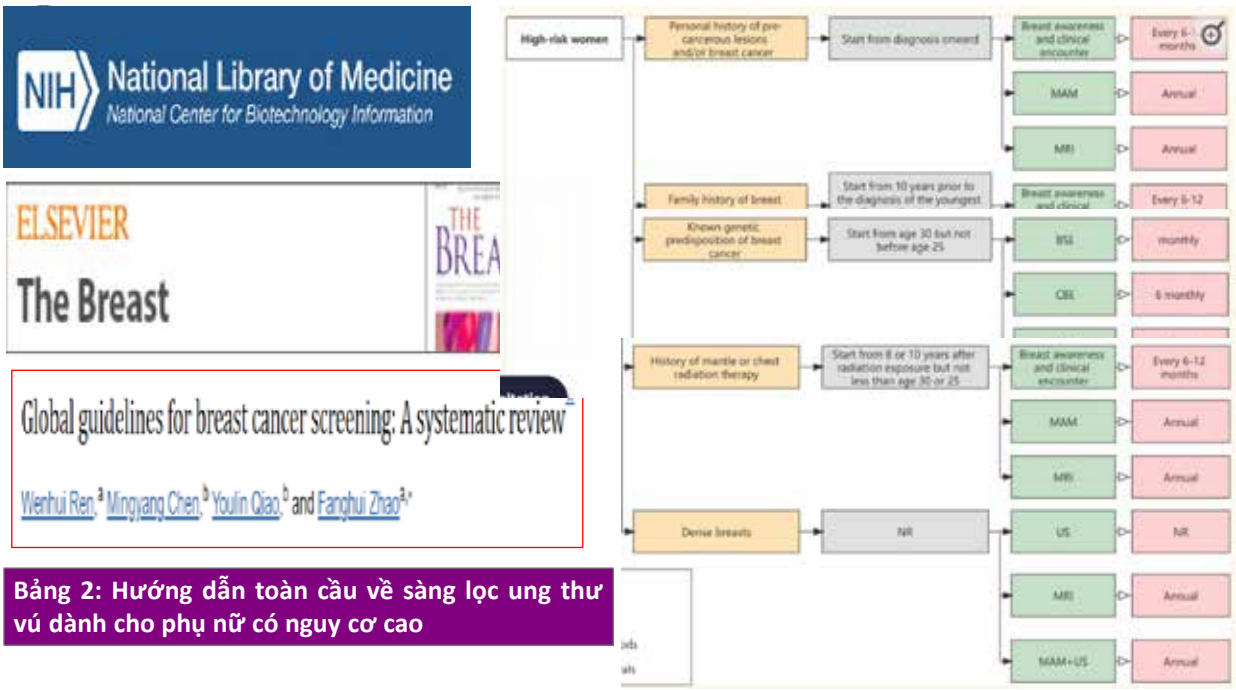
Bảng 1: Hướng dẫn toàn cầu về sàng lọc ung thư vú dành cho phụ nữ có nguy cơ trung bình



Bảng 1: Hướng dẫn toàn cầu về sàng lọc ung thư vú dành cho phụ nữ có nguy cơ trung bình

1. Chụp nhũ ảnh được khuyến cáo là phương thức sàng lọc chính, tiến hành hàng năm hoặc hai năm một lần, hoặc được xác định dựa trên độ tuổi.
2. Trung tâm Ung thư Quốc gia Trung Quốc khuyến nghị sàng lọc bằng siêu âm vú 1–2 năm/ lần đối với BN > 45 tuổi.
3. Tất cả các hướng dẫn đều không khuyến nghị sử dụng phương pháp BSE, MRI và chụp CT để sàng lọc những phụ nữ có nguy cơ trung bình vì thiếu bằng chứng.

15



Bảng 2: Hướng dẫn toàn cầu về sàng lọc ung thư vú dành cho phụ nữ có nguy cơ cao



Bảng 2: Hướng dẫn về sàng lọc ung thư vú dành cho phụ nữ có nguy cơ cao

1. PN có tiền sử tổn thương tiền ung thư và/hoặc ung thư vú: MAM hoặc MRI hàng năm. Ở những PN bị ung thư vú xâm lấn một bên, theo dõi chặt chẽ vú đối diện.
2. PN có tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư vú: MAM hoặc MRI hàng năm bắt đầu 10 năm trước tuổi chẩn đoán của người thân trẻ nhất bị ảnh hưởng; khám lâm sàng thường xuyên 6-12 tháng/lần khi bắt đầu có nguy cơ mắc ung thư vú cao hơn.
3. PN có đột biến gen nên sàng lọc sớm: có gen BRCA nên bắt đầu thực hiện MAM hoặc MRI hàng năm sau 25-30 tuổi, gen TP53 ở tuổi 20, tùy theo quốc gia.
4. PN có tiền sử xạ vú xảy ra trước 30 tuổi hoặc có liều tích lũy bức xạ 10 Gy: bắt đầu sàng lọc thường xuyên 8 hoặc 10 năm sau xạ trị.
5. PN có vú dày: thực hiện MRI hàng năm, 1 vài quốc gia sử dụng MAM; SA được coi là biện pháp bổ sung.

17



- Tổn thương vú có nguy cơ ác tính: "tổn thương B3"
- Bao gồm nhóm tổn thương không đồng nhất có / không có mô bệnh học không điển hình:

• **Tăng sản ống động mạch không điển hình (ADH)**	• **Tổn thương nhú**
• **Biểu mô phẳng không điển hình (FEA)**	• **Tổn thương sợi biểu mô (FEL),**
• **Tân sinh tiểu thùy (LN)**	• **Tổn thương giống niêm mạc**
• **Ung thư biểu mô tiểu thùy tại chỗ (LCIS)**	• **Bệnh tuyến apocrine**
• **Tăng sản tiểu thùy không điển hình (ALH)**	

18



1. Tỷ lệ tổn thương B3 thay đổi từ 3% đến 21%
2. Quản lý và chẩn đoán phức tạp
3. Nguy cơ tiềm ẩn về bệnh ác tính liên quan sau khi tổn thương B3 được phát hiện trên VAB: từ 0% đến 25%.
4. Những cải tiến trong kỹ thuật hình ảnh và các biện pháp can thiệp dưới sự hướng dẫn của hình ảnh, bao gồm cả VAE, cho phép BN tránh được phẫu thuật cắt bỏ một cách an toàn.
5. VAE nhằm mục đích thu được lượng mô tương tự như một phẫu thuật cắt bỏ chẩn đoán, sử dụng cùng phương pháp VAB để loại bỏ toàn bộ tổn thương B3.

European guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of breast lesions with uncertain malignant potential (B3 lesions) developed jointly by EUSOMA, EUSOBI, ESP (BWG) and ESSO Isabel T. Rubio et al. 2024. European Journal of Surgical Oncology 50 (2024) 107292

19



1. Khi sinh thiết kim lõi là LCIS: nên thực hiệnVAB/VAE.
2. Nếu có sự phù hợp về bệnh lý - X quang và không có tổn thương còn sót lại: không cần phẫu thuật và giám sát (bằng chứng/cấp II/B).
3. Nếu có sự không phù hợp về X quang-bệnh lý sau CNB/VAB chẩn đoán: cần kiểm tra mô sâu hơn bằng đường thứ hai, phẫu thuật cắt bỏ hoặc VAE (bằng chứng/cấp III/B)
4. Phẫu thuật cắt bỏ vú một hoặc hai bên không còn được khuyến khích ở LCIS trừ khi có thêm các yếu tố rủi ro cao như tiền sử gia đình quan trọng hoặc một đột biến gen gây bệnh (bằng chứng/cấp III/B)
5. Cần thông tin đầy đủ và thống nhất ý kiến với bệnh nhân

European guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of breast lesions with uncertain malignant potential (B3 lesions) developed jointly by EUSOMA, EUSOBI, ESP (BWG) and ESSO Isabel T. Rubio et al. 2024. European Journal of Surgical Oncology 50 (2024) 107292

20

THE AMERICAN SOCIETY OF Breast Surgeons - Official Statement -

Consensus Guideline on Concordance Assessment of Image-Guided Breast Biopsies and Management of Borderline or High-Risk Lesions

1. Phẫu thuật thường quy đối với mọi tổn thương ở giáp ranh hoặc nguy cơ cao không được khuyến khích.
2. Những bệnh nhân có kết quả lâm sàng hoặc hình ảnh đáng ngờ, không phù hợp với mô học của CNB nên được phẫu thuật.
3. Nên cắt bỏ chọn lọc đối với những bệnh nhân còn lại.
4. Việc ước tính nguy cơ ác tính được cải thiện nhờ thông tin từ nhiều chuyên ngành bao gồm X quang vú, phẫu thuật vú và bệnh lý học.

21

THE AMERICAN SOCIETY OF Breast Surgeons - Official Statement -

Consensus Guideline on Concordance Assessment of Image-Guided Breast Biopsies and Management of Borderline or High-Risk Lesions

5. Quyết định phẫu thuật phụ thuộc vào quyết định của bệnh nhân và bao gồm các bước sau:

- Đánh giá sự phù hợp về bệnh lý hình ảnh lâm sàng
- Ước tính nguy cơ chuyển sang ác tính nếu thực hiện cắt bỏ
- Hậu quả của việc trì hoãn chẩn đoán ung thư (nếu không thực hiện phẫu thuật cắt bỏ)
- Yếu tố nguy cơ ung thư vú của bệnh nhân
- Các rủi ro về phẫu thuật và thẩm mỹ
- Tầm quan trọng của việc theo dõi lâm sàng và hình ảnh trong ít nhất 2 năm nếu tổn thương mục tiêu không được cắt bỏ
- Liệu bệnh nhân có thể hoặc sẽ tuân thủ việc theo dõi hay không

22

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐẶT VẤN ĐỀ



NHẬN XÉT GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

23

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU (1)

Nguyên lý siêu âm đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư vú

LỰC TÁC ĐỘNG	ĐÁNH GIÁ ĐỘ CỨNG	
	Biến dạng, di chuyển 	**Sóng biến dạng** 
Lực cơ học: nén đầu dò, mạch đập, nhịp thở. 	- Độ cứng tương đối của tổn thương (Tsukuba). - Tỷ lệ diện tích hoặc tỷ lệ đường kính của tổn thương trên bản đồ đàn hồi so với hình siêu âm B-mode. - Tỷ lệ độ biến dạng của tổn thương so với mô xung quanh	
Xung lực bức xạ âm. 		- Đo trực tiếp độ cứng mô (kPa) hoặc sóng biến dạng (m/s).

24

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU (2)

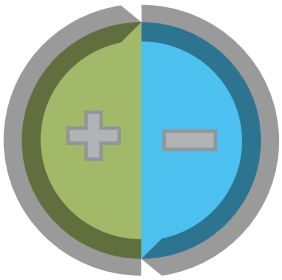
- **ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

Bệnh nhân đi khám do có dấu hiệu bất thường ở vú, hố nách hoặc khám sức khỏe định kỳ tuyến vú 2 bên tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ **tháng 10/2022 - 10/2023.**

LỰA CHỌN

BN có:

- ✓ **Khối u vú trên SA quét thể tích vú tự động 3 chiều**
- ✓ **Siêu âm đàn hồi mô**
- ✓ **Sinh thiết kim lõi**
- ✓ **XN mô bệnh học**



LOẠI TRỪ

BN đã có can thiệp xâm lấn vào tổn thương vú trước đó.

25

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU (3)

- **Phương pháp**: Mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu nghiên cứu**: Tối thiểu **87**

$$n = \left(\frac{\alpha}{2}\right)^2 \cdot \frac{pq}{d^2}$$



11830

Trong đó:

- **p** = 0,9 (độ nhạy của thang điểm Tsukuba trong chẩn đoán ung của Jasmine Thanh Xuân, Phan Thanh Hải năm 2020 [2]).
- **q**
- α
- d lượng so với thực tế là 0,07.

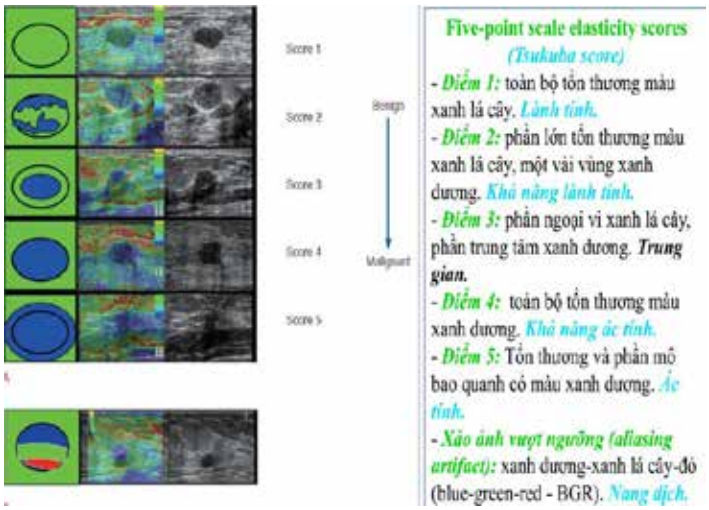


120

26

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU (4)



Five-point scale elasticity scores
(Tsukuba score)

- *Điểm 1:* toàn bộ tổn thương màu xanh lá cây. *Lành tính.*
- *Điểm 2:* phần lớn tổn thương màu xanh lá cây, một vài vùng xanh dương. *Khả năng lành tính.*
- *Điểm 3:* phần ngoại vi xanh lá cây, phần trung tâm xanh dương. *Trung gian.*
- *Điểm 4:* toàn bộ tổn thương màu xanh dương. *Khả năng ác tính.*
- *Điểm 5:* Tổn thương và phần mô bao quanh có màu xanh dương. *Ác tính.*
- *Xảo ảnh vượt ngưỡng (aliasing artifact):* xanh dương-xanh lá cây-đỏ (blue-green-red - BGR). *Nang dịch.*

Tiêu chuẩn biến số

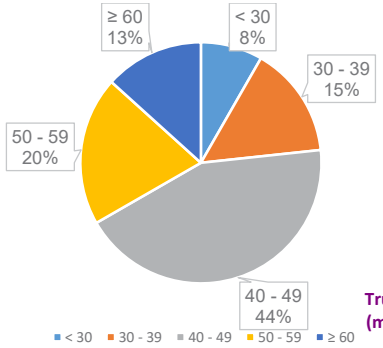
- **Siêu âm đàn hồi định tính đánh giá theo thang điểm Tsukuba**
  - Điểm 4, 5: **Dương tính**
  - Điểm 1, 2 và 3: **Âm tính**
- **Siêu âm đàn hồi định lượng đánh giá theo độ cứng tổn thương (kPa)**

27

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

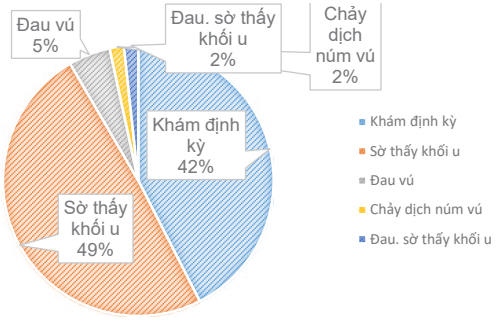
ĐỘ TUỔI ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU



Trung bình: 46,9 ± 11,6 tuổi (min: 18 tuổi, max: 82 tuổi)

Nguyễn Thị Huyền (2020): *mean: 45.2 tuổi, max: 72 tuổi, min: 15 tuổi*
Lại Thu Hương (2016): *mode: (40-49 tuổi: 37.5%),*

LÝ DO KHÁM BỆNH



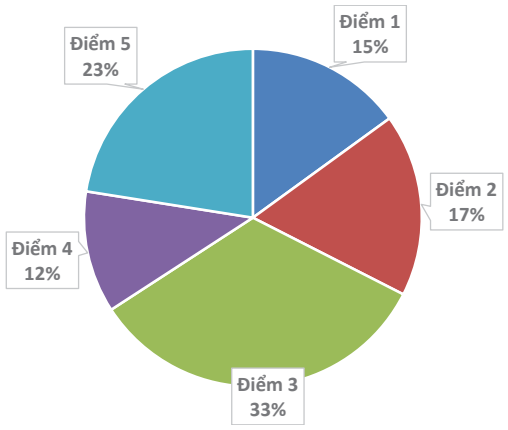
Nguyễn Phi Hùng (2009): *63.3% sờ thấy, 28.3% khám định kỳ, 6.7% đau vú.*
Nguyễn Thị Huyền(2020): *34,1% sờ thấy, 32.9% khám định kỳ, 28% đau vú*

28

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

PHÂN LOẠI KHỐI U THEO MỨC ĐỘ ĐÀN HỒI SỬ DỤNG THANG ĐIỂM TSUKUBA

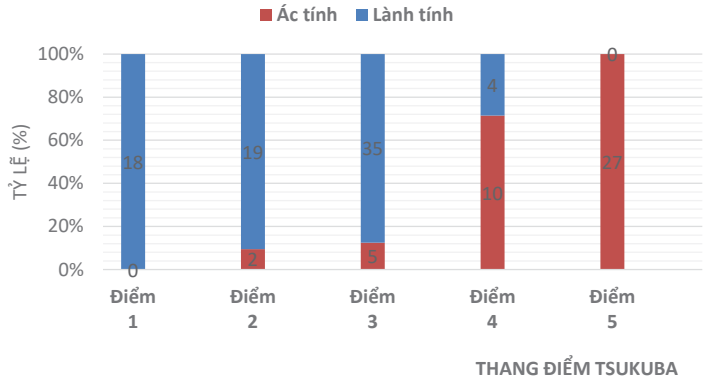


- ***Lưu Thị Ngọc Bích (2019):*** *Điểm 4 (53.9%)*
- ***Nguyễn Thị Huyền (2020):*** *Điểm 3 (42.9%)*

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

SỬ DỤNG THANG ĐIỂM TSUKUBA CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ



Khi điểm Tsukuba tăng lên thì kết quả giải phẫu bệnh có tỷ lệ ác tính tăng theo đồng thời tỷ lệ lành tính giảm đi.

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ THEO THANG ĐIỂM TSUKUBA

GPB / Điểm Tsukuba	Ác tính	Ác tính	Ác tính
Dương tính (Điểm 4 và 5)	37	4	**41**
Âm tính (Điểm 1, 2 và 3)	7	72	**79**
Tổng	**44**	**76**	**120**

Kết quả:

- Độ nhạy: **84,1%**
- Độ đặc hiệu: **94,7%**
- Giá trị dự báo dương tính: **90,2%**
- Giá trị dự báo âm tính: **91,1%**
- Độ chính xác: **90,8%**

31

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

SỬ DỤNG PHÂN LOẠI ĐỘ CỨNG TỔN THƯƠNG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ (1)

GPB	Độ cứng	p
Lành tính	61,2 ± 24,6	< 0,01
Ác tính	124,0 ± 22,9	

Nhận xét:

Nhóm **ác tính** có độ cứng trung bình là 124,0 ± 22,9kPa **cao hơn** nhóm **lành tính** (61,2 ± 24,6kPa).

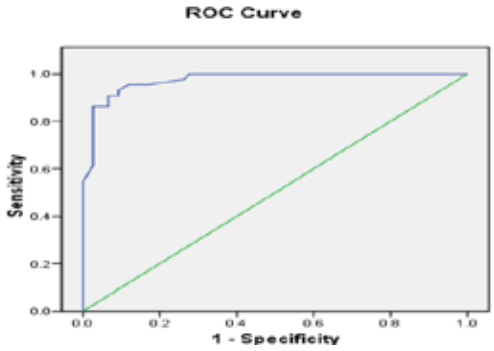
- ***Nguyễn Thị Thu Thảo (2018):*** *nhóm ác tính là* ***102 ± 52,7kPa*** *và nhóm lành tính là* ***78 ± 195kPa***
- ***Lưu Thị Bích Ngọc (2019):*** *nhóm ác tính* ***115,0 ± 41,4kPa****, nhóm lành tính là* ***38,6 ± 16,9kPa****.*
- ***Nguyễn Thị Huyền (2020):*** *nhóm ác tính là* ***80,2 ± 25,4kPa*** *và nhóm lành tính là* ***16,6 ± 9,2kPa***

32

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

SỬ DỤNG PHÂN LOẠI ĐỘ CỨNG TỔN THƯƠNG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ (2)



Điểm Cut-off là 89,5kPa có:

- Độ nhạy: **90,9%**.
- Độ đặc hiệu: **93,4%.**
- Giá trị dựa báo dương tính: **88,9%.**
- Giá trị dự báo âm tính: **94,7%.**
- Độ chính xác: **92,5%.**

- ***Nguyễn Thị Thu Thảo (2018):*** *Cut-off là **80,45kPa**; độ nhạy **63%**, độ đặc hiệu **64%** .*
- ***Lưu Thị Bích Ngọc (2019)**: Điểm cut-off là **79kPa,***
  *Độ nhạy **95,8%**; Độ đặc hiệu **96,7%**; Giá trị dự báo dương tính **93,5%**; Giá trị dự báo âm tính **97,9%**; Độ chính xác **96,2%**.*
- ***Nguyễn Thị Huyền (2020):** Điểm cut-off là **36kPa**;*
  *Độ nhạy **100%**, độ đặc hiệu **97,8%**, giá trị dự báo dương tính **97,5%**; giá trị dự báo âm tính **100%** và độ chính xác **98,8%***

BỆNH VIỆN
PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

KẾT LUẬN

Phân tích **120** bệnh nhân phát hiện có khối u vú trên siêu âm quét vú tự động 3 chiều tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, chúng tôi có kết luận như sau:

- ❑ **Tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,9 ± 11,6.**
  - Bệnh nhân thường phát hiện bệnh nhờ tự khám sờ thấy khối u (49,1%)
  - Khám sức khỏe định kỳ (42,5%).
- ❑ **Siêu âm đàn hồi mô có giá trị cao trong chẩn đoán tính chất ác tính của khối u vú**
- ❑ **Sử dụng thang điểm Tsukuba chẩn đoán ung thư vú:**
  - Độ nhạy: **84,1%.**
  - Độ đặc hiệu: **94,7%.**
  - Giá trị dự báo dương tính: **90,2%**
  - Giá trị dự báo âm tính: **91,1%**
  - Độ chính xác: **90,8%**
- ❑ **Sử dụng siêu âm đàn hồi định lượng đo độ cứng tổn thương chẩn đoán ung thư vú với ngưỡng cut-off 89,5kPa:**
  - Độ nhạy: **90,9%**
  - Độ đặc hiệu: **93,4%**
  - Giá trị dự báo dương tính: **88,9%.**
  - Giá trị dự báo âm tính: **94,7%.**
  - Độ chính xác: **92,5%.**

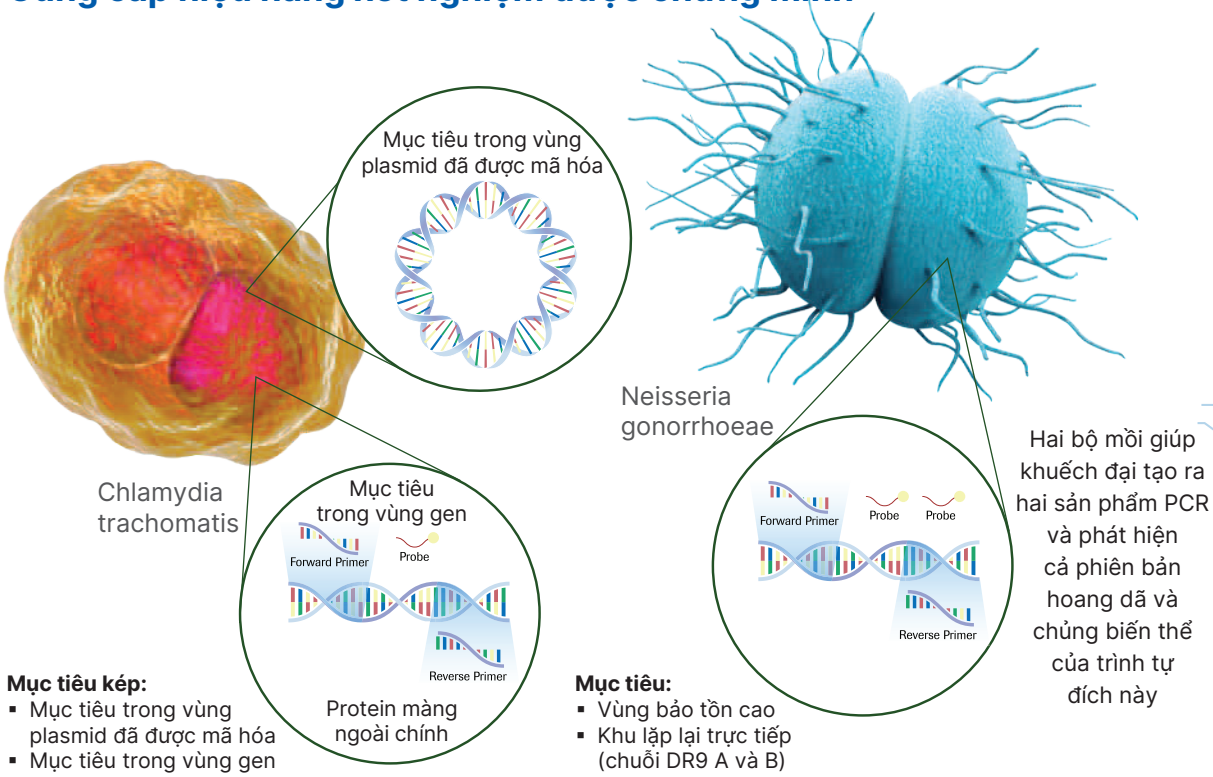

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn
05/2024
35

Xét nghiệm cobas® CT/NG

Hiệu quả được chứng minh

Với tỉ lệ các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục (STDs) ngày càng cao, ***cobas® CT/NG*** *cung cấp giải pháp đáp ứng nhu cầu về số lượng xét nghiệm Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae ngày càng tăng; có hiệu năng xét nghiệm vượt trội, cung cấp thông tin chính xác hơn để cải thiện việc ra quyết định điều trị cho bệnh nhân, đồng thời tạo điều kiện cho sự đơn giản và linh hoạt nhằm hỗ trợ các yêu cầu về lượng mẫu và quy trình làm việc khác nhau.*

Cung cấp hiệu năng xét nghiệm được chứng minh



Hai bộ mồi giúp khuếch đại tạo ra hai sản phẩm PCR và phát hiện cả phiên bản hoang dã và chủng biến thể của trình tự đích này

Mục tiêu kép:
- Mục tiêu trong vùng plasmid đã được mã hóa
- Mục tiêu trong vùng gen

Giới hạn phát hiện (LoD)*
- 40 Thể nhiễm căn bản trên mỗi mL (Elementary Bodies - EB)

Mục tiêu:
- Vùng bảo tồn cao
- Khu lặp lại trực tiếp (chuỗi DR9 A và B)

Giới hạn phát hiện (LoD)*
- 1.0 CFU trên mỗi mL
  Đơn vị hình thành khuẩn lạc - Colony Forming Units)

Cung cấp các thông tin rộng hơn nhằm cải thiện quyết định chăm sóc bệnh nhân

cobas® CT/NG đã được đánh giá để sử dụng với các mẫu bệnh phẩm lấy từ trực tràng và hầu họng, cho phép các phòng xét nghiệm kiểm tra các bệnh nhiễm trùng ở những mẫu bệnh phẩm ngoài các mẫu bệnh phẩm lấy ở các đường tình dục thông thường, với độ tin cậy cao hơn*.

Nước tiểu

Tăm bông âm đạo (Bác sĩ lấy mẫu hoặc hướng dẫn tự lấy mẫu)

Tăm bông hầu họng **Tăm bông trực tràng**	**> 50%** số ca nhiễm trùng có thể bị bỏ sót ở những nhóm tỉ lệ mắc cao khi chỉ xét nghiệm các mẫu niệu sinh dục[1,2]

Tăm bông kênh cổ tử cung

Mẫu phết tế bào cổ tử cung trong dung dịch PreservCyt®

Chất thử chẩn đoán dùng cho máy xét nghiệm định tính, định danh vi khuẩn, vi rút cobas® CT/NG
Mã sản phẩm: 07460066190
Số giấy phép: 7460NK/BYT-TB-CT
Mã hồ sơ đăng ký lưu hành: 17002260/ĐKLH-BYT-TB-CT
Hãng sản xuất, nước sản xuất: Roche Molecular Systems, Inc., Mỹ
Chủ sở hữu, nước chủ sở hữu: Roche Molecular Systems, Inc., Mỹ
Chủ sở hữu số lưu hành: CÔNG TY TNHH ROCHE VIỆT NAM
Tầng 27, Tòa nhà Pearl Plaza, 561A Điện Biên Phủ, Phường 25, Quận Bình Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh
Số công bố quảng cáo: 003/24/CBQC/RV
Số tài liệu: MC-VN-01113

1. Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae 2014, Recommendations and Reports / Vol. 63 / No. 2 March 14, 2014, pgs 10-11.
2. Dukers-Muijrers NH, et al. What is needed to guide testing for anorectal and pharyngeal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in women and men? Evidence and opinion. BMC Infect Dis. 2015;15-533. 2015 Nov 17.

* Thông tin sản phẩm cobas® 4800 CT/NG Test



Prof. MIKAEL HIVELIN

Ambroise Paré Hospital,
Boulogne-Billancourt, France

DIPLOMAS

- Baccalauréat: Scientific Series, Mention Très Bien (1996).
- Various Inter-University Diplomas: Including Microchirurgie, Pathologie Mammaire, and Anatomy (2004-2006).
- General Surgery Degree: Université Paris 5 (2007).
- DESC in Plastic Surgery: Université Paris 5 (2009).
- Master in Surgical Sciences: Université Paris 12 (2010).
- Diploma in Medical Pedagogy: Université Paris Descartes (2012).
- Thesis in Pharmacology and Biotherapy: "Immunology of Composite Vascularized Transplantations," Université Paris Est Créteil (2014).
- Habilitation à Diriger des Recherches: Université Paris Descartes (2015).

EXPERIENCE

- Head of Department: Created and led the Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery Department, APHP (Nov 2019).
- Professor of Universities: Hôpital Universitaires Paris Saclay and UVSQ (Nov 2019 - Present).
- Hospital Practitioner: Various roles within the field, emphasizing surgical leadership and education (2018 - Present).

PUBLICATIONS

- Indexed Publications: 75 publications listed on PubMed with an H-index of 23.
- Research Contributions: Involved in multiple clinical studies including:
- PMCF study on acellular dermal matrix for breast reconstruction (2021/22).
- National PHRC on facial reconstruction via vascularized composite transplantation (2007-2017).
- Co-investigator on several trials regarding breast surgery and neurofibromatosis.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Research Grants: Four research scholarships from the Foundation "Gueules Cassées" (2010, 2011, 2017).
- Awards:
  - Multiple scholarships for academic excellence and mobility (2007).
  - Best thesis award from Académie Française de Chirurgie (2008).
  - Raoul Tubiana Prize for best communication at a congress (2010).

GS. Mikael Hivelin

APTIMA HPV mRNA

APTIMA HPV **mRNA có ít hơn** **24%** Kết quả **dương tính giả** so với HPV DNA



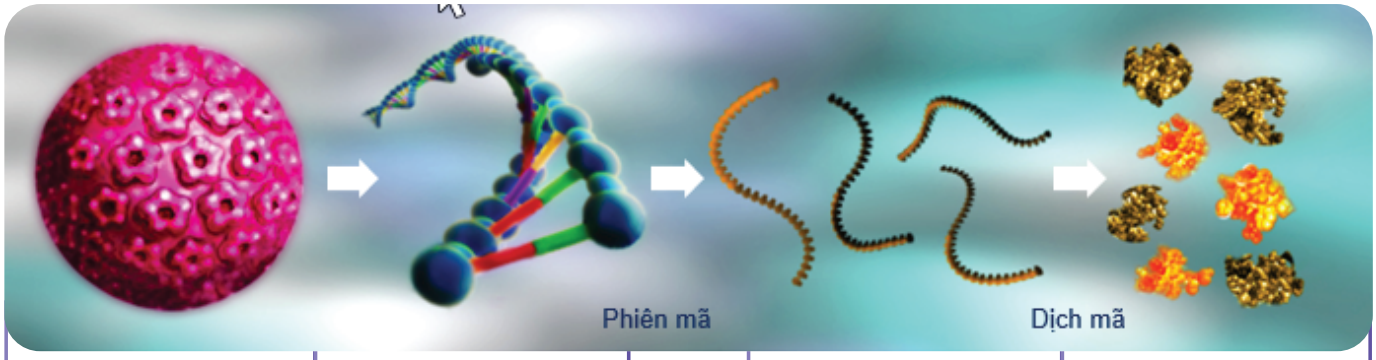
E6/E7 mRNA

Nhận diện sự **tồn tại và hoạt động** của virus HPV

WHO 2021

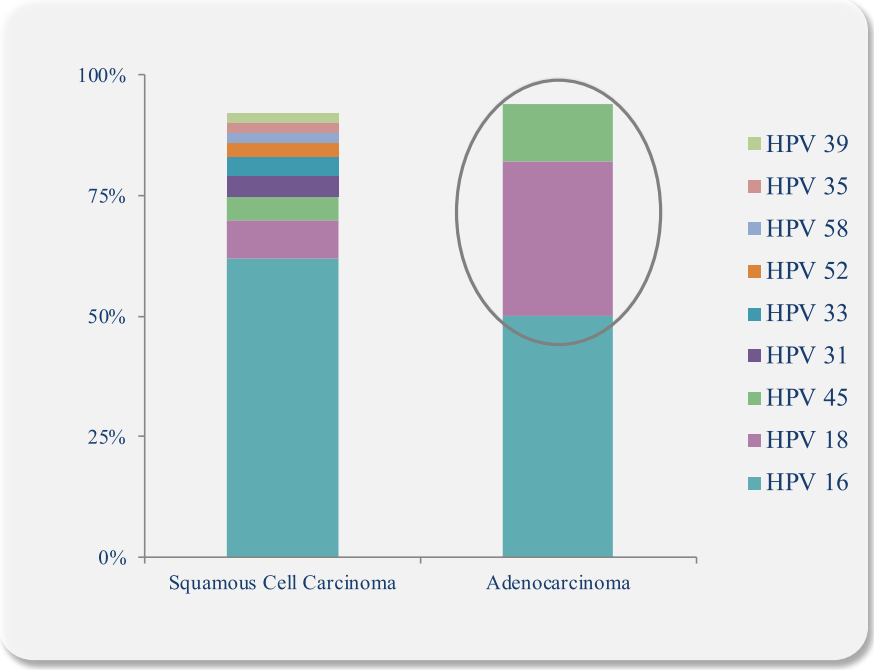
Khuyến cáo sử dụng **HPV mRNA** trong tầm soát **đầu tay** tương đương HPV DNA

DNA phát hiện "sự tồn tại" ***mRNA phát hiện "sự tồn tại" và "hoạt động"***



Virus HPV	Viral DNA genome	E6/E7 mRNA được biểu hiện bởi virus hoạt động	E6/E7 oncoproteins gây ung thư
DNA là dấu hiệu cho sự tồn tại của HPV		Sự bộc lộ E6/E7 mRNA là dấu hiệu cho hoạt động của HPV	

ĐỊNH THÊM TYPE 45



HPV type 16, 18 và 45

là 03 tuýp có nguy cơ cao nhất gây Ung thư cổ tử cung so với các tuýp khác

HPV type 45

là yếu tố tiên đoán cao của Ung thư tế bào biểu mô tuyến

HPV type 45

không phổ biến ở phụ nữ khỏe mạnh (Tỷ lệ 0.4% trong số phụ nữ có kết quả tế bào học bình thường)

ĐỘ NHẠY

99%

Xét nghiệm HPV mRNA có **độ nhạy cao tương đương** so với các xét nghiệm HPV DNA

ĐỘ ĐẶC HIỆU

98.5%

Xét nghiệm Aptima HPV cho **ít kết quả dương tính giả** hơn so với các xét nghiệm HPV DNA

LIÊN HỆ
Nguyễn Thị Lương Minh
0982.37.38.38

GOLDEN GATE
Nhà phân phối tại Việt Nam
CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI CỔNG VÀNG
HOLOGIC®
Website: **https://goldengate.vn**

Mead Johnson Nutrition

PHÁT TRIỂN TRÍ NÃO

sớm hơn 1 – 2 tháng[2] và lâu dài đến 5,5 tuổi[5]

Với công thức độc đáo bổ sung MFGM & DHA



- **Phát triển trí não cả IQ & EQ[1–6]**
- **Phát triển trí não sớm hơn 1-2 tháng[2] & lâu dài đến 5.5 tuổi[5]**
- **Tăng cường miễn dịch[7–8]**
- **Hỗ trợ sức khỏe đường ruột[9]**

HOÀN THIỆN DINH DƯỠNG THEO NHU CẦU CHO BÉ SỰ KHỞI ĐẦU TOÀN DIỆN

Tài liệu tham khảo: 1. Gurnida A et al. Early Hum Dev. 2012:88(8):595-601. 2. Li et al. J Pediatr 2019;215:24-31. 3. Xia et al. Asia Pac J Clin Nutr 2021;1-28+ap21. 4. Veeraman-Wauters G et al. Nutrition 2012;28:749-752. 5. Colombo J et al. The Journal of Pediatrics 2023. doi: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113483. 6. Motouri M et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003;36:241:247. 7. He X et al. Sci Rep.2019;9(1):11589. 8. Zhao J et al. Eur J Nutr. 2022;61(1):277-88. 9. Chichlowski M et al. Curr Dev Nutr. 2021;5:nzab027 1(2):231-6.

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho sức khỏe và sự phát triển toàn diện của trẻ nhỏ. Chế độ dinh dưỡng tốt cho bà mẹ rất quan trọng đối với việc chuẩn bị và duy trì quá trình nuôi con bằng sữa mẹ. Khi sử dụng sữa công thức cho trẻ sơ sinh, mẹ nên nhận thức được các tác động về mặt tài chính và xã hội của việc cho trẻ bú sữa công thức, khó khăn trong việc đảo ngược quyết định khi đã không cho trẻ bú sữa mẹ và cần phải lưu ý để tránh tình trạng giảm tiết sữa do bú sữa mẹ một phần. Khi sử dụng sữa công thức, sức khỏe của bé sẽ phụ thuộc vào việc tuân thủ cẩn thận hướng dẫn của nhà sản xuất trên nhãn về pha chế, pha loãng, sử dụng và bảo quản. Nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi bắt đầu cho trẻ bú sữa công thức.

Tài liệu dành cho nhân viên y tế



Dr. CHARLOTTE NGÔ

Privé des Peupliers Hospital,
Ramsay Santé, Paris

DIPLOMAS

- 1995: Graduated with honors from high school.
- 2005: Graduated in Medical Studies specializing in Obstetrics and Gynecology, Cochin Medical School, Paris V.
- 2007: Master's Degree in Surgical Sciences, Oncology specialization, Kremlin-Bicetre Medical School, Paris XI.
- 2008: Defended PhD thesis in Pharmaceutical Sciences on June 16, 2008, Paris VII-Denis Diderot Medical School.
- 2010: Defended PhD thesis in Science, Cell Biology, on June 18, 2010, University of Paris.
- 2014: Master's Degree in Humanitarian Action, Global Health specialization, School of International Relations, Sciences Po Paris.
- 2019: HDR certification for Scientific Research, University of Paris Cité.
- 2020: Cervical examination and cervical pathology, Sorbonne University Medical School.
- 2021: DIU in Acupuncture, Bobigny Paris 13 University.

EXPERIENCE

- 2001 - 11/2008: Hospital intern in Paris.
- 11/2010 - 11/2012: Assistant specialist, Department of Oncological Surgery, Curie Institute, Paris.
- 11/2012 - 4/2014: Specialist physician at the Cancer Center, Curie Institute, Paris.
- 2017 - 1/2020: University lecturer - Hospital Physician, Department of Gynecological Surgery and Breast Cancer, Georges Pompidou European Hospital, APHP.
- 1/2020 - Present: Physician at the Cancer Center and Gynecological and Breast Surgery Department, Privé des Peupliers Hospital, Paris.

PUBLICATIONS

- Participated in presentations at workshops/conferences on:
- Robotic surgery.
- Cancer psychology.
- Breast cancer diagnosis and treatment strategies.
- Lectured on medical ethics, risk research, and counseling practices at universities.

AWARDS & DISTINCTIONS

- BIORAIDS Project: Researching the characteristics of responses from breast cancer patients, funded by FP7 Europe.
- IPSYGEN Project: Studying the psychological impact of genetic testing, valued at 30,000 euros.
- FLUOBREAST Project: Researching fluorescence in breast cancer, funded by Fondation de l'Avenir with a grant of 30,000 euros.
- AAP Prix Ruban Rose Avenir 2017 for the BICS project, valued at 60,000 euros.

FVCOG2024

UNG THƯ VÚ: PHẪU THUẬT HỐ NÁCH

BS. Charlotte Ngô

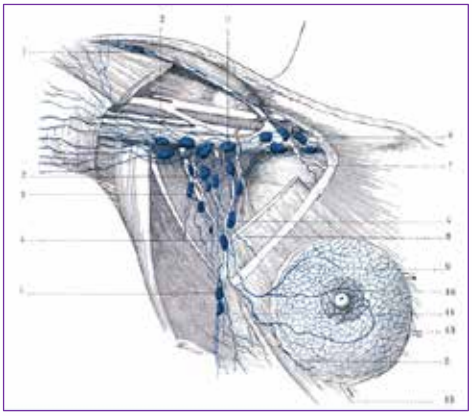
Bệnh viện Privé des Peupliers, Ramsay Santé, Paris, CH Pháp



FVCOG2024

Kỹ thuật vét hạch nách

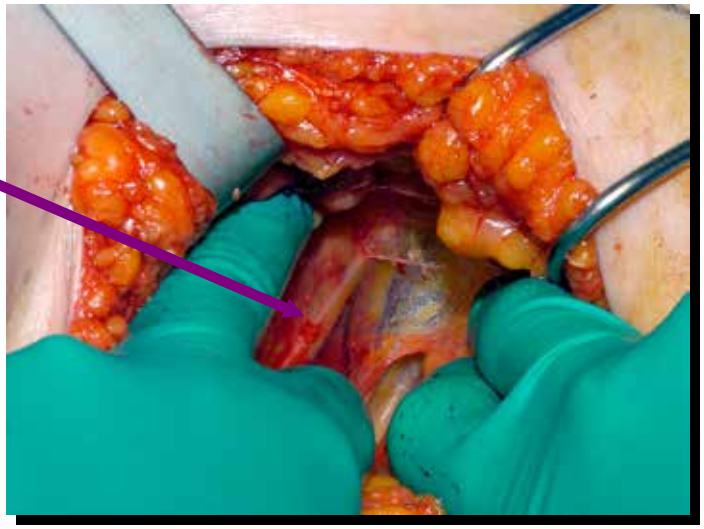
Các mốc giải phẫu: dưới tĩnh mạch nách, Thần kinh răng lớn ở phía trong (Charles Bell), Thần kinh và cuống cơ lưng rộng ở phía sau và bên ngoài



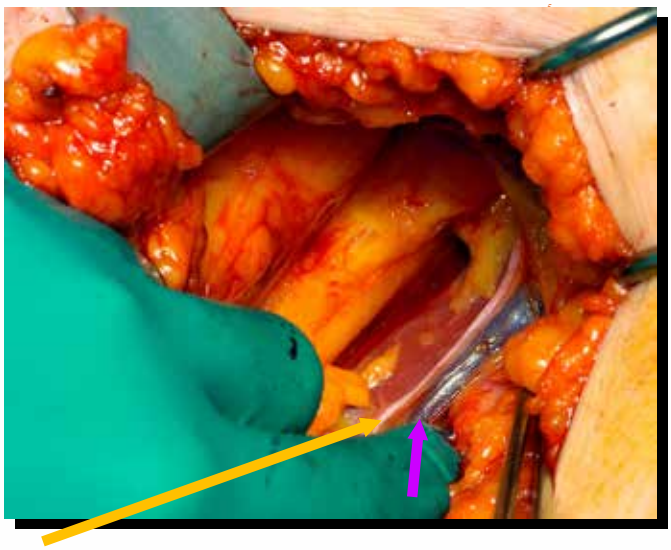
FVCOG2024

Vét hạch nách

Thần kinh răng lược



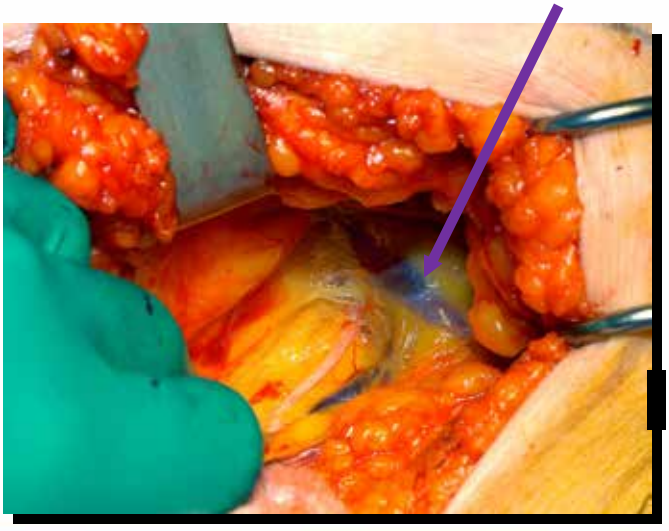
FVCOG2024



Thần kinh lưng rộng và cuống mạch

FVCOG2024

Tĩnh mạch nách



Tai biến của vét hạch nách

- Nang bạch huyết 60 - 95 %
- Di chứng cảm giác (dị cảm) 81 %
- Di chứng vận động 27 %
- Phù bạch huyết 10 - 30 %
- Tác động xã hội – nghề nghiệp

- **Trong khi 70% số ca: N0**

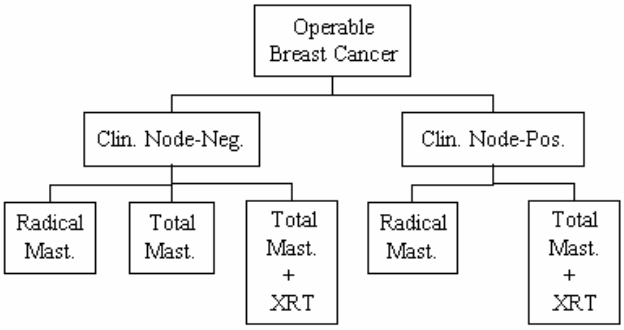




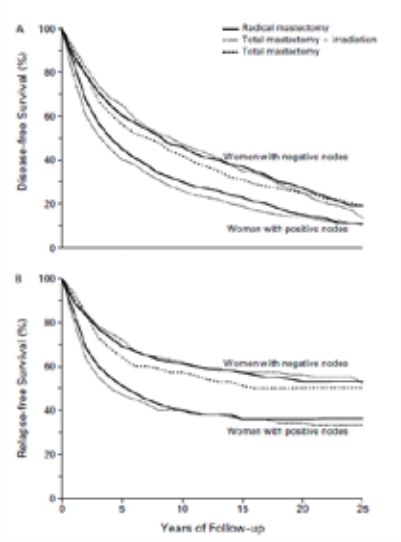
Ảnh hưởng của vét hạch nách đến khả năng sống sót

▶ Dự án quốc gia phẫu thuật bổ trợ vú và ruột 04

- 1971 - 1974
- 1765 bệnh nhân
- Không điều trị hệ thống
- Xạ trị: 50 Gy trên thành ngực (tiếp tuyến, 25 lần), nếu N+: thêm 20 Gy + 45 Gy vào hạch vú trong, thượng đòn



FVCOG2024



Fisher et al, NEJM 2002

NSABP 04: kết quả sau 25 năm

- Trong nhóm lâm sàng N0
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa sau 25 năm giữa 3 nhóm về tỷ lệ sống toàn bộ và tỷ lệ sống không tiến triển
- Trong nhóm lâm sàng N+
- Không có sự khác biệt có ý nghĩa sau 25 năm giữa 2 nhóm về tỷ lệ sống toàn bộ và tỷ lệ sống không tiến triển
- Dường như không có ảnh hưởng gì của việc không vét hạch đến khả năng sống ở bệnh nhân N+ được điều trị bằng cắt vú toàn bộ và xạ trị.

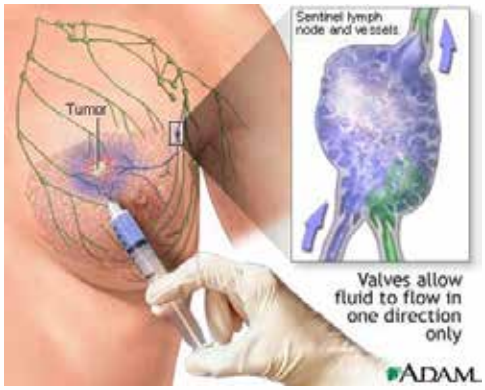
Kết quả khó áp dụng cho quần thể hiện nay.

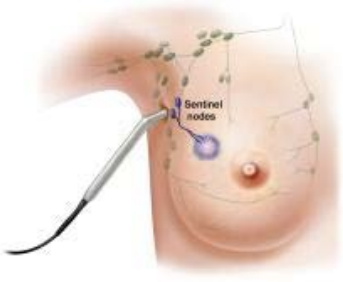
FVCOG2024

Sinh thiết hạch cửa

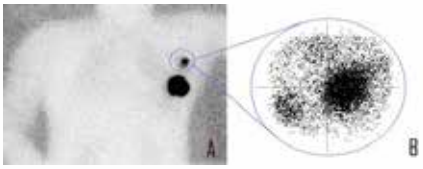
- Nguyên tắc: lấy những hạch đầu tiên được dẫn lưu từ khối u
- Chỉ định
  - ✓Ung thư biểu mô xâm nhập:
    - T1,T2, T3
    - cN0,
    - Đa ổ
    - Sau điều trị hóa chất nếu N0 ban đầu
  - ✓Ung thư biểu mô tại chỗ:
    - Nếu tổn thương lan rộng cần tạo hình u phức tạp hoặc cắt vú toàn bộ,
    - Nếu có một nốt sờ thấy hoặc nốt mô trên siêu âm

Kỹ thuật vét hạch cửa





Phát hiện kép: đồng vị + xanh
Kỹ thuật mới: xanh infracyanine, hạt oxit sắt siêu thuận từ











Xét nghiệm mô học tức thì
Hoặc
« nhận dạng phân tử »
Cyto kératine CK 19 bằng RT PCR

FVCOG2024

Phương pháp phát hiện hạch cửa: tiêu chuẩn

- Phát hiện: phương pháp kết hợp so màu và đồng vị
- Tỷ lệ phát hiện: 86 - 100% (95%)
- Tỷ lệ âm tính giả: 0 - 13% (9%)

- Ở Pháp:
  - ✓Đồng vị: chất keo đánh dấu bằng Technetium ^{99m}
  - ✓Màu: xanh phổ thông 5 (màu thực phẩm)

FVCOG2024

Xanh phổ thông 5

Ưu điểm

- Dễ kiếm
- Rẻ (20 euros)
- Dễ sử dụng (không cần thiết bị đặc biệt)
- Phẫu thuật viên tự làm

Nhược điểm

- Không thể nhìn được qua da và mỡ
- In màu trong nhiều tháng
- Dị ứng và phản vệ 0.006 - 2.7% (0.34%)
- Tỷ lệ phát hiện hạn chế nếu sử dụng đơn độc
- Tỷ lệ âm tính giả cao

Đồng vị

Ưu điểm

- Tỷ lệ phát hiện cao
- Có thể thấy hình ảnh trước phẫu thuật

Nhược điểm

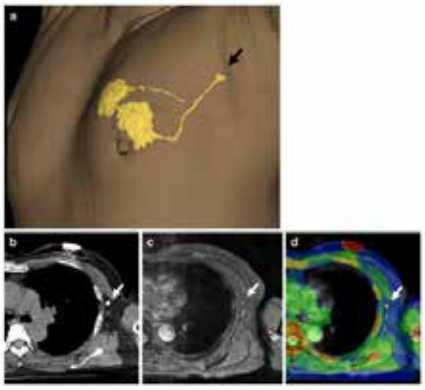
- Không có hình ảnh thời gian thực
- Đắt (373 euros avec images)
- Cần có khoa y học hạt nhân
- Cần tiêm trước phẫu thuật
- Giới hạn thời gian giữa lúc tiêm và phẫu thuật

Cần tìm cách đánh dấu mới

SPIO
Oxit sắt siêu thuận từ

- Chất tương phản được sử dụng tiêm tĩnh mạch trong chup MRI
- Hạt nano oxid sắt siêu thuận từ kích thước 60 nm
- Đối với hạch cửa: tiêm dưới da quanh quầng vú, chờ di chuyển 15 - 20 phút
- Phát hiện trong mổ bằng từ kế

FVCOG2024





Motomura et al. Ann Surg Oncol 2011

FVCOG2024

SPIO
Oxit sắt siêu thuận từ

Ưu điểm

- Tiêm trong mổ
- Phẫu thuật viên tự làm
- Không thua kém kỹ thuật tiêu chuẩn
- Dễ học
- Dễ vận chuyển trong mổ

Nhược điểm

- Thời gian chờ > 20 min
- Sự tồn tại của chất đánh dấu trong vú
  - ✓Chụp MRI tiếp?
  - ✓Sắc tố da?
  - ✓Tác dụng bức xạ?

Xanh indocyanine: Indocyanine green ICG

- Phân tử được biến đến từ hơn 50 năm
- Phổ hấp thụ 600 nm đến 900 nm
- Huỳnh quang giữa 750 nm và 950 nm sau khi kích thích bằng ánh sáng cận hồng ngoại
- Dùng IV để đo cung lượng tim, chức năng gan hoặc nghiên cứu mạch màng đệm
- Ngày càng có nhiều nghiên cứu trên GS ở châu Âu và châu Á
- Tiêm dưới da quanh khối u hoặc quanh quầng vú
- 1 hoặc 2ml
- Nồng độ 5mg/ml hoặc 2.5mg/ml
- Di chuyển trong vài phút

ICG Y văn

- Y văn đa dạng
- Ý, Nhật, Hàn, Hà Lan, Pháp
- Kết hợp đa dạng: ICG đơn thuần, ICG + xanh, ICG + đồng vị, ICG + xanh + đồng vị
- Tỷ lệ phát hiện: 99% - 100%

FVCOG2024

ICG

Ưu điểm

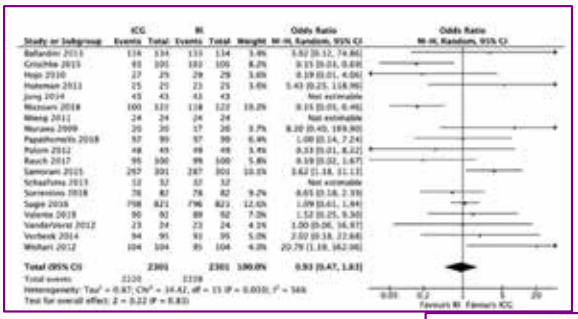
- Dễ làm
- Tiêm tại phòng mổ
- Rẻ (20 euros)
- Nhìn trực tiếp
- Có thể nhìn thấy đường dẫn bạch huyết nông
- Tỷ lệ dị ứng thấp (1/10000)
- Tỷ lệ phát hiện cao

Nhược điểm

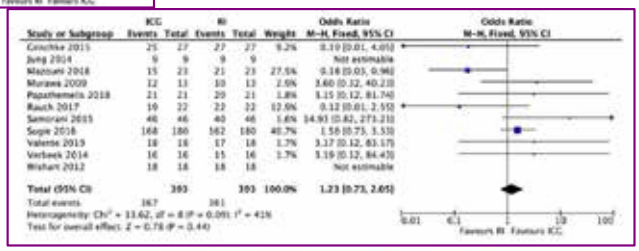
- Dẫn lưu bạch huyết không phải lúc nào cũng nhìn thấy được ở những mô nhiều mỡ
- Không thấy đường dẫn ngoài vú (chuỗi vũ trong)
- Nếu để quá lâu, có càng nhiều hạch được lấy ra

FVCOG2024

Phân tích gộp từ Goonawardena et al, Am J Surg Feb 2020



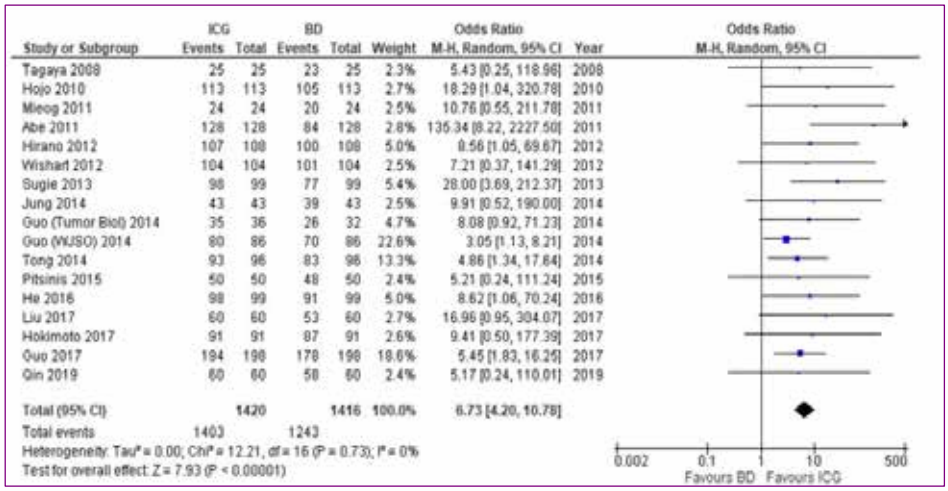
ICG vs RI (đồng vị phóng xạ) tỷ lệ phát hiện
OR 0.93 [0.47,1.83], p 0.83



ICG vs RI phát hiện di căn hạch cửa
OR 1.23 [0.73,2.05], p 0.44

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

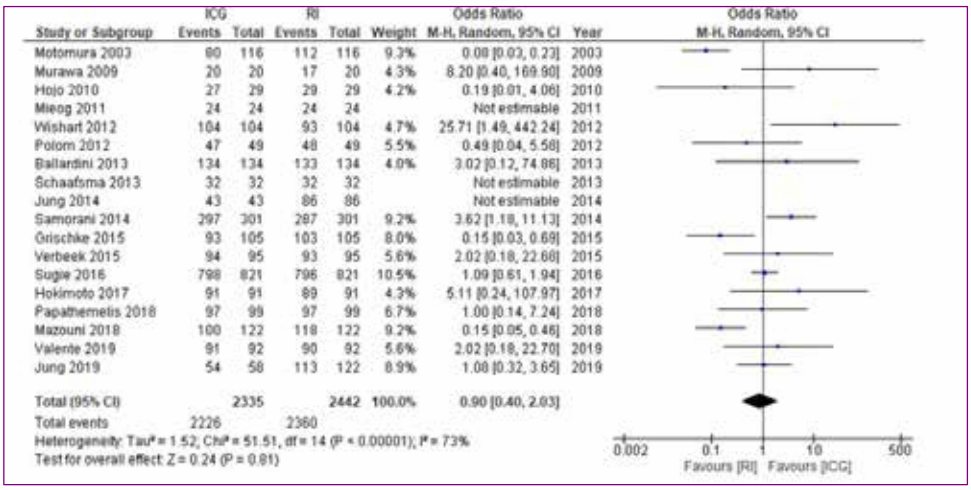
Meta-analysis from Thongvitokomarn et al. Asian Pac J Cancer Prev, 2021



ICG tốt hơn nhuộm xanh đơn thuần

FVCOG2024

Meta-analysis from Thongvitokomarn et al. Asian Pac J Cancer Prev, 2021.



ICG không kém so với dùng đồng vị

FVCOG2024

ORIGINAL ARTICLE

The Breast Journal WILEY

Indocyanine green for sentinel lymph node detection in early breast cancer: Prospective evaluation of detection rate and toxicity—The FLUOBREAST trial

Results	N=102
Per patient N=77	
ICG	96% (74/77)
99mTe	93% (71/77)
ICG + 99mTe	99% (76/77)
Metastatic SLN N=6	
ICG	100% (6/6)
99mTe	100% (6/6)
Mean number of SLN	
ICG	2.66 ± 1.57
99mTe	2.34 ± 1.67

Tỷ lệ phát hiện của ICG đơn thuần: 96%

Không độc

Thời gian phẫu thuật: 14 phút

Ngô et al, The Breast Journal, dec 2020.

FVCOG2024

Bản đồ hạch cửa ở bệnh nhân ung thư vú thông qua hình ảnh huỳnh quang sử dụng Indocyanine Green: The INFLUENCE Trial

- 102 bệnh nhân, ICG+RI

Kết quả	N=102
Tỷ lệ phát hiện hạch cửa	
ICG	96.1% (95% CI= 90.4-98.9)
99mTe	86.4% (95%CI= 78.3-92.4)
Tỷ lệ phát hiện hạch di căn	
ICG	86.7% (95% CI=59.5%-98.3%)
99mTe	86.7% (95% CI=59.5%-98.3%)
Số lượng hạch cửa trung bình bị loại bỏ	2

Không độc

CA Bargon et al, Ann Surg Nov 2022



FVCOG2024

ICG: mẹo và thủ thuật

- Tiêm dưới da quanh quầng vú tại 2 điểm
- Thể tích và nồng độ lý tưởng vẫn đang được xác định nhưng mức 2ml - 2,5mg/ml sẽ tốt hơn mức 1ml - 5mg/ml
- Tiêm ngay trước hoặc ngay sau khi trải săng
- Mở cân đòn-ngực-nách trước khi dùng camera
- Tắt scyalitique để quan sát huỳnh quang

FVCOG2024

Systematic review

BJS Open

Network meta-analysis of novel and conventional sentinel lymph node biopsy techniques in breast cancer

BJS 2019

C. W. Mok[1], S.-M. Tan[1], Q. Zheng[2] and L. Shi[2]

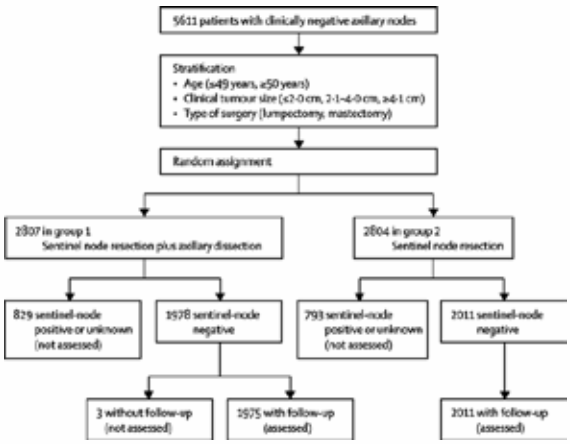
35 études ont été incluses, 4244 patientes

	Detection rate (%)	False-negative rate (%)
ICG	97.9 (96.9, 98.9)	0.6 (-0.3, 1.5)
SPIO	97.4 (96.3, 98.3)	4.0 (1.9, 6.1)
CEUS	92.8 (86.7, 98.8)	10.5 (1.7, 19.4)
Tc	96.5 (95.2, 97.9)	2.6 (0.7, 4.6)
Tc/BD	96.7 (94.3, 99.1)	5.5 (0.9, 10.2)
BD	86.8 (82.7, 91.0)	18.4 (11.9, 24.9)

SPIO và ICG vượt trội hơn xanh đơn thuần và có thể sánh với kỹ thuật kết hợp Tc+xanh

FVCOG2024

Nghiên cứu ban đầu hạch cửa



Lancet Oncol 2010 October ; 11(10): 927–933. doi:10.1016/S1470-2045(10)70207-2.

Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial

David N. Krag, MD[1,2], Stewart J. Anderson, PhD[1,3], Thomas B. Julian, MD[1,4], Ann M. Brown, ScD[1,3], Seth P. Harlow, MD[1,2], Joseph P. Costantino, Dr. PH[1,3], Takamaru Ashikaga, Ph.D.[1,2], Donald L. Weaver, MD[1,2], Eleftherios P. Mamounas, MD[1,5], Lynne M. Jalovec, M.D.[1,6], Thomas G. Frazier, M.D.[1,7], R. Dirk Noyes, M.D.[1,8], André Robidoux, M.D., FRCSC[1,9], Hugh M.C. Scarth, FRCSC[1,10], and Norman Wolmark, MD[1,4]

Khi hạch gác âm tính, kỹ thuật lấy hạch gác không vét hạch nách là phù hợp, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư vú T1N0 trên lâm sàng.

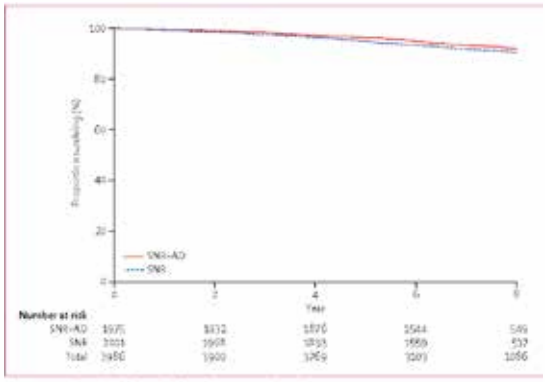


Figure 2: Overall survival for sentinel-node (SLN)-negative patients
Data as of Dec 31, 2009. For sentinel node resection (SNR) plus axillary dissection (AD), N=2075, 140 deaths. For SNR, N=2011, 160 deaths. Hazard ratio 1·20, 95% CI 0·95–1·50; p=0·12.

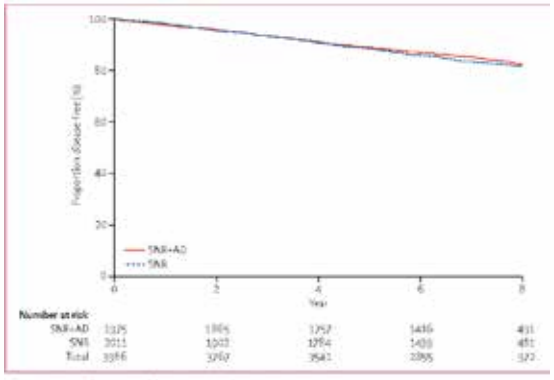


Figure 3: Disease-free survival for sentinel-node (SLN)-negative patients
Data as of Dec 31, 2009. For sentinel node resection (SNR) plus axillary dissection (AD), N=1935, 215 events. For SNR, N=2011, 336 events. Hazard ratio 1·09, 95% CI 0·90–1·32; p=0·41.

Chỉ định sinh thiết hạch gác

Chỉ định ban đầu 2010's

- Ung thư xâm lấn đơn ổ
- Ung thư tại chỗ nếu vi xâm lấn hoặc cắt vú toàn bộ (nếu khối có liên quan)
- Khối u T1, T2, N0 trên lâm sàng
- Không có điều trị trước đó
- Không có tiền sử phẫu thuật vú

Kỹ thuật:

- Phát hiện kép: xanh + đồng vị
- Phù hợp đường cong học tập của nhóm

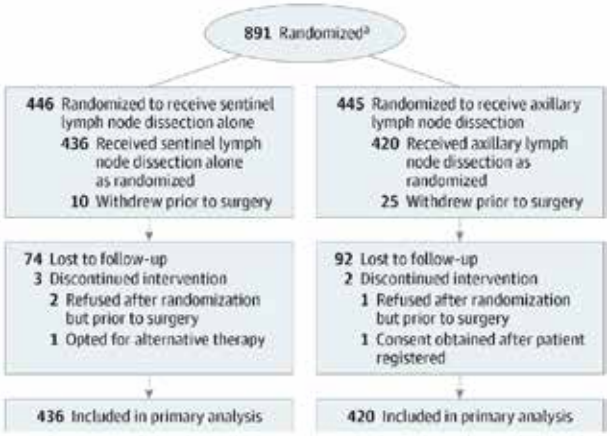
Nếu hạch gác dương tính: vét hạch nách

FVCOG2024

Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis:
The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial

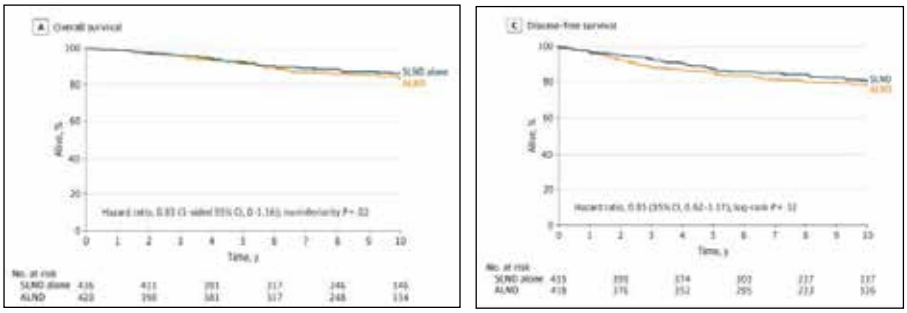
Giuliano et al, JAMA 2017

- T1, T2,
- N0 lâm sàng
- Điều trị bảo tồn
- Xạ trị
- ≤ 2 GS di căn đại thể



FVCOG2024

ACOSOG Z0011 trong 10 năm



Không có sự khác biệt về tỷ lệ sống sót chung và tỷ lệ sống không tiến triển giữa nhóm hạch gác đơn độc và nhóm hạch gác + vét hạch nách ở bệnh nhân có 1 đến 2 hạch cửa di căn đại thể

Kết luận của ACOSOG Z011

- **Có thể tránh vét hạch khi hạch gác di căn đại thể nếu**:
  - ✓T1-T2 N0 lâm sàng
  - ✓Phẫu thuật bảo tồn
  - ✓Xạ trị toàn bộ vú
  - ✓Điều trị bổ trợ toàn bộ (hóa chất hoặc hormon)
  - ✓Không quá 2 hạch gác tổn thương

- **Vét hạch được chỉ định nếu**:
  - ✓Cắt vú toàn bộ
  - ✓Từ 3 hạch gác tổn thương trở lên
  - ✓Xạ trị 1 phần

Thử nghiệm AMAROS: xạ trị hố nách so với vét hạch nách trong trường hợp hạch gác dương tính

- Thử nghiệm tương đương về tỷ lệ tái phát ở nách
  - ✓ Attendu Rec Ax 2% (vét hạch) et 4% (RTE)
- 1425 BN T1 T2 với GS+ theo dõi 6.1 năm
- 60% di căn đại thể, 30% di căn vi thể, 10% ITC
- Kết quả sau 5 năm:

	Vét hạch	RTE	p
Tái phát ở nách	0.43%	1.19%	NS
OS	93.3%	92.5%	NS
DFS	86.9%	82.7%	NS

Giảm tỷ lệ bệnh

DONKER M. et al, Lancet Oncol 2014

FVCOG2024

Chỉ định sinh thiết hạch gác

Chỉ định mở rộng 2020's

- Ung thư xâm nhập đa ổ
- Khối u T1, T2, T3
- N0 lâm sàng hoặc N1 lâm sàng với siêu âm nách và sinh thiết hạch âm tính
- Tái phát không phẫu thuật nách
- Trường hợp phẫu thuật tân bổ trợ nếu N0 ban đầu

Kỹ thuật:

- Phát hiện đơn: đồng vị (+/- xanh), hoặc Indocyanine Green

Trường hợp hạch gác dương tính: chỉ vét hạch nách trong một số trường hợp, xạ trị nách cũng tương đương

FVCOG2024

Chỉ định vét hạch nách

Chỉ định đồng thuận

- Khối u T4, u dạng viêm
- Cắt vú 1 phần và > 2 GS dương tính hoặc GS bị vỡ bao xơ
- Cắt vú toàn bộ và GS+
- Tiền sử phẫu thuật vú « barrant » hố nách
- Tái phát thâm nhiễm sau phẫu thuật lần 1 với GS
- Tiền sử xạ trị ở ngực

Chỉ định còn tranh luận

- Khối u thâm nhiễm và lấy hạch gác thất bại (tùy thuộc các đặc điểm của khối u)
- N+ ban đầu, ngay cả khi đã giảm giai đoạn bằng hóa chất tân bổ trợ: GS + « vét hạch mục tiêu »
- Mang thai

Giảm phẫu thuật

Tối ưu hóa và ưu tiên các chỉ định phẫu thuật được thực hiện bằng cách:

- Kỹ thuật hạch gác
- Cải thiện các phương pháp điều trị bổ trợ toàn thân và cục bộ nhằm tăng cường kiểm soát tại chỗ
- Tăng các phương pháp điều trị tân bổ trợ cho phép hạ thấp giai đoạn
- Sự xuất hiện các tín hiệu gen làm cho các thông tin về hạch ít quan trọng hơn trong việc chỉ định hóa trị bổ trợ

Không vét hạch

Có thể không làm GS: phát hiện ngẫu nhiên hoặc tức thì nếu đủ các tiêu chí

- T1a/b et N0
- luminal A : RO+ RP+ Her2 -, tăng sinh yếu
- tuổi > 70
- và/hoặc bệnh đi kèm nặng
- và phát hiện ngẫu nhiên

- Bắt buộc siêu âm vú
- U nhú có vỏ

FVCOG2024

Hạch cửa và hóa trị tân bổ trợ

FVCOG2024

Nhiều câu hỏi

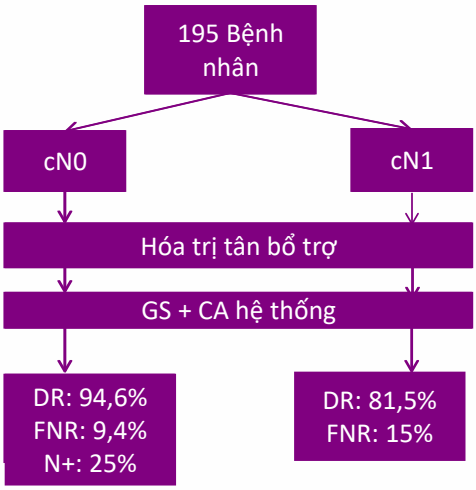
- Khi nào có thể vét hạch cửa?
- Làm gì nếu hạch cửa di căn trước hóa trị tân bổ trợ ?
- Làm gì nếu hạch cửa di căn sau hóa trị tân bổ trợ ?

Tình huống

- Bệnh nhân lâm sàng N0 và siêu âm nách âm tính
  - ✓GS trước hóa trị
  - ✓GS sau hóa trị
- Bệnh nhân lâm sàng N0 với siêu âm nách dương tính và sinh thiết hạch dương tính
- Bệnh nhân lâm sàng N+

cN0 usN0: GS trước hoặc sau CNA (hóa trị tân bổ trợ)?

- **Thử nghiệm GANEA, GS sau hóa trị**
- *Classe et al, JCO 2008*
- Kết luận: bệnh nhân có thể phẫu thuật, u không viêm, đơn ổ, hóa chất tân bổ trợ
- cN0 hoặc cN1 nếu hạch di động sờ thấy



Kết luận:
Ở bệnh nhân cN0, có thể làm GS sau CNA
Ở bệnh nhân cN1 không có thông tin về hạch, phải vét hạch nách

cN0 usN0

Thử nghiệm SENTINA
GS trước CNA
Nếu GS+ trước CNA
Bras B: lặp lại GS sau CNA + CA
DR: 60.8%
FNR: 51.6%

Kết luận:
Nếu GS+ trước CNA, phải vét hạch sau khi hóa chất tân bổ trợ

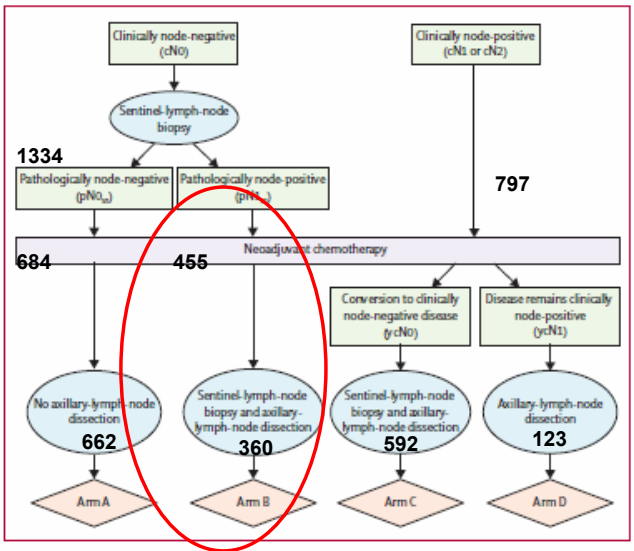
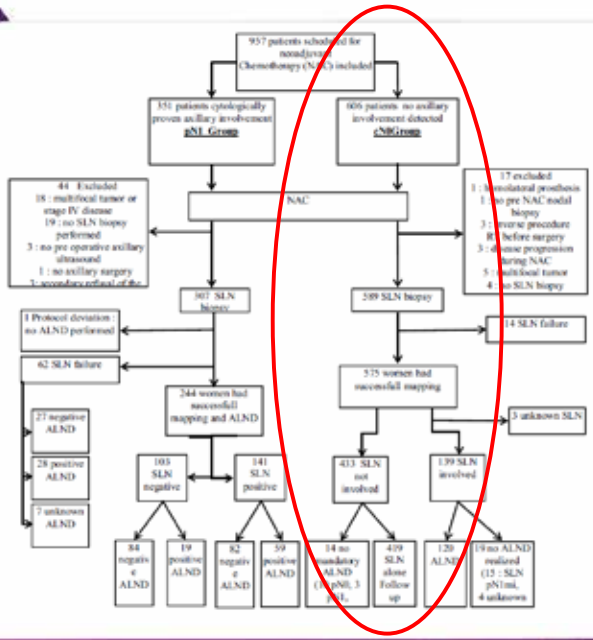


Figure 1: SENTINA trial design

Kuehn et al. Lancet Oncol 2013

GANEA 2

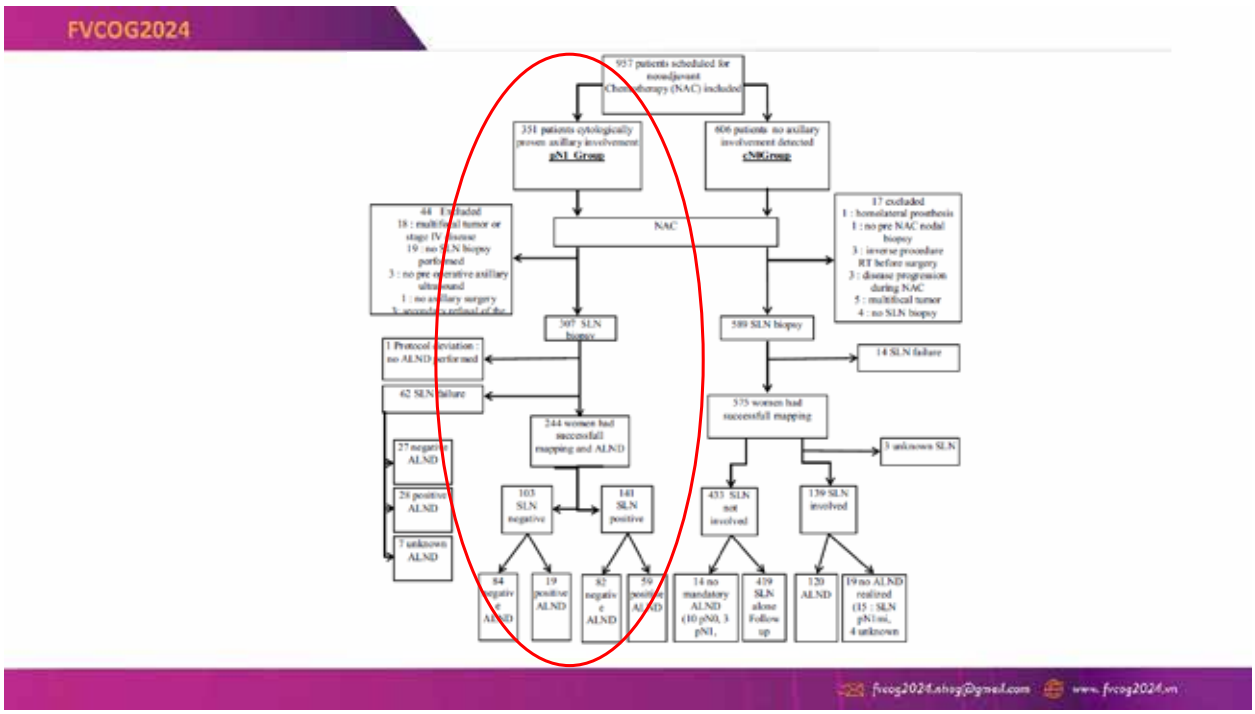


cN0 usN0: GS sau CNA

- **Thử nghiệm GANEA 2, Classe et al. BCRT 2019**
- Nhóm bệnh nhân cN0 N=589
- GS sau CNA
- Tỷ lệ phát hiện: 97.6%
- GS- ở 479 bệnh nhân: 76% , không vét hạch nách hệ thống
- sau 3 năm theo dõi: 1 tái phát ở nách
- **Nếu cN0 usN0 và GS – sau CNA: không vét hạch**
- **Nếu cN0 usN0 etvà GS + sau CNA: vét hạch do không có dữ liệu ủng hộ việc bảo tồn**

cN0 và usN+ với sinh thiết +

- **SENTINA**
- **GANEA2**
- **ACOSOG Z1071**



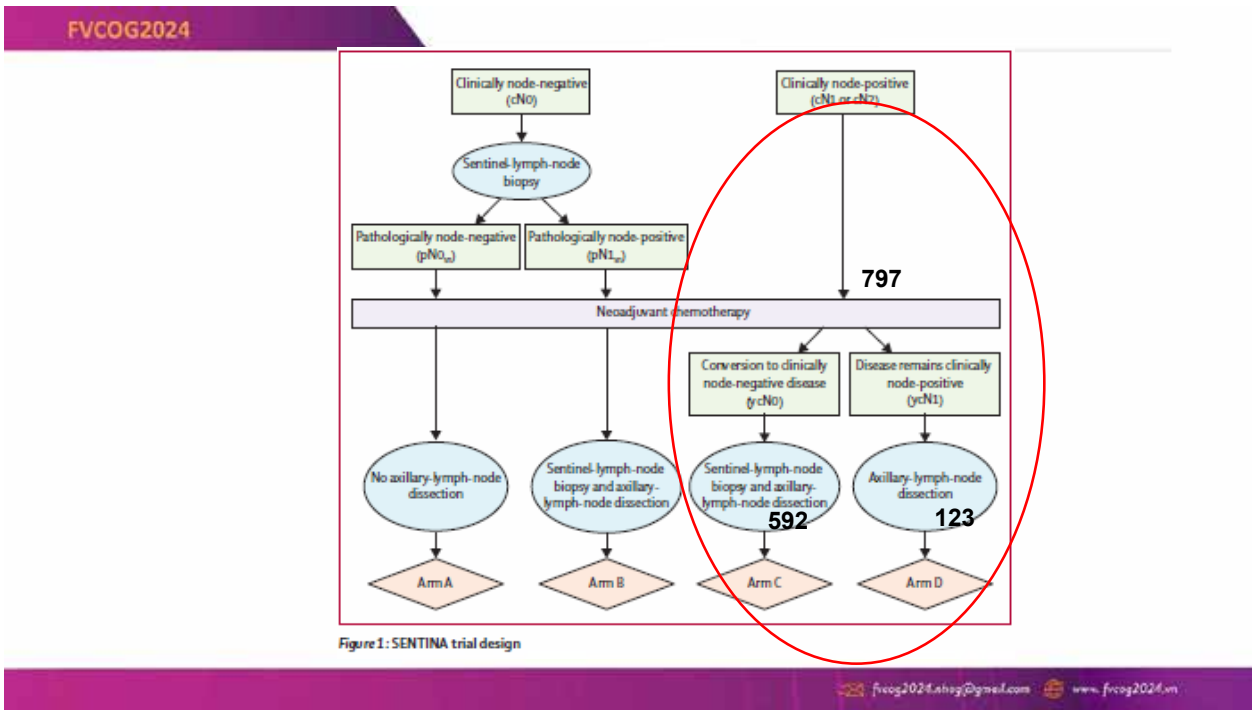
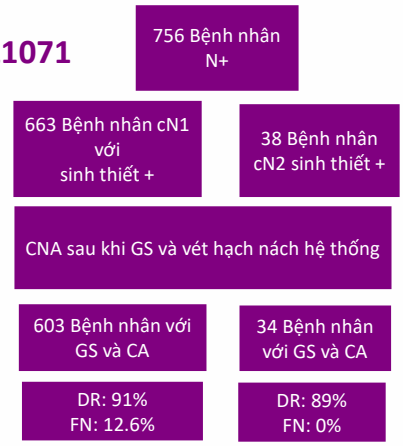


Figure 1: SENTINA trial design

ACOSOG Z1071



cN0 và usN+ với sinh thiết +

- **GS sau CNA**

Auteur	Etude	N	DR	FNR
Classe, 2019	GANEA2	307	80%	18%
Kuehn, 2013	SENTINA	592	80%	14.2%
Boughey, 2013	ACOSOG Z1071	701	91%	12%

Các yếu tố cho thấy giảm nguy cơ xâm lấn hạch sau gác : không có thuyên tắc, ypT< 5mm, GS âm tính, > 2GS được lấy

FVCOG2024

cN1 với sinh thiết +

- **Phân tích gộp của *Tee et al, BJS 2018***
- 13 nghiên cứu gộp: bệnh nhân cN1 với sinh thiết + và GS+ CA sau CNA
- 1921 bệnh nhân
- DR: 90%
- FN: 11% nếu phát hiện kép, 19% nếu phát hiện đơn
- FN nếu 1GS 20%, nếu 2 GS 12% và nếu 3GS hoặc trên 4%
- **Hiện nay việc vét hạch vẫn được khuyến cáo**

FVCOG2024

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ORIGINAL REPORT

Đánh giá cải thiện nách sau điều trị tân bổ trợ cho bệnh nhân ung thư vú có hạch dương tính bằng cách đánh giá chọn lọc các hạch đã cắt: Cắt bỏ hạch nách có mục tiêu (TAD)
Caudle et al

208 bệnh nhân N+ được minh chứng mô học với hạch được kẹp trước CNA

191 vét hạch nách toàn bộ
118 GS + CA
85 TAD + CA

Tỷ lệ bệnh còn lại: 63%
Tỷ lệ âm tính giả của GS: 10,1%
Tỷ lệ âm tính giả của TAD: 2%
Tỷ lệ âm tính giả của GS + TAD: 1,4%

GANEA3

- Bệnh nhân ban đầu cN1 với sinh thiết +
- Kẹp trong hạch được sinh thiết
- CNA
- GS + đánh dấu hạch được kẹp + CA

- Giảm phẫu thuật trong trường hợp hạch âm tính?

- Inclusions terminées, PI JM Classe

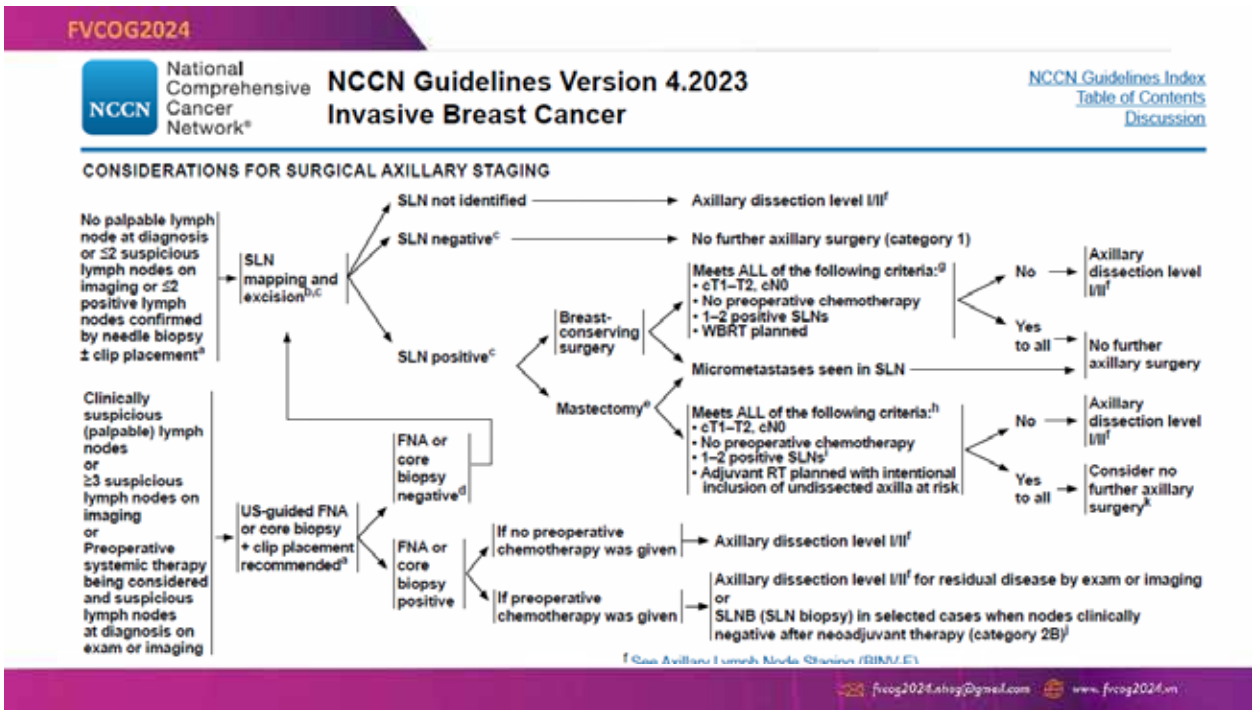
GANEA3 : Kết quả sơ bộ

- 405 bệnh nhân từ 01/2019 – 03/2022
- Phân tích 260 bệnh nhân

- **GS đơn thuần: tỷ lệ âm tính giả 21%**
- **Chỉ cắt hạch đánh dấu: tỷ lệ âm tính giả 9%**
- **Kết hợp cả 2 (cắt hạch mục tiêu): tỷ lệ âm tính giả 6%**

- Có thể « vét hạch mục tiêu » ở bệnh nhân N+ sau CNA

- Chờ kết quả tái phát ở nách


FVCOG2024
National Comprehensive Cancer Network®
NCCN Guidelines Version 4.2023
Invasive Breast Cancer
NCCN Guidelines Index
Table of Contents
Discussion
CONSIDERATIONS FOR SURGICAL AXILLARY STAGING
No palpable lymph node at diagnosis or ≤2 suspicious lymph nodes on imaging or ≤2 positive lymph nodes confirmed by needle biopsy ± clip placement[a]
SLN mapping and excision[b,c]
SLN not identified
Axillary dissection level I/II[f]
SLN negative[c]
No further axillary surgery (category 1)
SLN positive[c]
Breast-conserving surgery
Meets ALL of the following criteria:[g]
• cT1–T2, cN0
• No preoperative chemotherapy
• 1–2 positive SLNs
• WBRT planned
No
Axillary dissection level I/II[f]
Yes to all
No further axillary surgery
Micrometastases seen in SLN
Mastectomy[e]
Meets ALL of the following criteria:[h]
• cT1–T2, cN0
• No preoperative chemotherapy
• 1–2 positive SLNs[i]
• Adjuvant RT planned with intentional inclusion of undissected axilla at risk
No
Axillary dissection level I/II[f]
Yes to all
Consider no further axillary surgery[k]
Clinically suspicious (palpable) lymph nodes or ≥3 suspicious lymph nodes on imaging or Preoperative systemic therapy being considered and suspicious lymph nodes at diagnosis on exam or imaging
US-guided FNA or core biopsy + clip placement recommended[a]
FNA or core biopsy negative[d]
FNA or core biopsy positive
If no preoperative chemotherapy was given
Axillary dissection level I/II[f]
If preoperative chemotherapy was given
Axillary dissection level I/II[f] for residual disease by exam or imaging or SLNB (SLN biopsy) in selected cases when nodes clinically negative after neoadjuvant therapy (category 2B)[j]
[f] See Axillary Lymph Node Staging (BINV-E)
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

meiji

DINH DƯỠNG TOÀN DIỆN CHO MẸ & BÉ

MEIJI NHẬT BẢN NHẬP KHẨU CHÍNH HÃNG

www.meiji.com.vn



NHÀ NHẬP KHẨU: CÔNG TY TNHH MEIJI FOOD VIỆT NAM

Địa chỉ: Phòng 7, tầng 11, tòa nhà TNR số 54A, Nguyễn Chí Thanh, Q. Đống Đa, TP. Hà Nội

NHÀ PHÂN PHỐI: CÔNG TY CP SÓNG THẦN HÀ NỘI

Địa chỉ: Số 26/26 Vương Thừa Vũ, Q. Thanh Xuân, TP. Hà Nội. Hotline: 18006026



TS.BS NGUYỄN VĂN THẮNG

Trưởng khoa Phụ Ung thư - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2001: Tốt nghiệp Bác sỹ nội trú Chuyên ngành Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2003: học FFI tại Cộng hòa Pháp
- 2009: Bác sỹ chuyên khoa II chuyên ngành Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội
- 2020: Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2004 đến nay: Khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2018 đến nay: Trưởng khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ sản Trung ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả 22 bài báo đăng tạp chí trong nước
- 06 Đề tài cơ sở
- 04 Đề tài là chủ nhiệm chính

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ: 01
- Bằng khen Bộ trưởng Bộ Y tế: 02
- 2020: Danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú

FVCOG2024

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

TS. BSCKII. Nguyễn Văn Thắng

Trưởng khoa Phụ Ung thư

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương



FVCOG2024

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

01. Dịch tễ học

02. Chẩn đoán

03. Xử trí

04. Tiên lượng

FVCOG2024

DỊCH TỄ

Tần suất ung thư ở PNCT 1/1000, xu hướng gặp nhiều hơn do phụ nữ mang thai lớn tuổi hơn[1]

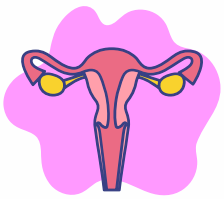
Ung thư cổ tử cung chiếm tỷ lệ khoảng 1/1200 PNCT

Tỷ lệ tổn thương loạn sản cổ tử cung ở PNCT lên tới 5% dân số

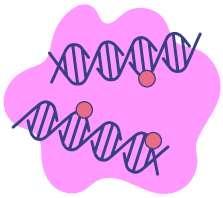
1.Sivanesaratnam V: Management of the pregnant mother with malignant conditions, *Curr Opin Obstet Gynecol* 13:121, 2001

FVCOG2024

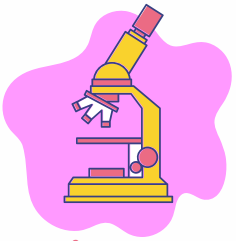
CHẨN ĐOÁN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ



Xét nghiệm tế bào Papanicolaou



Xét nghiệm HPV



Soi cổ tử cung và sinh thiết

FVCOG2024

Những rào cản trong chẩn đoán ung thư CTC trong thai kỳ

- Có thai làm thay đổi hình ảnh soi cổ tử cung gây khó khăn trong việc phân biệt tổn thương bệnh lý do:

+ Tăng nồng độ estrogen

+ Tăng sinh mạch máu

+ Chất nhày cổ tử cung nhiều gây che khuất hình ảnh soi cổ tử cung

FVCOG2024

Xét nghiệm tế bào Papanicolaou

- Các tế bào không điển hình của phiến đồ âm đạo ở phụ nữ có thai gặp nhiều hơn khi không có thai
- Đối với các tổn thương ở cổ tử cung nghi ngờ có ung thư xâm lấn, việc sinh thiết trực tiếp vị trí nghi ngờ có giá trị hơn là xét nghiệm tế bào
- Xét nghiệm Pap vẫn là công cụ quan trọng để sàng lọc ung thư cổ tử cung ở phụ nữ mang thai



FVCOG2024

Xét nghiệm HPV

- Tỷ lệ nhiễm HPV tăng ở thai phụ có tuổi thai lớn hơn.
- Thai phụ nhiễm HPV tại thời điểm sinh con thì trẻ sơ sinh có tỷ lệ nhiễm cao hơn [2]
- Xét nghiệm HPV giúp phân tầng nguy cơ

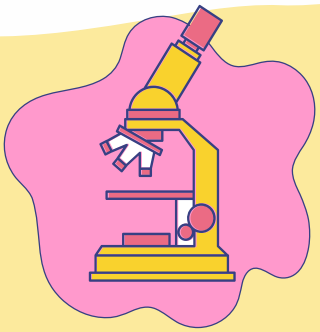


2.Schneider A, Hotz M, Gissmann L: Increased prevalence of human papillomavirus in the lower genital tract of pregnant women, Int J Cancer 40:198, 1987

FVCOG2024

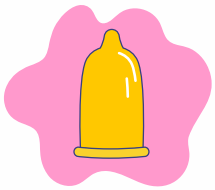
Soi cổ tử cung và sinh thiết

- Việc sinh thiết ngẫu nhiên nên tránh
- Soi cổ tử cung làm giảm các can thiệp khoét chóp cổ tử cung
- Soi cổ tử cung khi có thai cho thấy độ chính xác chẩn đoán là 99,5% và tỷ lệ có biến chứng chỉ là 0,6%; rất ít trường hợp bỏ sót ung thư xâm lấn

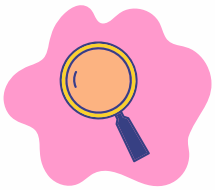


FVCOG2024

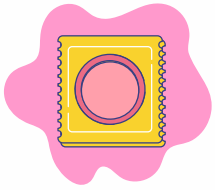
Các xử trí với tiền ung thư cổ tử cung thai kỳ



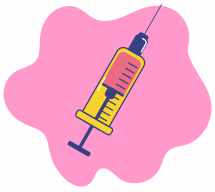
Xử trí bất thường biểu mô vẩy



Xử trí bất thường tổn thương biểu mô tuyến



Thủ thuật khoét chóp khi có thai



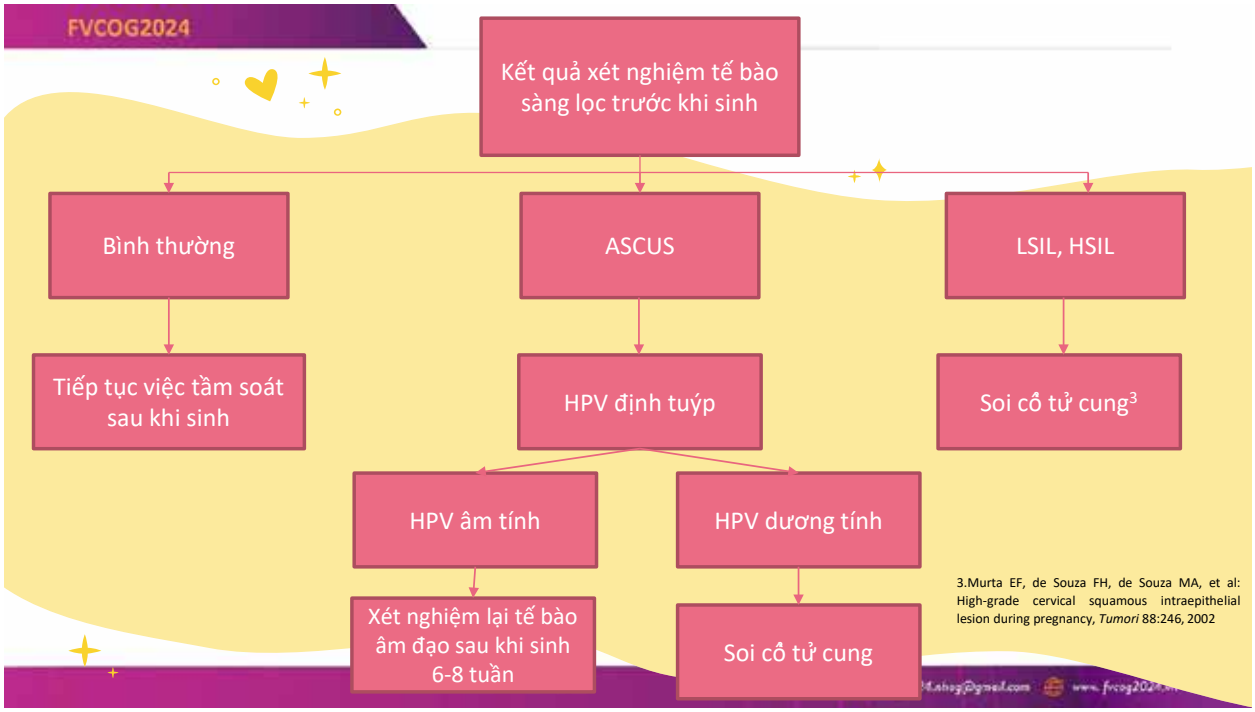
Cắt tử cung trong giai đoạn chuyển dạ

FVCOG2024

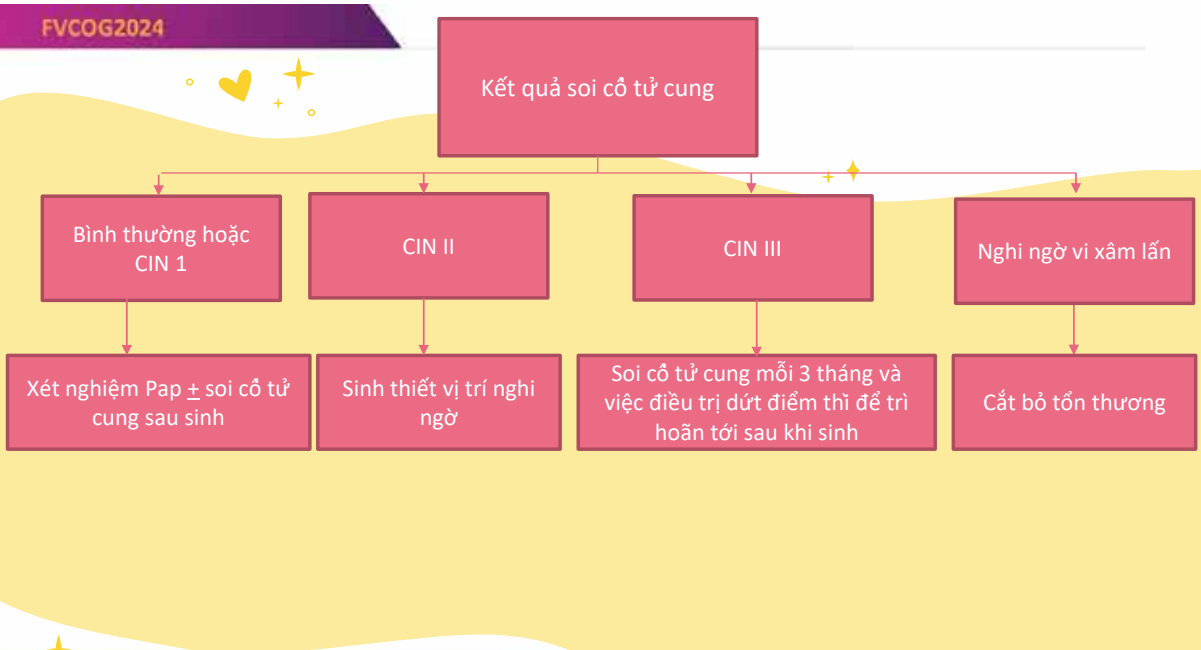
Xử trí bất thường biểu mô vẩy



FVCOG2024



3.Murta EF, de Souza FH, de Souza MA, et al: High-grade cervical squamous intraepithelial lesion during pregnancy, *Tumori* 88:246, 2002



Xử trí bất thường biểu mô tuyến



FVCOG2024

Xử trí bất thường biểu mô tuyến

- Tất cả trường hợp AGUS đều nên soi cổ tử cung và sinh thiết
- Ung thư tại chỗ nên được soi cổ tử cung để đánh giá mỗi 3 tháng tiếp theo
- LEEP hoặc khoét chóp bằng dao lạnh khi có thai chỉ thực hiện khi có chỉ định.
- Đẻ thường có thể giúp loại bỏ các tổn thương CIN tốt hơn so với mổ đẻ [4]

4. Yoonessi M, Wieckowska W, Mammello D, et al. Cervical intraepithelial neoplasia in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 20:111, 1982

FVCOG2024

Xử trí bất thường biểu mô tuyến

- Trong thai kì, siêu âm, MRI được dùng để đánh giá tổn thương, không nên thực hiện các thăm dò xâm lấn
- Can thiệp theo hướng chờ đợi có thể chấp nhận được đối với tổn thương biểu mô tuyến tại chỗ AIS

FVCOG2024

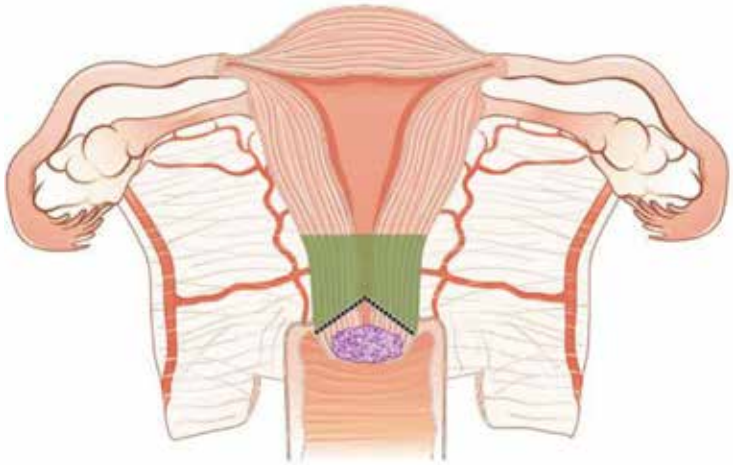
Thủ thuật khoét chóp cổ tử cung

- Là một thủ thuật tiềm ẩn nhiều rủi ro cho cả mẹ và thai nhi [5]
- Chỉ định khoét chóp thường được áp dụng cho các trường hợp cụ thể
- Kỹ thuật khoét chóp bằng laser CO2 ở thai phụ có CIN III, CIS và MIC cũng là lựa chọn thay thế

5.Mitsuhashi A, Sekiya S. Loop electrosurgical excision procedure (LEEP) during first trimester of pregnancy. Int J Gyneacol Obstet 71:237, 2000

FVCOG2024

KHOÉT CHÓP CỔ TỬ CUNG



David Cibula et al. Int J Gynecol Cancer 2023;33:649-666

© 2023 IGCS and ESGO. This is an open access article under the CC BY license. Published by BMJ.

FVCOG2024

Cắt tử cung trong giai đoạn chuyển dạ

- Là một can thiệp phức tạp, cần cân nhắc kỹ lưỡng vì có nhiều nguy cơ
- Nên cân nhắc việc theo dõi và trì hoãn điều trị sau sinh
- Không có bằng chứng rõ ràng về sự tiến triển của bệnh ung thư cổ tử cung nhanh hơn trong thai kỳ

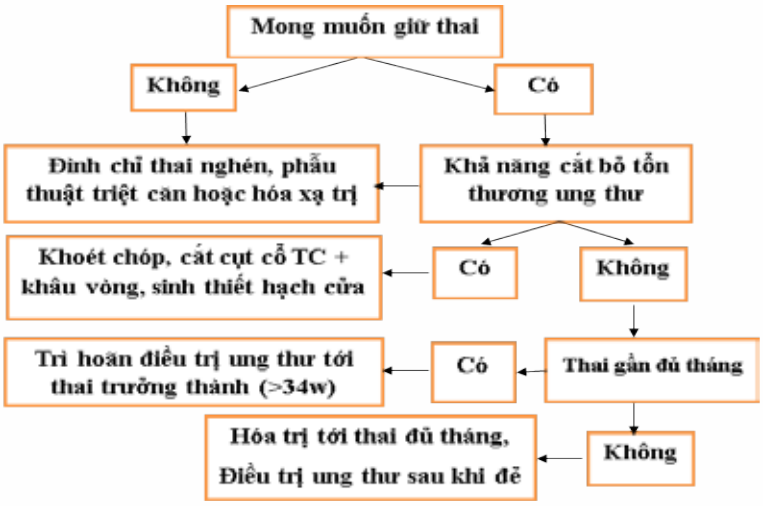


FVCOG2024

Ung thư cổ tử cung xâm nhập



Sơ đồ hướng xử trí của ung thư cổ tử cung xâm lấn[6]



6.ESGO/ESTRO/ESP Guideline for the management of patients with cervical cancer-Update 2023. https://ijgc.bmj.com/content/33/5/649

FVCOG2024

Cắt cụt cổ tử cung rộng rãi và vét hạch chậu

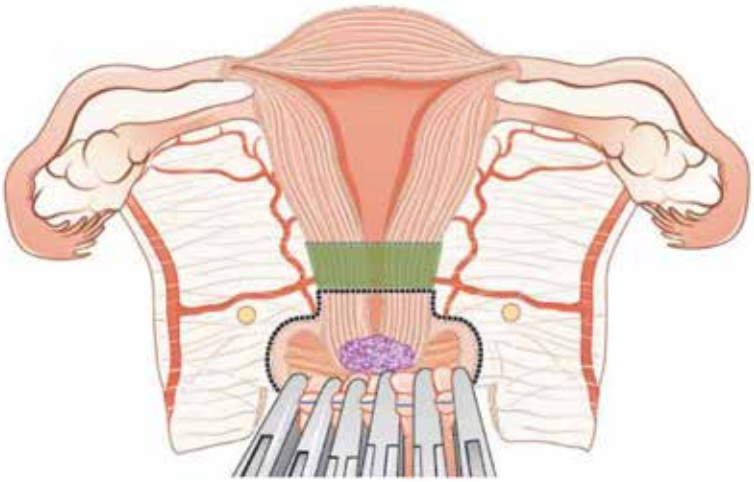
- Qua đường âm đạo: cắt cổ tử cung rộng rãi không vét hạch chậu, qua đường bụng có thể kèm theo vét hạch chậu[7,8]
- Phẫu thuật vét hạch chậu cũng có thể thực hiện qua nội soi
- Xác định hạch cửa khi có thai bằng kỹ thuật chất keo phóng xạ đánh dấu technium
- Sau mổ có thể đặt vòng nâng âm đạo
- Cần đánh giá xâm nhập hệ bạch huyết và bờ vết cắt trên GPB



7.Mandic A, Novakovic P, Nincic D, et al: Radical abdominal trachelectomy in the 19th gestation week in patients with early invasive cervical carcinoma: case study and overview of literature, Am J Obstet Gynecol 201:e6-e8, 2009
8.van de Nieuwenhof HP, van Ham MA, Lotgering FK, et al: First case of vaginal radical trachelectomy in a pregnant patient, Int J Gynecol Cancer 18:1381-1385, 2008

FVCOG2024

CẮT CỔ TỬ CUNG ĐƠN THUẦN

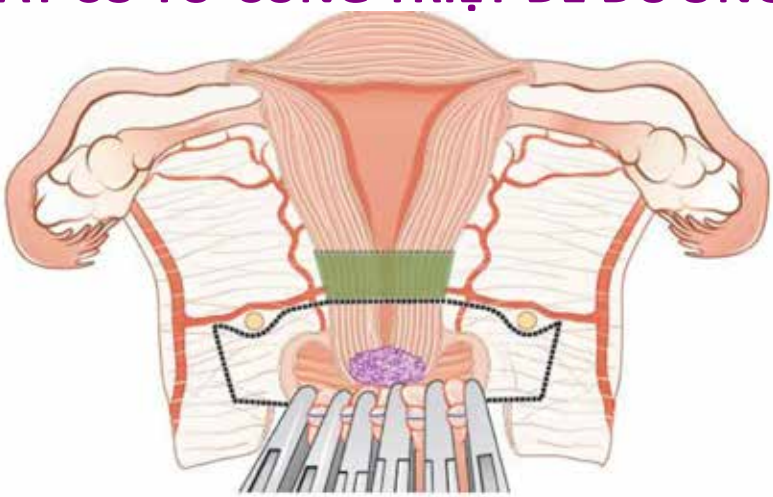


David Cibula et al. Int J Gynecol Cancer 2023;33:649-666

© 2023 IGCS and ESGO. This is an open access article under the CC BY license. Published by BMJ.

FVCOG2024

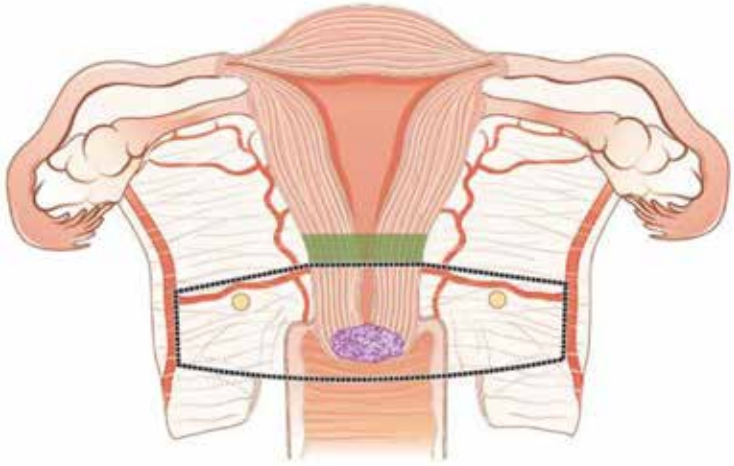
CẮT CỔ TỬ CUNG TRIỆT ĐỂ ĐƯỜNG



David Cibula et al. Int J Gynecol Cancer 2023;33:649-666

© 2023 IGCS and ESGO. This is an open access article under the CC BY license. Published by BMJ.

CẮT CỔ TỬ CUNG TRIỆT ĐỂ ĐƯỜNG



David Cibula et al. Int J Gynecol Cancer 2023;33:649-666

© 2023 IGCS and ESGO. This is an open access article under the CC BY license. Published by BMJ.

Xạ trị

- Hóa xạ trị là lựa chọn để điều trị các ung thư ở giai đoạn muộn Ib2-IVa
- Thai ở 3 tháng đầu và 3 tháng giữa nếu không giữ thai thì điều trị có thể bắt đầu bằng xạ trị toàn bộ vùng chậu. Sảy thai tự nhiên thường xảy ra. Sau đó được tiếp tục với xạ trị nội mạc
- Trường hợp thai không tự sảy, tiến hành mổ lấy thai sau đó 1-2 tuần rồi điều trị xạ trị nội mạc

FVCOG2024

Hóa trị tân bổ trợ

- Áp dụng cho các trường hợp thai phụ ung thư giai đoạn IB2 trở đi, muốn giữ thai
- Sử dụng từ quý hai trở đi là an toàn với thai nhi tuy nhiên trẻ thường nhẹ cân [9].
- Hóa trị giúp: Giảm kích thước khối u, tăng khả năng sống sót, bảo tồn thai kỳ
- Các loại thuốc được dùng phổ biến hiện nay: Cisplatin, Vincristine, Bleomycin.
- Thời điểm bắt đầu: Giai đoạn giữa quý 2 đến đầu quý 3 thai kỳ
- Thời điểm kết thúc: tuần 33, trước khi sinh khoảng 3-4 tuần

9.Gómez Rodrigo S, Calderon J, Diosini JN, et al. Int J Gynecol Cancer 2021;31:784-788

FVCOG2024

Kế hoạch trì hoãn điều trị

- Giai đoạn Ia1 tới Ib1 được chẩn đoán xung quanh 20 tuần thì nên trì hoãn điều trị[10]
- Trì hoãn điều trị từ 1 tới 5 tháng chờ cho thai trưởng thành mới điều trị bệnh sau khi lấy thai ra cho kết quả khả quan cả về phía mẹ và thai
- Vẫn có các trường hợp tiến triển, tái phát và tử vong vì vậy nên tư vấn, giải thích kỹ để bệnh nhân hiểu chấp nhận nguy cơ

10.Gurney EP, Blank SV: Postpartum radical trachelectomy for IB1 squamous cell carcinoma of the cervix diagnosed in pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* 201:e8-e10, 2009

FVCOG2024

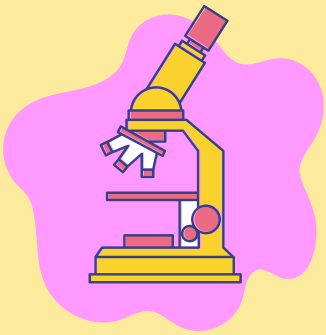
Tiên lượng ung thư cổ tử cung khi có thai

- Tiên lượng của bệnh nhân ung thư cổ tử cung khi mang thai tương đương với bệnh nhân không mang thai khi cùng giai đoạn bệnh
- Giai đoạn sớm: Tỷ lệ sống sót cao hơn ở những bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm (Ia1, Ib)
- Giai đoạn muộn: Tỷ lệ sống sót giảm đi đáng kể, đặc biệt khi phát hiện bệnh ở quý 3 hoặc sau sinh
- Ảnh hưởng của thai kỳ: Thai kỳ có thể làm chậm quá trình chẩn đoán và điều trị, dẫn đến giai đoạn bệnh tiến triển hơn khi phát hiện

FVCOG2024

Tiên lượng ung thư cổ tử cung khi có thai

- Kết cục sản khoa:
  - Tỷ lệ mổ đẻ nhiều hơn
  - Thời gian nằm viện lâu hơn
  - Trẻ sinh non
  - Trẻ nhẹ cân
  - Thai chết lưu



FVCOG2024

Kết luận

- Tần suất gặp ung thư cổ tử cung trong thai kỳ 1/1200
- Các khó khăn cho chẩn đoán bệnh: thay đổi nội tiết, giải phẫu, nguy cơ chảy máu, sảy thai
- Ung thư giai đoạn sớm: chờ đợi xử trí sau sinh
- Ung thư giai đoạn xâm lấn: tùy nguyên vọng sinh con, giai đoạn bệnh: cắt tử cung, khoét chóp, hóa trị tân bổ trợ, xạ trị, trì hoãn tới sau sinh
- Tiên lượng: giống với khi không có thai



EURO PHARM VN

BỘ ĐÔI CÔNG THỨC OZOILE

TĂNG HIỆU QUẢ

ĐÀO THẢI HPV

NGỪA TÁI NHIỄM SÙI MÀO GÀ

PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG

ĐA TÁC ĐỘNG - AN TOÀN - HIỆU QUẢ

IDROZOIL®

DUNG DỊCH RỬA VÙNG DA VÀ NIÊM MẠC

VULVOVAGI®
SPRAY

CHAI XỊT HỖ TRỢ ĐÀO THẢI HPV VÀ PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG





PGS.TS
PHẠM HUY HIỀN HÀO

Phụ trách phòng Nghiên cứu Khoa học và Phát triển Công nghệ - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1986: Bác sĩ Đa khoa - Trường Đại học Y Hà Nội
- 1996: Thạc sĩ Chuyên ngành Sản Phụ khoa - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2004: Tiến sỹ Chuyên ngành Sản Phụ khoa - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2009: Sau tiến sỹ Chuyên ngành Sản Phụ khoa - Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Tháng 5/1990 - nay: Giảng viên Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Hà Nội
- Tháng 8/2009 - 2021: Phó Trưởng phòng Nghiên cứu khoa học và phát triển công nghệ - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2021 - nay: Phụ trách phòng Nghiên cứu khoa học và phát triển công nghệ - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 2018: Nhận xét về chẩn đoán chửa trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2017 - Tạp chí Phụ sản
- 2021: Giá trị của beta hCG tự do huyết thanh trong chửa trứng, chưa thường và u nguyên bảo nuôi - Tạp chí Nghiên cứu Khoa học
- 2022: Nhận xét các trường hợp cắt từ cung hoàn toàn sau LEEP tạo Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - Tạp chí Phụ Sản
- 2022: Kết quả chẩn đoán viêm âm đạo bằng máy GMD-S600 - Tạp chí Phụ sản
- 2024: Nhận xét kết quả sinh thường trên sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198 - Tạp chí Y học Việt Nam
- 2024: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những sản phụ có sẹo phẫu thuật lấy thai tại bệnh viện 198 - Tạp chí Y học Việt Nam

PHẠM HUY HIỀN HÀO

XÉT NGHIỆM PAP NHÚNG DỊCH KỸ THUẬT LIQUI-PREP



Cải tiến độ chính xác hơn

Tăng tỉ lệ độ nhạy đến : 87% [2]
Tăng tỉ lệ độ đặc hiệu đến : 98.5% [2]
Tăng tỉ lệ phát hiện LSIL : 201% [1]
Tăng tỉ lệ phát hiện HSIL : 64% [1]
Giảm tỉ lệ âm tính giả : 50% [3]
Cho phép tương thích sinh học với HPV DNA [2]

[1] Diagnostic Cytopathology 2007
[2] Research Jounal of Biological Sciences 2008
[3] Asian Pacific Jounal of Cancer Prevention 2009

vanhungmedical.com

CÔNG TY TNHH TRANG THIẾT BỊ Y TẾ VẠN HƯNG
NHÀ PHÂN PHỐI SẢN PHẨM QUỐC TẾ - HẬU CẦN ĐỊA PHƯƠNG
31 Trần Thị Ngôi, Phường 4, Quận 8, TP HCM
ĐT: +84-28-3852 1661~2
+84-283852 1740
vanhungmedical.com
pkd@vanhungmedical vn / pkt@vanhungmedical vn / vanhung@vanhungmedical vn



TS.BS. NGUYỄN THÁI GIANG

Khoa Phụ ung thư -
Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Giảng viên Bộ môn Phụ sản -
Trường Đại học Y Hà Nội

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2005 - 2008: Bác sĩ nội trú, chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 2009 - 2010: Bác sĩ nội trú (FFI) tại Bệnh viện Morvan, Brest, Cộng hòa Pháp.
- 7/2012 - 9/2012: Thực tập sinh tại Bệnh viện Royal Nothshore và Bệnh viện Royal Prince Alfred, Sydney.
- 2014 - 2020: Nghiên cứu sinh, chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ năm 2009 - nay: Giảng viên, Trường Đại học Y Hà Nội
- Từ năm 2009 - 3/2018: Bác sĩ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ tháng 3/2018 - 8/2018: Bác sĩ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ tháng 9/2018 - nay: Bác sĩ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả 16 bài báo đăng trên các tạp chí khoa học trong nước. Trong đó, 6 bài là tác giả chính.
- Tham gia 01 đề tài khoa học cấp cơ sở, làm thư kí." Nhận xét phẫu thuật nội soi cắt tử cung trong một số trường hợp u nguyên bào nuôi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2013"
- Đồng chủ biên 01 sách tham khảo được xuất bản. "Chăm sóc sức khỏe bà mẹ sau sinh tại cộng đồng"
- 01 báo cáo tại hội nghị chuyên ngành quốc tế ISUOG, 2024 tại Budapest, Hungary. "Could uterine artery pulsatility index (UAPI) be a predictor of Methotrexate resistance in low-risk gestational trophoblastic neoplasia ?"

FVCOG2024

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI

TS. Nguyễn Thái Giang

Đại học Y Hà Nội

FVCOG2024

DỊCH TỄ HỌC

Thai trứng

- USA – Australia – Europe : 1/ 1000 thai kì
- Đông Nam Á: 6/ 1000 – 13/1000 ở Indonesia

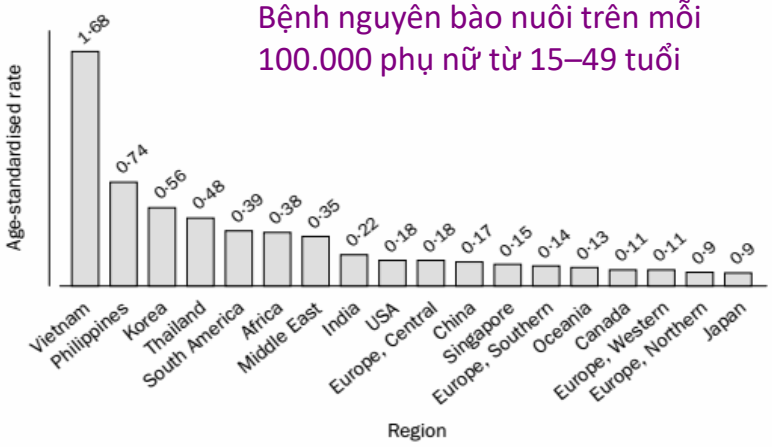
15–20% → U nguyên bào nuôi sau hút trứng

Có thể xuất hiện sau bất kì loại thai kì nào

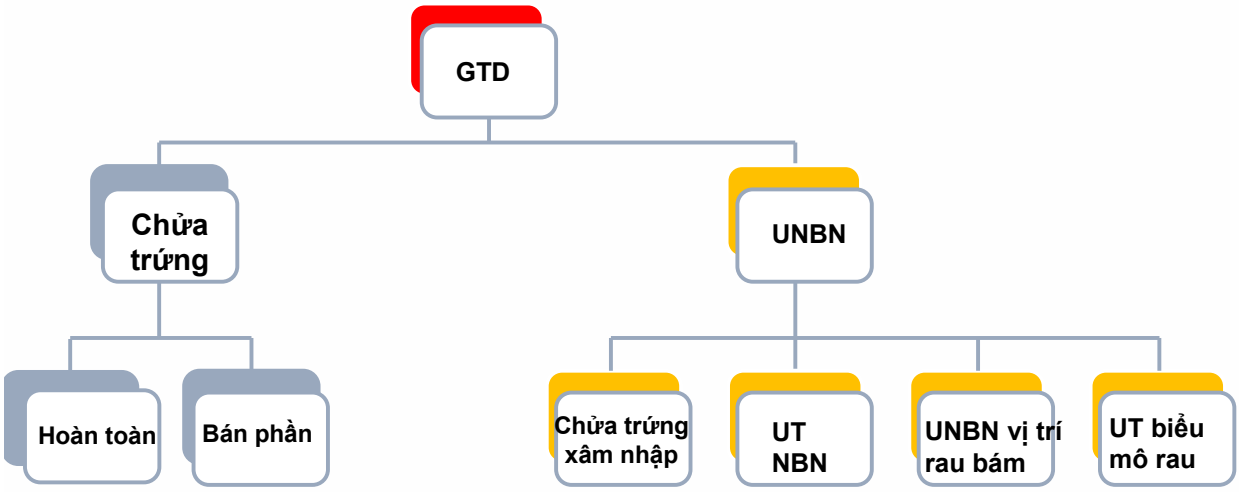
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813445/

DỊCH TỄ HỌC

Bệnh nguyên bào nuôi trên mỗi 100.000 phụ nữ từ 15–49 tuổi



A. Altieri, S. Franceschi, (2003). Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. The Lancet Oncology, 4 (11), 670-678.



https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813445/

FVCOG2024

THAI TRỨNG

Thai trứng: Được chẩn đoán trong 3 tháng đầu.

Triệu chứng: Ra máu âm đạo bất thường

Chẩn đoán: Siêu âm và hCG



FVCOG2024

PHÂN LOẠI THAI TRỨNG

Feature	Complete Mole	Partial Mole
Karyotype	46, XX or 46, XY Paternal origin	69, XXX or 69, XXY 2/3 paternal, 1/3 maternal origin
Pathology		
Evidence of fetus	Absent	May be present
Amnion, fetal RBCs	Absent	Present
Villous edema	Diffuse	Variable
Trophoblastic proliferation	Diffuse	Focal
p57 staining	Absent	Present
Clinical presentation		
Clinical diagnosis	Molar gestation or missed SAB	Missed SAB
Uterine size	Up to 50% large for dates	Small for dates
Theca lutein cysts	9–25%	Rare
Medical complications	6–20%	Rare
Postmolar GTN	7–30%	2.5–7.5%

RBCs, red blood cells; SAB, spontaneous abortion; GTN, gestational trophoblastic neoplasia.

50 % chửa trứng hoàn toàn: hCG > 100.000 IU/l
10 % chửa trứng bán phần: hCG > 100.000 IU/l

FVCOG2024

THAI TRỨNG TÁI DIỄN

Đột biến dòng mầm

NLRP7 ở 48–80% BN	*KHDC3L* ở 10–14% of BN

↓

Đột biến gây ra khiếm khuyết quá trình tạo dấu ấn dòng mẹ→ tạo ra noãn khiếm khuyết và môi trường không thuận lợi cho phôi làm tổ.

↓

Đây là thai trứng có nguồn gốc cả bố và mẹ với thành phần NST bình thường

FVCOG2024

ĐIỀU TRỊ CHỬA CHỨNG



Trước hút — 01 — **Hút chửa trứng** — 02 — **Quản lý sau hút chửa trứng** — 03

- **Theo dõi**
- **Thai kì tiếp theo**



- **Nạo hút thai trứng**
- **Cắt tử cung hoàn toàn** nên được cân nhắc ở phụ nữ **> 40 tuổi**

FVCOG2024

CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

Bệnh nhân không còn nguyện vọng mang thai
Phụ nữ > 40 tuổi, tăng nguy cơ UNBN sau chửa trứng.
Bảo tồn hai phần phụ, ngay cả khi có nang hoàng tuyến.
Cắt tử cung làm giảm nguy cơ UNBN sau chửa trứng từ 3–5% (15–20% sau nạo hút thai trứng).
Theo dõi hCG sau khi cắt tử cung

FVCOG2024

THEO DÕI SAU HÚT THAI TRỨNG

Mỗi 1-2 tuần

Định lượng hCG huyết thanh liên tiếp <5 UI/l

	Chửa trứng bán phần	Chửa trứng hoàn toàn
Anh	Ngừng theo dõi khi hCG khẳng định âm tính	Tiếp tục theo dõi đến 6 tháng
FIGO	Ngừng theo dõi khi hCG khẳng định lần 2 âm tính	Tiếp tục theo dõi hàng tháng đến 6 tháng
Mạng lưới Ung thư quốc gia Hoa Kì	Theo dõi 2 lần hCG cách 3 tháng sau khi 3 lần hCG âm tính liên tiếp	
Khác	Rút ngắn thời gian theo dõi với chửa trứng hoàn toàn sau 2 lần khẳng định giá trị hCG bình thường	

Coyle C, et al. What is the optimal duration of human chorionic gonadotropin surveillance following evacuation of a molar pregnancy? A retrospective analysis on over 20,000 consecutive patients. *Gynecol Oncol* 2018;148:254–57. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.12.008
Albright BB, et al. Gestational trophoblastic neoplasia after human chorionic gonadotropin normalization following molar pregnancy. A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2020;135:12–23. doi: 10.1097/AOG.0000000000003566
Abu-Rustum NR, et al. Gestational trophoblastic neoplasia, version 2.2019. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:1374–91. doi: 10.6004/jnccn.2019.0053

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

CÓ THAI

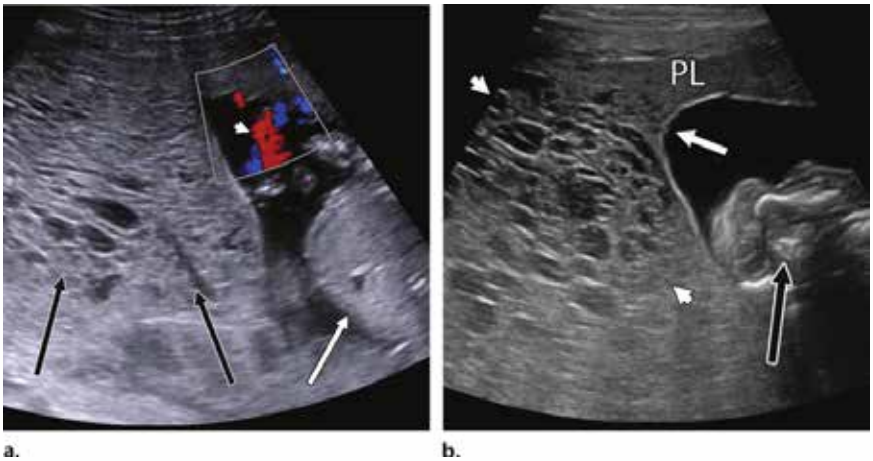


- Sau hút trứng: 6- 12 tháng
- BN có tiền sử chửa trứng: 1–2% chửa trứng lần 2
- Chửa trứng liên tiếp: xét nghiệm đột biến gen dòng mầm với NLRP7 và KHDC3L
- HTSS: xin trứng được khuyến cáo nếu đột biến+

Kohorn EI. How soon is it safe to undertake pregnancy after trophoblastic tumor?. *Gynecol Oncol* 1999;94:343–44. doi: 10.1006/gyno.1999.5468 [PubMed]
Costa HLFF, Doyle P. Influence of oral contraceptives in the development of post-molar trophoblastic neoplasia – a systematic review. *Gynecol Oncol* 2006;100:579–85. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.09.031 [PubMed]

Chẩn đoán phân biệt chửa trứng bán phần

1. CTBP~ tồn tại đồng thời thai trứng hoàn toàn và thai sống



Gestational Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features, March 2017, Radiographics 37(2):681-700

FVCOG2024

1. CTBP với tồn tại đồng thời chửa trứng hoàn toàn và thai sống

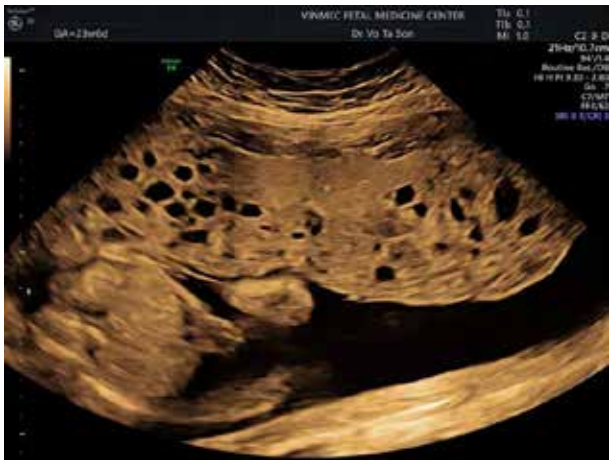
- ~1 /22000 thai kì, do kích thích phóng noãn
- Tuổi thai trung bình lúc chẩn đoán là 19.50 ±3.09 tuần, tuổi thai lúc chuyển dạ là 26.67 tuần (17–35)
- 40 -60% các thai kì sinh ra trẻ có khả năng sống
- Biến chứng mẹ: Chảy máu, thiếu máu, truyền máu, doạ sảy thai, và tiền sản giật.
- Nguy cơ UNBN: 46%, nồng độ hCG cao hơn và tỉ lệ gặp biến chứng y khoa cao nhất



FVCOG2024

2. CTBP~ Loạn sản trung mô bánh rau (PMD)





BN 34 tuổi, PARA 2002, nghi ngờ chửa trứng bán phần từ 13w

Hình ảnh từ BS. Võ Tá Sơn, BV Vinmec

2. CTBP~ Loạn sản trung mô bánh rau (PMD)



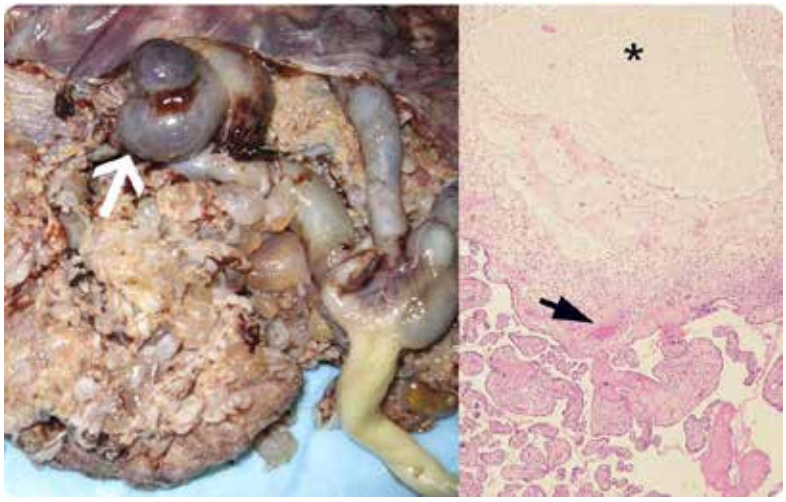


Em bé khoẻ mạnh, chuyển dạ đẻ lúc 37 tuần
- PMD được đặc trưng bởi bánh rau phì đại và nang dạng chùm nho giống với TTBP trên siêu âm
- Nhận biết PMD trong giai đoạn sớm và muộn của thai kì có thể ngăn ngừa đình chỉ thai không cần thiết.

Hình ảnh từ Bs Võ Tá Sơn, BV Vinmec

FVCOG2024

2. CTBP~ Loạn sản trung mô bánh rau(PMD)



Woo. Placental mesenchymal dysplasia. Am J Obstet Gynecol 2011

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Tiêu chuẩn chẩn đoán UNBN

Nồng độ hCG sau hút chửa trứng

- hCG bình nguyên ±10% với 4 lần trong vòng 3 tuần
- hCG tăng trên 10% với 3 lần trong vòng 2 tuần
- hCG > 5 IU/l , 6 tháng sau hút chửa trứng

Xuất hiện bệnh di căn

Mô bệnh học là UNBN



Ngan HY, et al; FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification Int J Gynecol Obstet 2003;83:175-7

FVCOG2024

Nạo hút lại khi hCG tăng hoặc bình nguyên


The curative effect of a second curettage in persistent trophoblastic disease: a retrospective cohort survey



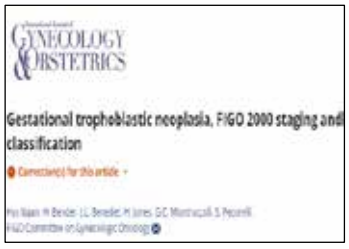
- Nạo hút lại: thủng tử cung xảy ra ở 4.8–8% BN, ảnh hưởng tới điều trị ở ít hơn 20% BN
- hCG >1,500 IU/L : khả năng đáp ứng kém với nạo hút lần 2.
- Pezeshki : 368/544(68%) BN tự thoái triển sau khi nạo hút, với không có BN nào phải cắt tử cung hoặc thủng tử cung
- Thử nghiệm bởi Nhóm Ung thư Phụ khoa: 64 BN UNBN nguy cơ thấp không di căn → 40% không cần điều trị thêm.

U NGUYÊN BÀO NUÔI

- Ngoại trừ BN u nguyên bào nuôi diện rau bám và ung thư biểu mô rau
- Biểu hiện lâm sàng của BN u nguyên bào nuôi là quan trọng hơn để xác định điều trị và kết quả hơn là kết quả mô bệnh học chính xác.

U nguyên bào nuôi sau thai trứng

- Là một chẩn đoán lâm sàng
- Sau hút thai trứng
- Dựa vào giá trị hCG
- Thường không có khẳng định mô học



Abu-Rustum NR, Yashar CM, Bean S, Bradley K, Campos SM, Chon HS, et al. Gestational trophoblastic neoplasia, version 2.2019. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:1374–91
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813445/

FVCOG2024

Chửa trứng xâm nhập

- Mô học: xâm nhập trực tiếp lớp cơ bởi các gai rau phù nề với sự phân bào của nguyên bào nuôi bằng nạo thai hoặc cắt tử cung.
- Hiếm khi di căn
- Hoá trị: giảm biến chứng và tử vong (thủng tử cung, chảy máu, hoặc nhiễm trùng)



Fig 1: Spectrum of gestational trophoblastic neoplasia

Abu-Rustum NR, Yashar CM, Bean S, Bradley K, Campos SM, Chon HS, et al. Gestational trophoblastic neoplasia, version 2.2019. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:1374–91
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813445/
Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670–78

FVCOG2024

Ung thư nguyên bào nuôi

Mô học: là một ung thư biểu mô đơn thuần, bao gồm tân sinh nguyên bào nuôi trung gian , tế bào nuôi, và hợp bào nuôi mà không có gai rau. Thường có tình trạng bất thường NST. Hoại tử trung tâm và chảy máu thường được quan sát thấy trong các nốt của UTNBN.

Di căn xa sớm

Hoá trị: ngay cả khi không có di căn.

Abu-Rustum NR, Yashar CM, Bean S, Bradley K, Campos SM, Chon HS, et al. Gestational trophoblastic neoplasia, version 2.2019. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:1374–91
Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670–78

U nguyên bào nuôi vị trí rau bám

Chẩn đoán bằng nạo hút hoặc cắt tử cung.

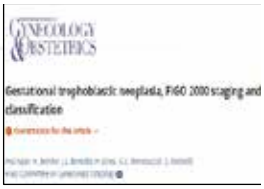
Về mô học, nó được đặc trưng bởi sự vắng mặt của gai rau, tang sinh nguyên bào nuôi trung gian mà không có hợp bào nuôi và tỉ lệ nhân chia thấp.

Bởi vì thiếu hợp bào nuôi, nồng độ hCG được tiết ra bởi các khối u này thấp hơn tương đối.

Mặc dù các tế bào nhuộm dương tính với hPL, nhưng hPL trong huyết thanh không phải là một marker u đáng tin cậy. Nhuộm HMMD cũng dương tính lan toả với Mel-CAM và cytokeratin. Nồng độ β-hCG tự do có lẽ là một marker của bệnh lý này.

Altieri A, et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670–78
Cole LA, et al. Gestational trophoblastic diseases: 3. Human chorionic gonadotropin-free B-subunit, a reliable marker of placental site trophoblastic tumors. *Gynecol Oncol* 2006;102:160–4

U nguyên bào nuôi dạng biểu mô (ETT)



- Rất hiếm và thường được chẩn đoán mô học qua nạo buồng tử cung hoặc sinh thiết cổ tử cung.
- Nó cũng xuất phát từ các nguyên bào nuôi trung gian, thường xuất hiện ở cổ tử cung hoặc đoạn dưới của tử cung, xâm nhập sâu vào các mô xung quanh.
- Ở mức độ vi thể, khối u này bao gồm các ổ nguyên bào nuôi trung gian tương đối lành tính với bào tương thường bắt màu acid đến bào tương sáng và biểu hiện mạnh mẽ p63.
- ETT có thể bị chẩn đoán nhầm với ung thư biểu mô vảy.

Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol* 2003;4:670–78

FVCOG2024

Đánh giá di căn

- Cắt lớp vi tính ngực (CT)
- CT ổ bụng – tiểu khung có cản quang
- Di căn lan toả thường chỉ xảy ra sau thi di căn phổi đã hình thành
- MRI sọ não đối quang từ / CT cản quang: chẩn đoán di căn phổi hoặc có triệu chứng TK.
- Với BN có biểu hiện lâm sàng không điển hình, hCG "ma"nên được loại trừ

FVCOG2024

Hệ thống điểm nguy cơ theo FIGO

Table 3. Modified WHO Risk Scoring System as Adapted by FIGO

Scores	0	1	2	4
Age	< 40	≥40	—	—
Antecedent pregnancy	mole	abortion	term	—
Interval months from index pregnancy	< 4	4–<7	7– <13	≥13
Pretreatment serum hCG (iu/l)	$<10^3$	10^3–$<10^4$	10^4–$<10^5$	$\geq 10^5$
Largest tumor size (including uterus)	—	3—<5 cm	≥5 cm	—
Site of metastases	lung	spleen, kidney	gastro-intestinal	liver, brain
Number of metastases	—	1–4	5–8	>8
Previous failed chemotherapy	—	—	Single drug	2 or more drugs

WHO, World Health Organization; FIGO, International Federation of Obstetricians and Gynecologists. hCG, human chorionic gonadotropin.

Format for reporting to FIGO Annual Report. In order to stage and allot a risk factor score, a patient's diagnosis is allocated to a stage as represented by a Roman numeral I, II, III, and IV. This is then separated by a colon from the sum of all the actual risk factor scores expressed in Arabic numerals, e.g. Stage II:4, Stage IV:9. This stage and score will be allotted for each patient.

Reprinted with permission from Ngan HY, Bender H, Benedet JL, Jones H, Montruccoli GC, Pecorelli S; FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. Int J Gynaecol Obstet. 2003 Oct; 83 Suppl 1:175-7. doi: 10.1016/s0020-7292(0390120-2). Erratum in: Int J Gynaecol Obstet. 2021 Oct 13;: PMID: 14763174.

Điều trị UNBN nguy cơ thấp


Cochrane Library

First-line chemotherapy in low-risk gestational trophoblastic neoplasia

Phác đồ đơn hoá trị liệu là MTX và Actinomycin D

Regimen	Dose Schedule
Actinomycin D pulse	1.25 mg/m² intravenous bolus, recycled every 14 d
Actinomycin D multiday	0.5 mg IV×5 d, recycled every 14 d
Methotrexate multiday	0.4 mg/kg (maximum 25 mg) IV or IM×5 days, recycled every 14 d
Methotrexate/folinic acid multiday	50 mg MTX IM on days 1, 3, 5, 7 with 15 mg folinic acid orally or IM on days 2, 4, 6, 8, recycled every 14 d
Weekly methotrexate*	30–50 mg/m² IM, recycled every 7 d
Moderate dose methotrexate infusion with folinic acid*	300 mg/m² 6–12-h IV infusion with folinic acid 15 mg orally or IM every 6×4 doses, recycle every 14 d

IV, intravenously; IM, intramuscularly; MTX/FA, methotrexate/folinic acid.
* No longer recommended by National Comprehensive Cancer Network, see text.

FVCOG2024

Cắt tử cung trong UNBN

- Nguyện vọng có thai nên được cân nhắc.
- Rút ngắn thời gian và liều dùng hoá trị cần thiết
- Hoá trị vẫn rất quan trọng

Gynecologic Oncology 150 (2018) 282–287

Contents lists available at ScienceDirect

Gynecologic Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ygyno

First-line hysterectomy for women with low-risk non-metastatic gestational trophoblastic neoplasia no longer wishing to conceive☆,☆☆

Pierre-Adrien Bolze[a,b], Mélodie Mathe[c], Touria Hajri[b,d], Benoit You[b,e], Yohann Dabi[f,g], Anne-Marie Schott[b,d], Sophie Patrier[b,h], Jérôme Massardier[b,c], François Golfier[a,b,*]

FVCOG2024

Phương pháp điều trị thay thế

- Nếu hCG không giảm hoặc tăng
- Độc tính với hóa chất đáng kể
- hCG tăng: đánh giá lại với thăm khám lâm sàng và CĐHA tìm bằng chứng di căn mới và chấm điểm nguy cơ mới theo FIGO.
- Điều trị: Đơn hoá trị liệu thay thế/ Cắt tử cung/ liệu pháp thứ 2


Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease

Gestational Trophoblastic Neoplasia, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology

FVCOG2024

Nguy cơ cực cao


EMA/CO for High-Risk Gestational Trophoblastic Neoplasia: Good Outcomes With Induction Low-Dose Etoposide-Cisplatin and Genetic Analysis

Journal of Clinical Oncology

EMA/CO for High-Risk Gestational Trophoblastic Neoplasia: Good Outcomes With Induction Low-Dose Etoposide-Cisplatin and Genetic Analysis

Gynecology & Obstetrics

Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification

- Điểm nguy cơ FIGO ≥13
- Nguy cơ tử vong: gánh nặng u lớn, di căn não hoặc gan.
- Hội chứng ly giải u: Chảy máu không cầm từ các vị trí di căn, suy đa tạng, suy tuỷ xương, nhiễm trùng huyết, và có nguy cơ tử vong sớm
- EP liều thấp (cisplatin 20 mg/m2, etoposide 100 mg/m2): 2-3 chu kỳ

Điều trị chống tái phát trong UNBN



FIGO CANCER REPORT 2018

WILEY

Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease

Hextan Y.S. Ngan[1,*] | Michael J. Seckl[2] | Ross S. Berkowitz[3] | Yang Xiang[4] | François Golfier[5] | Paradan K. Sekharan[6] | John R. Lurain[7] | Leon Massuger[8]



Gynecologic Oncology

Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia

➢ **Hoá trị củng cố 2-3 chu kỳ sau khi hCG bình thường**: giảm tỉ lệ tái phát.

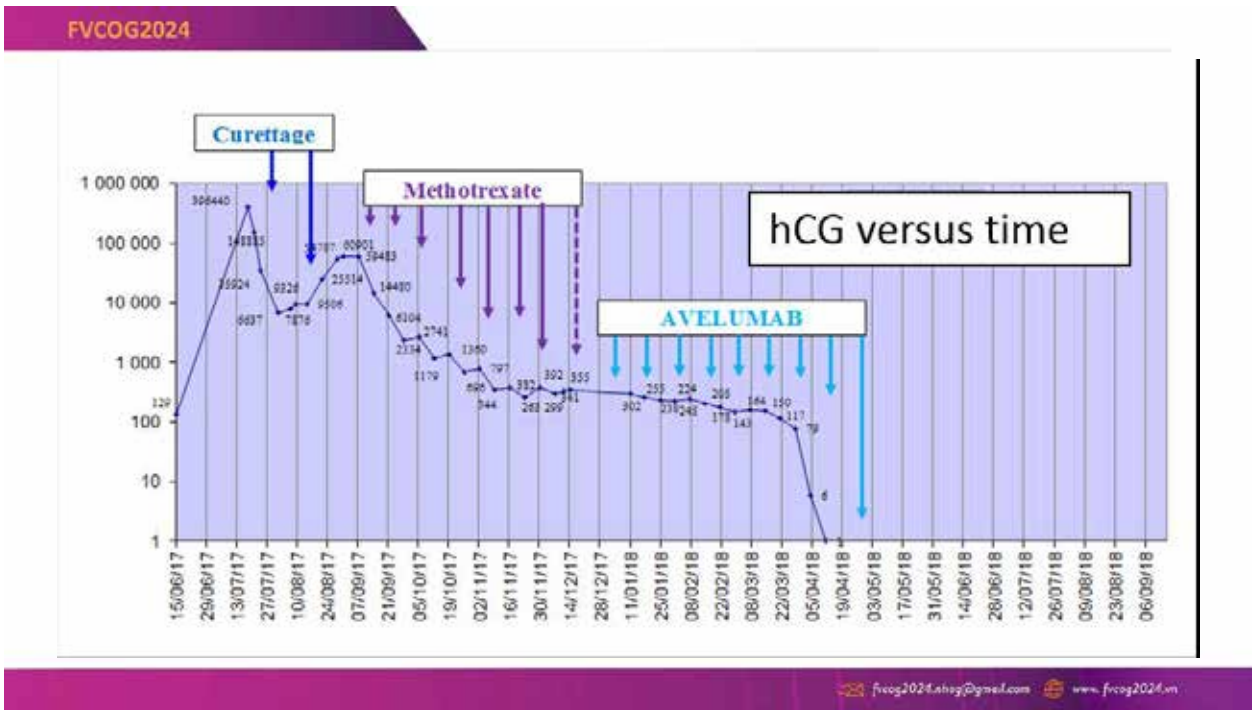
Vai trò của liệu pháp miễn dịch

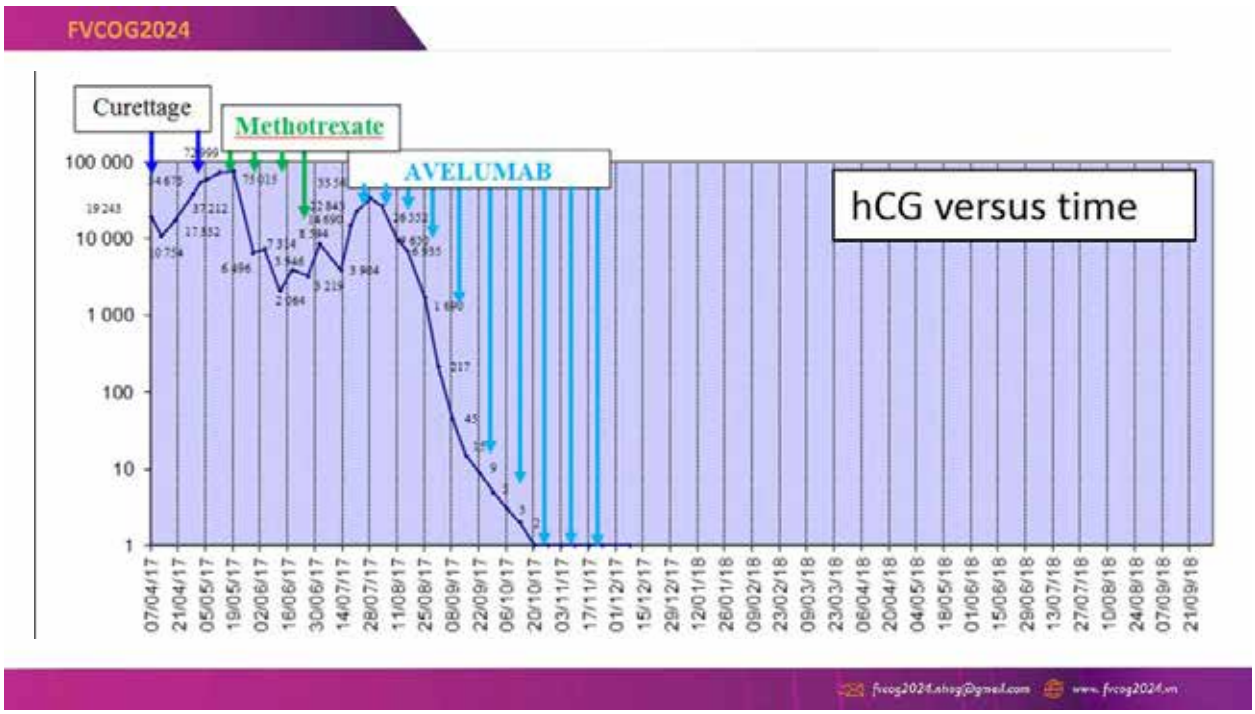
➢ 80% tế bào u của UNBN biểu hiện protein chết tế bào theo chương trình ligand 1 (PD-L1) (Bolze PA et al).

➢ Thử nghiệm TROPHIMMUN

1. avelumab, kháng thể đơn dòng nhắm đến PD-L1, được sử dụng ở BN UNBN nguy cơ thấp với dữ liệu an toàn thuốc khá tốt và tỉ lệ thoái triển hoàn toàn là 53.3%.
2. pembrolizumab cũng được chứng minh là có đáp ứng trên những bệnh nhân kháng hoá trị.

Điều này làm cho các chất ức chế điểm kiểm soát miễn dịch trở thành một lựa chọn cứu cánh khả thi cho bệnh nhân UNBN


FVCOG2024
Curettage
Methotrexate
AVELUMAB
hCG versus time
1 000 000
100 000
10 000
1 000
100
10
1
15/06/17
26/06/17
13/07/17
27/07/17
10/08/17
24/08/17
07/09/17
21/09/17
05/10/17
19/10/17
02/11/17
16/11/17
30/11/17
14/12/17
28/12/17
11/01/18
25/01/18
08/02/18
22/02/18
08/03/18
22/03/18
05/04/18
19/04/18
03/05/18
17/05/18
31/05/18
14/06/18
28/06/18
12/07/18
26/07/18
09/08/18
23/08/18
06/09/18


FVCOG2024
Curettage
Methotrexate
AVELUMAB
hCG versus time
100 000
10 000
1 000
100
10
1
07/04/17
21/04/17
05/05/17
19/05/17
02/06/17
16/06/17
30/06/17
14/07/17
28/07/17
11/08/17
25/08/17
08/09/17
22/09/17
06/10/17
20/10/17
03/11/17
17/11/17
01/12/17
15/12/17
29/12/17
12/01/18
26/01/18
09/02/18
23/02/18
09/03/18
23/03/18
06/04/18
20/04/18
04/05/18
18/05/18
01/06/18
15/06/18
29/06/18
13/07/18
27/07/18
10/08/18
24/08/18
07/09/18
21/09/18

Sau khi điều trị thành công UNBN

- Nguy cơ bệnh lý bạch cầu : tiếp xúc kéo dài với etoposide và thuốc có thành phần alkylat(Cyclophosphamide, Cisplatin).
- Nguy cơ mãn kinh, EMACO : 13% at 40 yrs

  36% at 45 yrs.

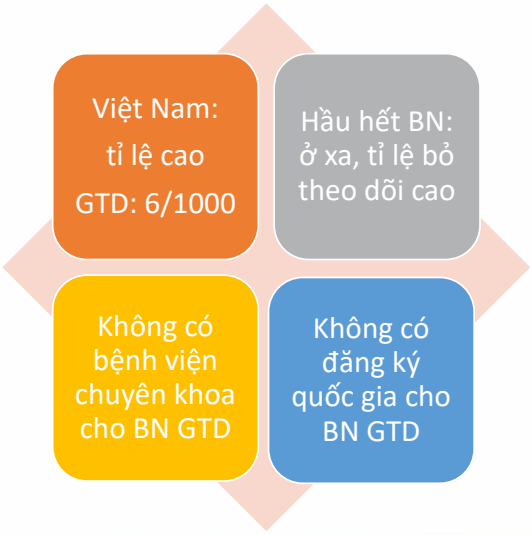
Published Ahead of Print on December 29, 2014 as 10.1200/JCO.2014.57.5332
The latest version is at http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2014.57.5332

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ORIGINAL REPORT

Effects of Single-Agent and Combination Chemotherapy for Gestational Trophoblastic Tumors on Risks of Second Malignancy and Early Menopause

Philip Savage, Rosie Cooke, Jenny O'Nions, Ian Krell, Amy Evans, Michelle Camarata, Gauri Dancy, Dee Short, Michael J. Seckl, and Anthony Sweetlove

Thực hành hiện nay tại Việt Nam



FVCOG2024

Thực hành hiện nay tại Việt Nam

- Cắt tử cung: còn cao, trong chửa trứng toàn phần, kháng hoá chất
- Điều trị: theo phân loại FIGO,
- Đơn hoá chất ActD: gần đây, vì giá thành cao, không trong danh mục bảo hiểm
- UNBN nguy cơ cực cao: EP liều thấp, kết quả hài lòng.
- Hiện nay: không có liệu pháp miễn dịch cho GTN

FVCOG2024

KẾT LUẬN

CĐ: cPBP//tồn tại đồng thời CTHT và thai sống// Loạn sản [illegible]

UNBN nguy cơ thấp: điều trị [illegible]

Nguy cơ cực cao: vai trò của phã đồ EP liều thấp trong HC lý [illegible]

Liệu pháp miễn dịch: Thuốc hứa hẹn cho BN UNBN

Session Imaging cancer, ISUOG 2024, Budapest, Hungary



TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

APTIMA HPV mRNA

APTIMA HPV **mRNA có ít hơn** **24%** Kết quả **dương tính giả** so với HPV DNA



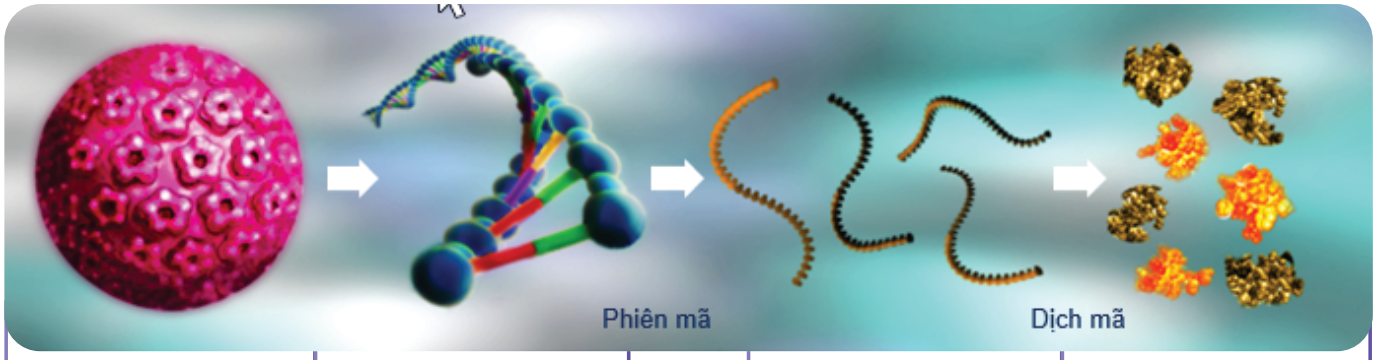
E6/E7 mRNA

Nhận diện sự **tồn tại và hoạt động** của virus HPV

WHO 2021

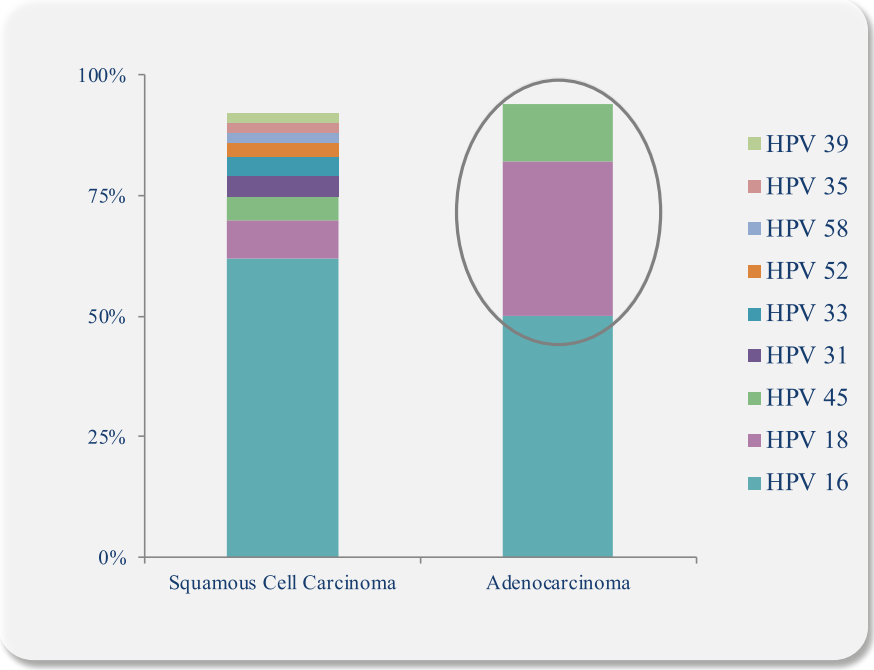
Khuyến cáo sử dụng **HPV mRNA** trong tầm soát **đầu tay** tương đương HPV DNA

DNA phát hiện "sự tồn tại" ***mRNA phát hiện "sự tồn tại" và "hoạt động"***



Virus HPV	Viral DNA genome	E6/E7 mRNA được biểu hiện bởi virus hoạt động	E6/E7 oncoproteins gây ung thư
DNA là dấu hiệu cho sự tồn tại của HPV		Sự bộc lộ E6/E7 mRNA là dấu hiệu cho hoạt động của HPV	

ĐỊNH THÊM TYPE 45



HPV type 16, 18 và 45

là 03 tuýp có nguy cơ cao nhất gây Ung thư cổ tử cung so với các tuýp khác

HPV type 45

là yếu tố tiên đoán cao của Ung thư tế bào biểu mô tuyến

HPV type 45

không phổ biến ở phụ nữ khỏe mạnh (Tỷ lệ 0.4% trong số phụ nữ có kết quả tế bào học bình thường)

ĐỘ NHẠY

99%

Xét nghiệm HPV mRNA có **độ nhạy cao tương đương** so với các xét nghiệm HPV DNA

ĐỘ ĐẶC HIỆU

98.5%

Xét nghiệm Aptima HPV cho **ít kết quả dương tính giả** hơn so với các xét nghiệm HPV DNA

LIÊN HỆ
Nguyễn Thị Lương Minh
0982.37.38.38

GOLDEN GATE
Nhà phân phối tại Việt Nam
CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI CỔNG VÀNG
HOLOGIC®
Website: **https://goldengate.vn**



BSCKI.
NGUYỄN DUY THIẾT

Phó Trưởng Khoa Khám bệnh -
Trưởng phòng Đẻ
Bệnh viện Phụ Sản Thiện An

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

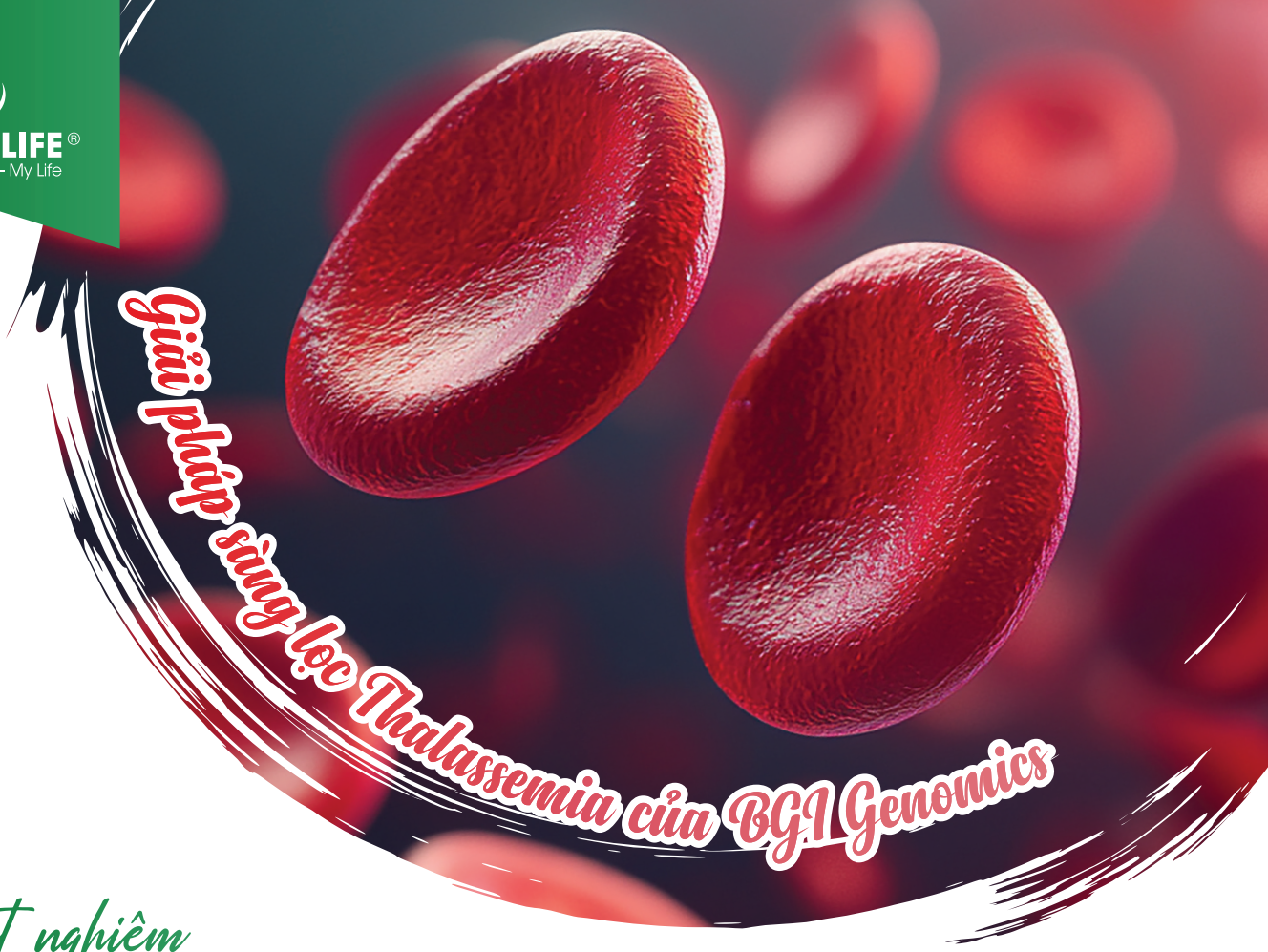
- Từ năm 2003 đến năm 2009: Bác sĩ Đa khoa - Đại học Y Dược Huế
- Từ năm 2018 đến năm 2020: Bác sĩ Chuyên khoa I Sản phụ khoa - Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ 2009 đến 2017: Bệnh viện Thanh Hà
- Từ 2018 đến 2020: Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa
- Từ năm 2020 đến nay: Bệnh viện Phụ Sản Thiện An

BS.Nguyễn Duy Thiết

GENOLIFE®
My Genome - My Life



Xét nghiệm

CarrierThalass 508+ đột biến

Xét nghiệm đạt tiêu chuẩn **CE-IVD**

Công nghệ tiên tiến: **DNBSEQ** & **Gap-PCR**

Phát hiện **508+** đột biến gây tan máu bẩm sinh

Sàng lọc bổ sung **1000+** đột biến Hb

PHIÊN 2D



GS.TS
TRẦN DANH CƯỜNG

Chủ nhiệm Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Hà Nội; Giám đốc Trung tâm Chẩn đoán trước sinh - Bệnh viện PSTW; Nguyên Giám đốc BV Phụ sản TW

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1990: Tốt nghiệp Đại học chuyên ngành Đa khoa Ngoại sản - Đại học Y Hà Nội
- 1991: Tốt nghiệp CKI chuyên ngành Sản - Đại học Y Hà Nội
- 1999 Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa- Đại học Y Hà Nội
- 2001: Tốt nghiệp Liên đại học chuyên ngành Siêu âm sản phụ khoa - Đại học Y Brest, CH Pháp
- 2002: Tốt nghiệp Liên đại học chuyên ngành Y học thai nhi - Đại học Limoges, CH Pháp
- 2008: Tiến sĩ chuyên ngành Sản Phụ khoa - Đại học Y Hà Nội
- 2011: Đã được công nhận chức danh PGS
- 2023: Đã được công nhận chức danh GS

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ năm 2002 - 2010: Phó Trưởng khoa Sản Bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2006 - 2012: Phó Giám đốc Trung tâm Chẩn đoán trước sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2010 - nay: Trưởng khoa Sản Bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2012 - nay: Giám đốc Trung tâm Chẩn đoán trước sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2013 - 2018: Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2014 - 2019: Phó Chủ nhiệm Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội
- Từ 2018 - 2023: Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ 2019 - nay: Chủ nhiệm Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả chính, đồng tác giả 110 bài báo, công trình khoa học đăng trên các tạp chí khoa học uy tín trong nước và quốc tế
- 02 Đề tài cấp Nhà nước và 04 đề tài cấp bộ đã nghiệm thu;
- 01 Bằng độc quyền sáng chế, giải pháp hữu ích, 5 cuốn sách đã được xuất bản.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- Danh hiệu "Giảng viên được sinh viên bình chọn" liên tục nhiều năm (2013-2014, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018, 2021-2022) - Ban hành kèm theo Công văn số: 82/HĐGSNN ngày 18/5/2022 của Chủ tịch HĐGS nhà nước
- Đạt hiệu lao động sáng tạo nhiều năm (2010, 2011, 2015).
- Đạt danh hiệu giảng viên cao cấp năm 2011.
- Được tặng danh hiệu nhà giáo ưu tú năm 2021.
- Bằng khen có thành tích xuất sắc trong việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ thí điểm đào tạo Bác sĩ nội trú, bác sĩ chuyên khoa I, bác sĩ chuyên khoa II
- 01 Bản quyền trí tuệ: Bằng độc quyền giải pháp hữu ích: "Phương pháp đánh giá chỉ số phân tích máu để hỗ trợ cảnh báo sớm nguy cơ mắc bệnh tan máu bẩm sinh Thalassamia)

GS.TS.Trần Danh Cường

Aptaclub

SYNBIOTIC TĂNG CƯỜNG ĐỀ KHÁNG Ở TRẺ SINH MỔ SAU 3 NGÀY



TRẺ SINH MỔ ĐỐI MẶT VỚI NGUY CƠ RỐI LOẠN
HỆ VI SINH ĐƯỜNG RUỘT BIFIDOBACTERIUM ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG
TRONG ĐỊNH HÌNH SỰ PHÁT TRIỂN MIỄN DỊCH





LOẠN KHUẨN RUỘT ẢNH HƯỞNG
ĐẾN SỨC KHỎE MIỄN DỊCH ĐƯỜNG RUỘT
VÀ SỰ PHÁT TRIỂN NÃO BỘ CỦA TRẺ

SYNBIOTIC TĂNG CƯỜNG ĐỀ KHÁNG Ở TRẺ SINH MỔ SAU 3 NGÀY



HIỆU QUẢ ĐƯỢC CHỨNG MINH



6 DƯỠNG CHẤT PHÁT TRIỂN TRÍ NÃO



VISTA CARRIER SCREENING

Sàng lọc Người lành mang Gen bệnh

Đặt nền móng cho một gia đình khỏe mạnh



GÓI BASIC
11&172
BỆNH

GÓI PRO
1200+
BỆNH

Khả năng Phát hiện

1. Biến thể Nucleotide đơn (SVN)
2. Đột biến Indel nhỏ (dưới 20bp)
3. Xóa đoạn (HBA/HBB, SMN1, DMD)
4. Đột biến vùng exon, splicing
5. Đột biến điểm trên vùng intron và promotor



Dr. ZIED TAKALI

Louis Mourier Hospital,
Colombes, France

DIPLOMAS

- Specialization in Gynecology and Obstetrics from Faculty of Medicine of Tunis, University of El Manar, Tunisia
- Diploma in Obstetric and Gynecological Ultrasound from University of Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
- Master's degree in Reproductive Medicine, Faculty of Medicine of Tunis, University of El Manar
- Master's degree in Biomedical Sciences, Prenatal Diagnosis, University of Paris Descartes, Paris
- Specialized training in Vaginal Surgery, University of Lyon 2
- DIU in Fetal Medicine, University of Paris Descartes
- Additional training in Breast Pathology (University of Tours), Colposcopy and Cervico-vaginal Pathology (University of Angers), and High-risk Obstetrics

EXPERIENCE

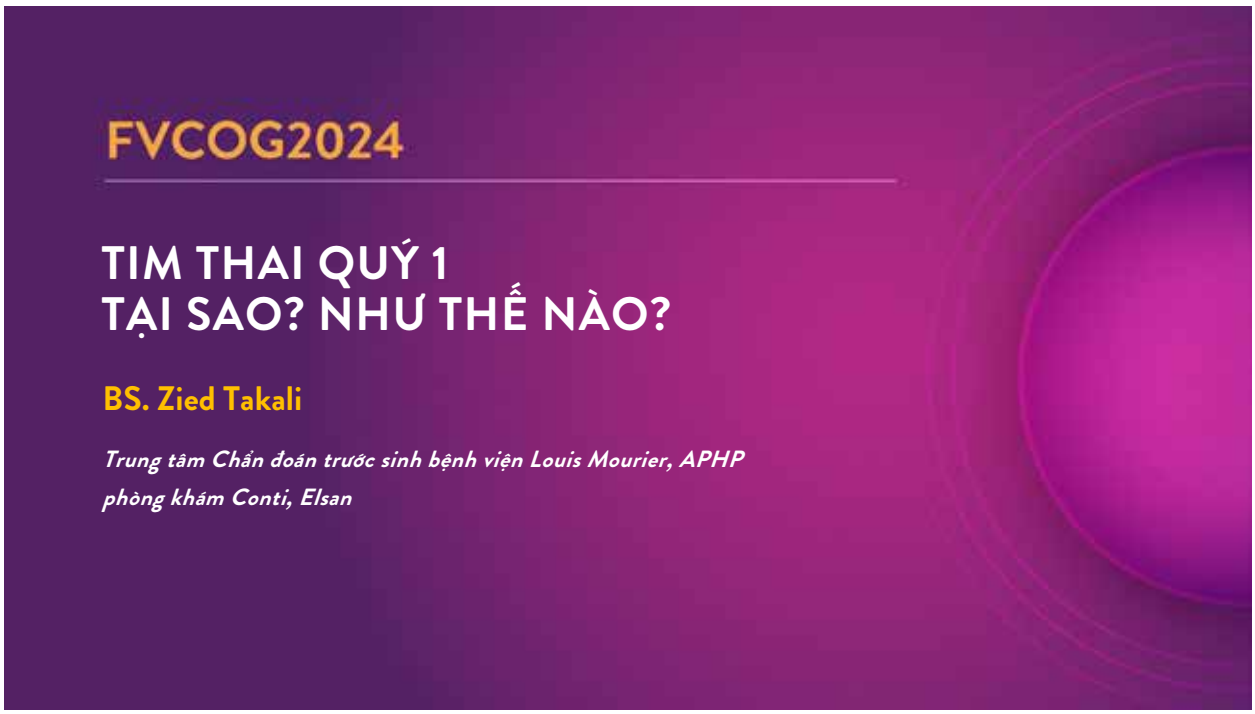
- Residcy in Tunisia, Gynecology and Obstetrics, Tunis Hospitals (2005 – 2008)
- Residency in France, Gynecology and Obstetrics, Meaux (2008 – 2011)
- Assistant then Hospital Practitioner in Gynecology Obstetrics at CH Simone Veil
- Gynecologist Obstetrician, CH Simone Veil, Eaubonne (May 2011 – June 2018)
- Liberal Gynecologist Obstetrician, self-employed, L'Isle Adam (Oct 2018 – Present)
- Senior Ultrasound Specialist, Hôpital Louis Mourier, APHP, Colombes (Nov 2020 – Present)

PUBLICATIONS

- "Postpartum Foot Drop: A Case Report", Maghreb Médical, Volume 28, N°390, Pages 197-8, 2008
- "The Pena-Shoker Syndrome Type I: Clinicopathological Report of a Recurrent Case", Tunis Med, February 2014, Volume 92, Issue 2, Pages 176

AWARDS & DISTINCTIONS

- Thesis: Les échecs de l'ICSI: A propos de 500 cas (ICSI Failures: A Study of 500 Cases), with jury distinction "Très honorable avec félicitations du jury" (Very Honorable with Jury's Congratulations)
- Member of the French Society of Colposcopy and Cervico-vaginal Pathology (SFCPCV)
- Member of the French College of Fetal Ultrasound and ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology)



FVCOG2024

TIM THAI QUÝ 1
TẠI SAO? NHƯ THẾ NÀO?

BS. Zied Takali
Trung tâm Chẩn đoán trước sinh bệnh viện Louis Mourier, APHP
phòng khám Conti, Elsan

Conférence Nationale
d'Echographie Obstétricale et Fœtale

CNEOF

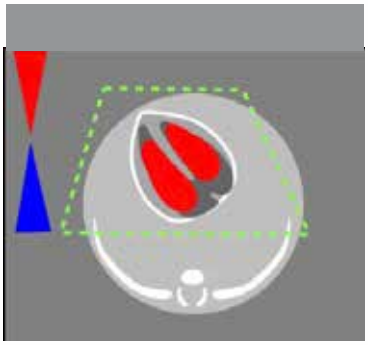
RAPPORT
et
RECOMMANDATIONS
-
RÉVISION 17 OCTOBRE 2023



5. Mặt cắt ngang ngực, đi qua các cấu trúc vùng ngực của thai, có thể quan sát nhiều cấu trúc, tùy theo điều kiện thăm khám: phổi, xương sườn, thân đốt sống,… và các cấu trúc sau cần mô tả trên kết quả siêu âm:

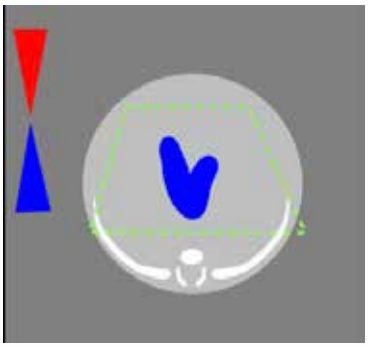
- Tim quan sát được với các buồng tim phải/trái cân đối
- Vị trí tim

FVCOG2024



Mặt cắt ngang mức lồng ngực ngang qua các cấu trúc tim và mạch máu lớn, trên mode doppler cần mô tả các cấu trúc sau:

- buồng tim trái/phải cân đối
- các mặt cắt này được thực hiện trong trường hợp không thực hiện được trên mặt cắt 5



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

Tim thai quý 1

Tại sao cần khảo sát tim thai ở quý 1?

Như thế nào?

Những mặt cắt nào?

Chính xác tới mức độ nào?

Làm thế nào để nhận biết được tim thai bất thường?

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Tại sao tim thai quý 1?

Các bất thường tim bẩm sinh (TBS): 8/1000 trong đó 3/1000 : thể nặng

Đa số các bất thường TBS : quần thể dân số nguy cơ thấp (karim và cs, uog 2022)

Chẩn đoán sớm: khảo sát di truyền sớm (30% TBS : bất thường di truyền) hội chẩn sớm và đình chỉ thai nghén sớm

Ultrasound Obstet Gynecol 2022; 59: 11–25
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.23740.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

First-trimester ultrasound detection of fetal heart anomalies: systematic review and meta-analysis

J. N. KARIM[1], E. BRADBURN[1], N. ROBERTS[2] and A. T. PAPAGEORGHIOU[1,3]*, for the ACCEPTS study#

Table 1 Screening performance of first-trimester ultrasound imaging in the detection of major fetal cardiac abnormalities in non-high-risk and high-risk populations

Parameter	*Non-high risk*	*High risk*
Fetuses screened	306 872	21 390
Studies included	45	18
Total number of major cardiac abnormalities (TP + FN)	1445	480
TP	767	338
Sensitivity	55.80 (45.87–65.50)	67.74 (55.25–79.06)
Specificity	99.98 (99.97–99.99)	99.75 (99.47–99.92)
Positive predictive value	94.85 (91.63–97.32)	94.22 (90.22–97.22)
Proportion of all antenatally detected major cardiac abnormalities*	63.67 (54.35–72.49)	79.86 (69.89–88.25)

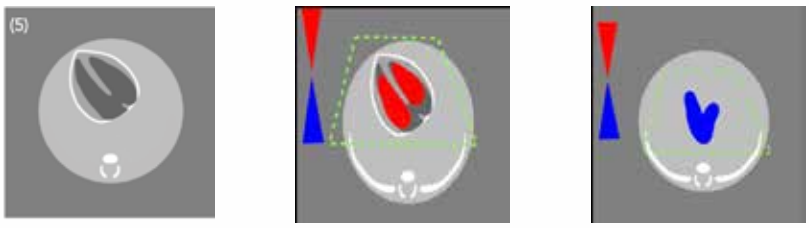
Ủng hộ

- Các dấu hiệu gián tiếp: trục tim bị lệch, tăng khoảng sáng sau gáy, ống tĩnh mạch, van ba lá: từ tuần 11-14
- TBS: đã xuất hiện và >50%: có thể chẩn đoán ở quý 1
- Có thêm thời gian để thăm dò di truyền và hội chẩn ngay
- Có thêm thời gian cho cha mẹ phân tích thông tin và đưa ra quyết định
- Đình chỉ thai nghén sớm và ít xâm lấn hơn
- Đảm bảo: khi tim thai bình thường ở những cặp vợ chồng có tiền sử tim bẩm sinh phức tạp

Phản đối

- Cần nhiều kinh nghiệm, chuyên môn
- Đôi khi tốn nhiều thời gian với đường bụng và đường âm đạo
- Siêu âm bình thường không loại trừ được bất thường ở quý 2 (biến đổi tự nhiên của các TBS)
- Dương tính giả trong nhiều bất thường kín đáo (thông liên thất)
- Ít nghiên cứu so sánh chi phí/hiệu quả

FVCOG2024



- tim thai quan sát được cân bằng giữa tim trái và tim phải
- vị trí tim

- **Yêu cầu tối thiểu:**

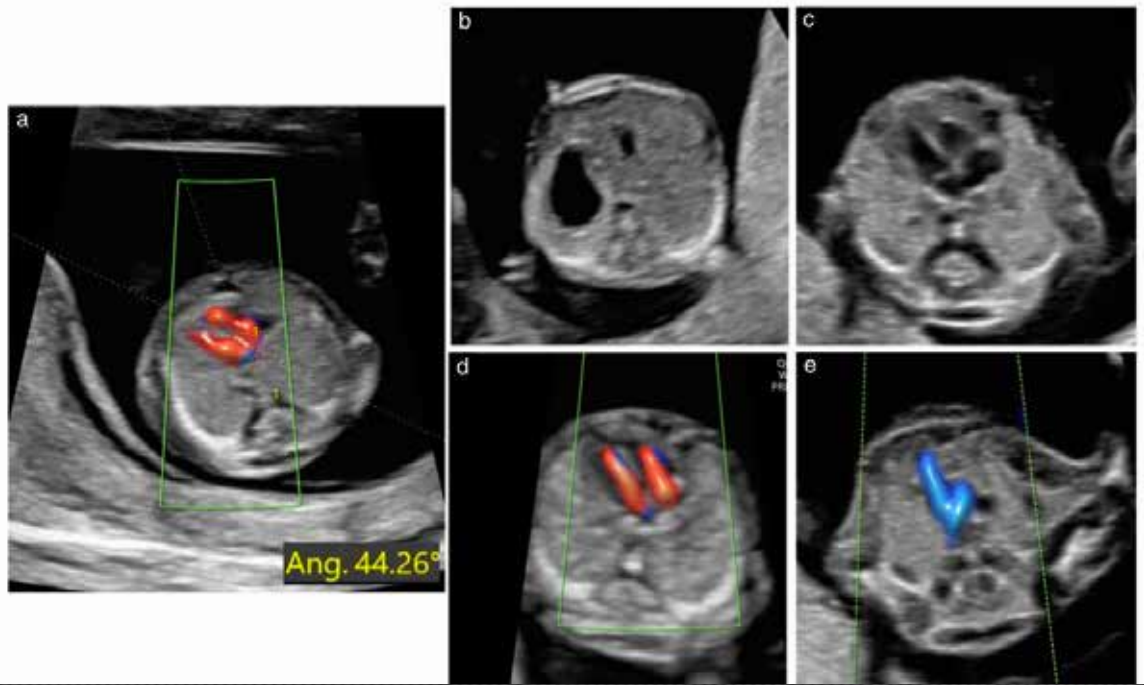
  - mặt cắt ngang tim ngang mức 4 buồng tim: tim nằm trong lồng ngực với nhịp tim đều

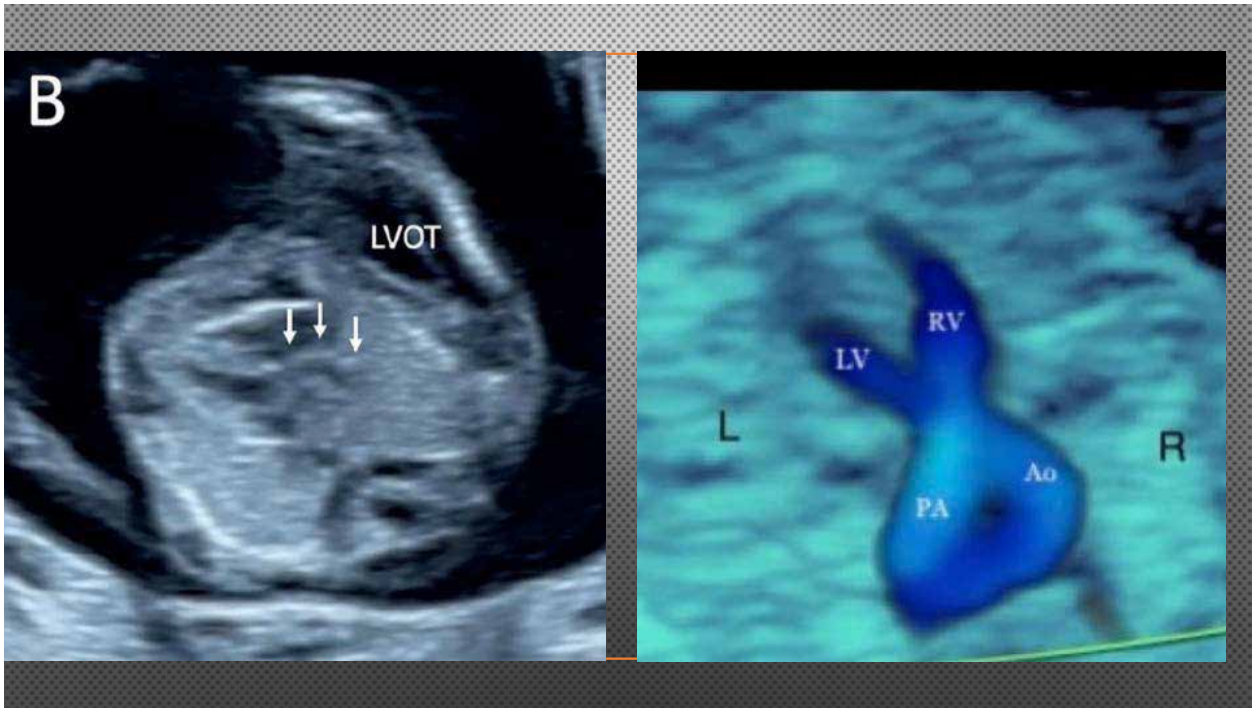
isuog.org GUIDELINES

ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of 11–14-week ultrasound scan

- **Thực hành tối ưu khi:**

  - Có tim thai và nhịp tim đều
  - Situs
  - Vị trí: trong lồng ngực, trục trái (30-60°)
  - Mặt cắt 4 buồng: hai tâm thất quan sát sõ trên siêu âm thang xám và doppler màu
  - đường ra thất trái trên thang xám và doppler màu
  - mặt cắt 3 mạch máu khí quản trên siêu âm thang xám và doppler màu
  - không có hở van ba lá và sóng A dương trên siêu âm ống tính mạch



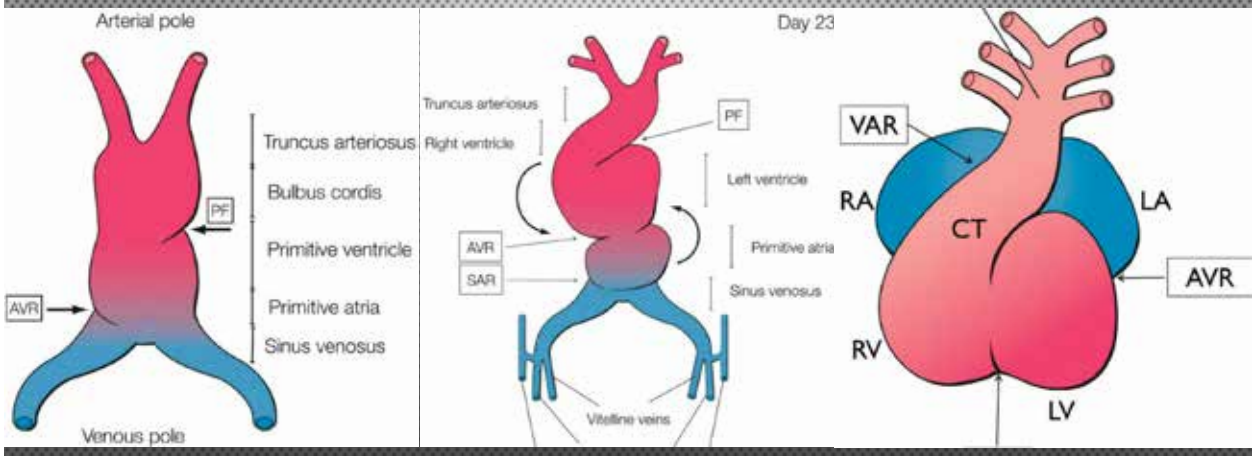


Thực hiện siêu âm thai quý 1 như thế nào?

Nhằm cải thiện sàng lọc bất thường tim quý 1:

Hiểu được sự phát triển của tim (và nhiều bệnh lý tim)
Biết tối ưu hóa hình ảnh tim thai
Biết sàng lọc khi nào và như thế nào
Biết được cữa ngõ của bệnh lý tim

Hiểu được sự phát triển của tim



Abuhamad et al

FVCOG2024

Điều chỉnh

FVCOG2024

Điều chỉnh

- **THANG XÁM:**

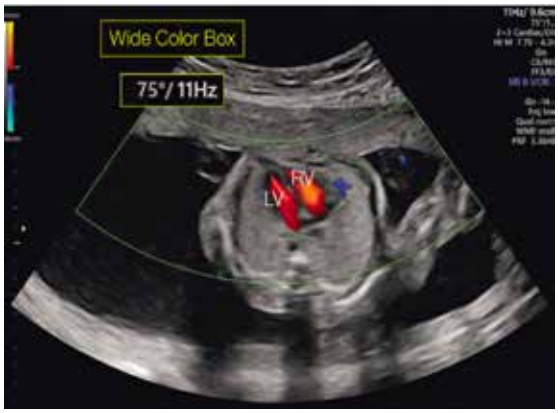
  - lưng phía sau
  - giảm cửa sổ siêu âm đến mức kích thước lồng ngực thai
  - phóng to ảnh (kích thước lồng ngực >50% khung ảnh)
  - Tăng độ tương phản (Dynamique) và gain
  - sử dụng tần số cao: 7-9MHz với đường bụng, 5-9 hoặc 6-12 MHz với đường âm đạo
  - Hướng : siêu âm từ đỉnh tim tới bên phải của tim thai

FVCOG2024

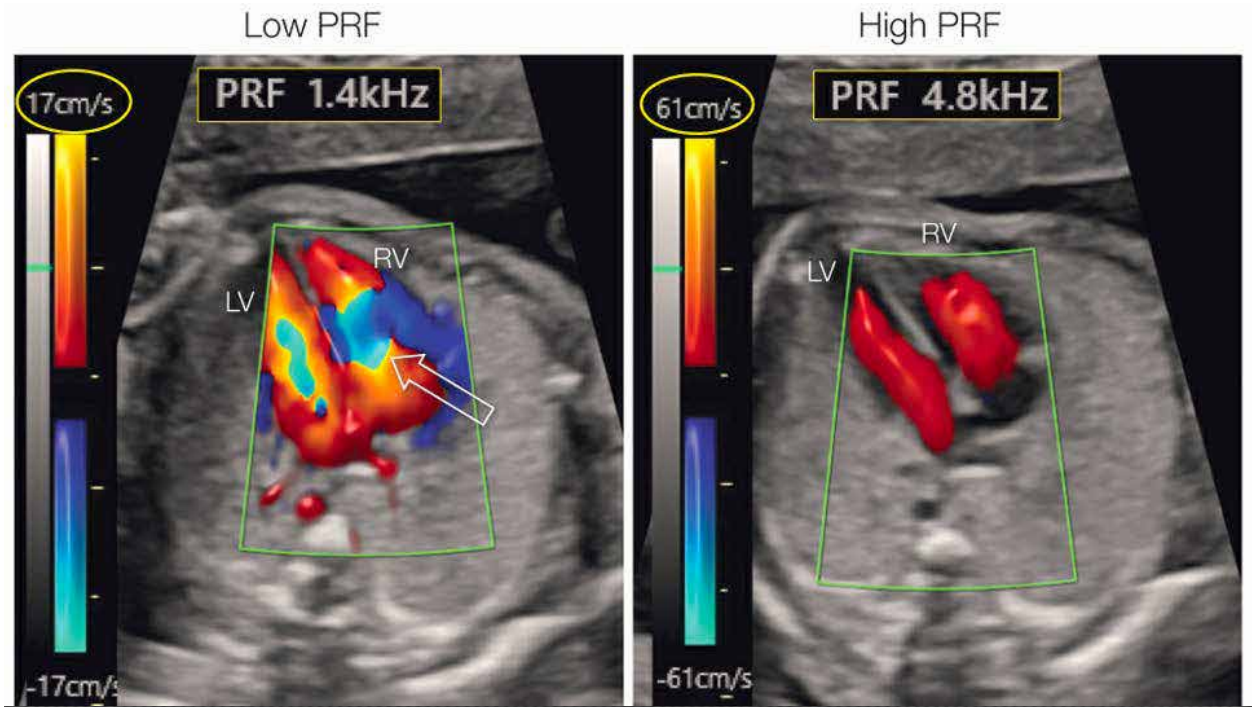
Điều chỉnh

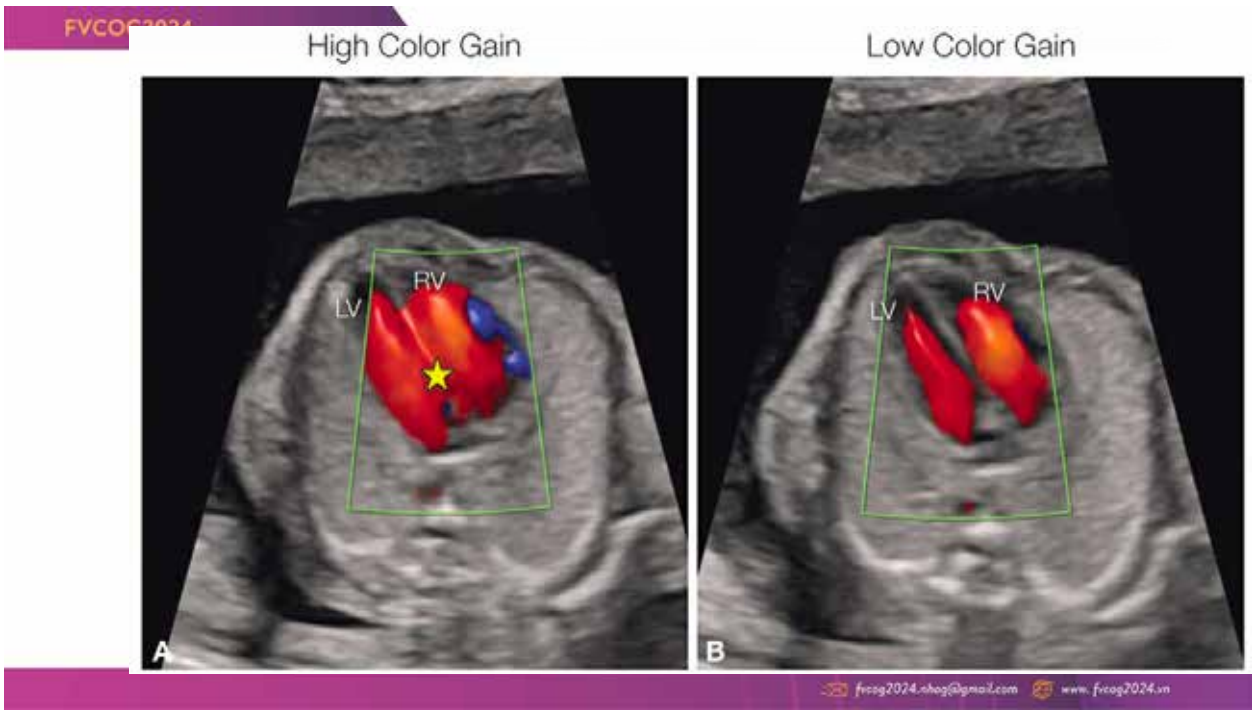
- **Doppler màu:**

  - điều chỉnh tốt trên thang xám
  - giảm cửa sổ
  - Kích cơ sửa sổ chứa toàn bộ tim
  - Tần số 20-30 cm/s
  - lọc nhiễu trung bình (WMF)
  - PRF : trung bình đến cao
  - Dòng chảy hai chiều nếu có thể
  - giảm và điều chỉnh gain: không loạn sắc
  - Lưu những điều chỉnh nhằm giảm thời gian khảo sát (nguyên lý ALARA)


Wide Color Box
75°/ 11Hz
RV
LV


Narrow Color Box
25°/ 34Hz
LV RV


Low PRF
17cm/s
PRF 1.4kHz
RV
LV
-17cm/s
High PRF
61cm/s
PRF 4.8kHz
RV
LV
-61cm/s


High Color Gain
Low Color Gain
LV
RV
LV
RV
A
B
fvcog2024.nhog@gmail.com
www.fvcog2024.vn


FVCOG2024
Low Grayscale to Color Balance
Optimal Grayscale to Color Balance
A
B
A
B
fvcog2024.nhog@gmail.com
www.fvcog2024.vn

An toàn và vô hại

Những ảnh hưởng sinh học của siêu âm lên thai: trên lý thuyết những có thể có

Siêu âm tim: T1: nguyên tắc ALARA: thấp nhất có thể đạt được một cách hợp lý :năng lượng thấp nhất trong thời gian ngắn nhất

Dopller xung/ phổ doppler:năng lượng > mode B hoặc doppler màu: chỉ định đặc biệt

Giới hạn thời gian khảo sát trên doppler màu: phóng to, lưu những điều chỉnh



FVCOG2024

Tuổi thai khảo sát

Week of gestation	Four chambers 2D	Cardiac axis 2D	Outflow tracts 2D	Outflow tracts Color Doppler	Crossing of great arteries 2D	Crossing of great arteries Color Doppler	Aortic arch 2D	Aortic arch Color Doppler
10	80%	84%	24%	64%	24%	64%	29%	60%
11	98%	97%	72%	91%	69%	91%	66%	81%
12	100%	100%	76%	94%	75%	95%	75%	96%
13	100%	100%	97%	97%	94%	94%	94%	90%

Thời điểm lý tưởng : 13 tuần

Hutchinson et al.

FVCOG2024

Đường bụng hay âm đạo?

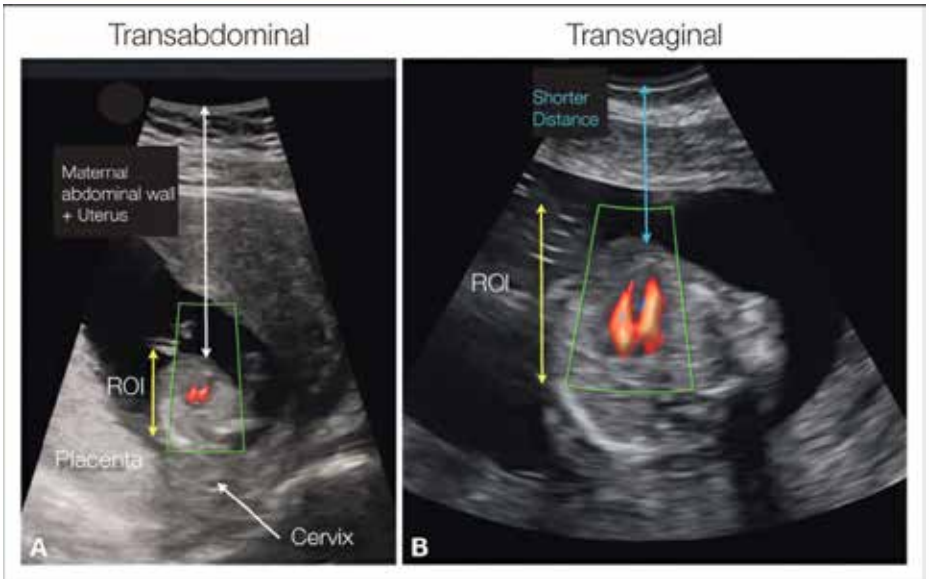
Đường bụng: thường thì đủ: trong sàng lọc; thời gian ngắn và thoải mái

Đường âm đạo : + chất lương hình ảnh cao hơn

- phụ thuộc vào tư thế thai
- kinh nghiệm của người siêu âm

BMI cao/ song thai

nghi ngờ trong sàng lọc/chẩn đoán



Chaoui et al

Ultrasound Obstet Gynecol 2022; 59: 11–25
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.23740.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

First-trimester ultrasound detection of fetal heart anomalies: systematic review and meta-analysis

J. N. KARIM[1], E. BRADBURN[1], N. ROBERTS[2] and A. T. PAPAGEORGHIOU[1,3]*, for the ACCEPTS study#

Table 4 Impact of ultrasound mode on the sensitivity of first-trimester ultrasound in the detection of major fetal cardiac anomalies in non-high-risk populations

	Ultrasound mode		
Parameter	*TAS only*	*TVS only*	*TAS and TVS*
Studies	8	2	34
Fetuses	16 296	648	279 634
Pooled sensitivity	56.54 (33.85–77.88)	57.06 (1.76–99.99)	55.43 (43.37–67.16)

FVCOG2024

Doppler màu

Kích thước các tâm thất và các mạch máu lớn

Các dòng chảy động

Lợi ích: +++ mặt cắt 3 mạch máu khí quản, BMI cao

Dòng chảy chậm: hệ thống tĩnh mạch

FVCOG2024

Tương quan hình ảnh không gian – thời gian 4D (STIC)

•Công cụ rất thú vị: giảm sự phụ thuộc vào người siêu âm và cho phép lưu trữ dữ liệu và phân tích từ xa bởi các chuyên gia

Turan và cs (UOG 2014): độ nhạy và độ đặc hiệu cao với các bệnh lý tim thai phức tạp

Nhược điểm: yêu cầu trình độ chuyên môn cao và khó tiếp cận thường quy trong sàng lọc



Table 2 Impact of imaging protocol on the sensitivity of first-trimester ultrasound in the detection of major fetal cardiac anomalies in non-high-risk populations

	Anatomical protocol				
Parameter	*No formal protocol**	*4CV only*	*4CV + CF Doppler*	*4CV + OTV*	*4CV + OTV + CF Doppler*
Studies	8	9	1	7	19
Fetuses	35 121	85 287	5534	8033	171 860
Pooled sensitivity	13.51 (7.05–21.67)	32.96 (18.18–49.71)	38.46 (13.86–68.42)	57.54 (31.41–81.58)	80.04 (67.94–89.84)

Table 3 Impact of color-flow (CF) Doppler and outflow-tract view (OTV) on the sensitivity of first-trimester ultrasound in the detection of major fetal cardiac anomalies in non-high-risk populations

	Additional value of CF Doppler			*Additional value of OTV*		
Parameter	*Without CF Doppler*	*With CF Doppler*	P	*Without OTV*	*With OTV*	P*
Studies	16	20	—	10	26	—
Fetuses	93 320	177 394	—	90 821	179 893	—
Pooled sensitivity	42.49 (28.41–57.24)	78.38 (66.39–88.32)	< 0.0001	33.79 (20.12–49.00)	75.37 (64.31–84.95)	< 0.0001

Data are given as *n* or % (95% CI). *χ^2 test (2 by k).

Biểu đồ học tập

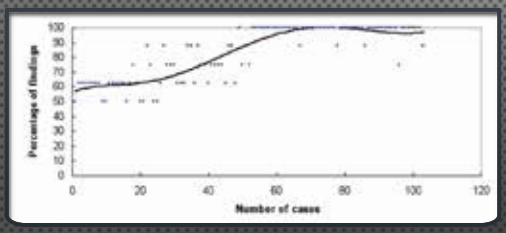
Số thăm khám: 52 : số thăm khám hoàn thiện:94% số thai

Mặt cắt khó nhất: 3VT

2022

Learning Curve and Factors Influencing the Feasibility of Performing Fetal Echocardiography at the Time of the First-Trimester Scan

Rami S. Abu-Rustum, MD; M. Fouad Ziadi, PhD; Samer E. Abu-Rustum, MD



ời làm siêu âm và thời gian siêu âm

FVCOG2024

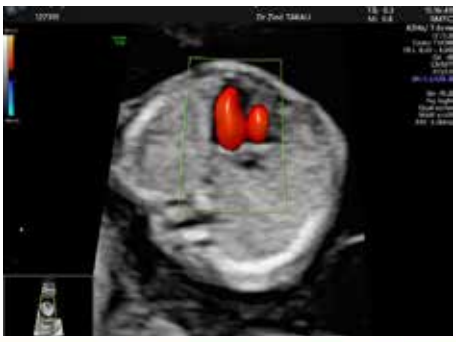
Mặt cắt bốn buồng

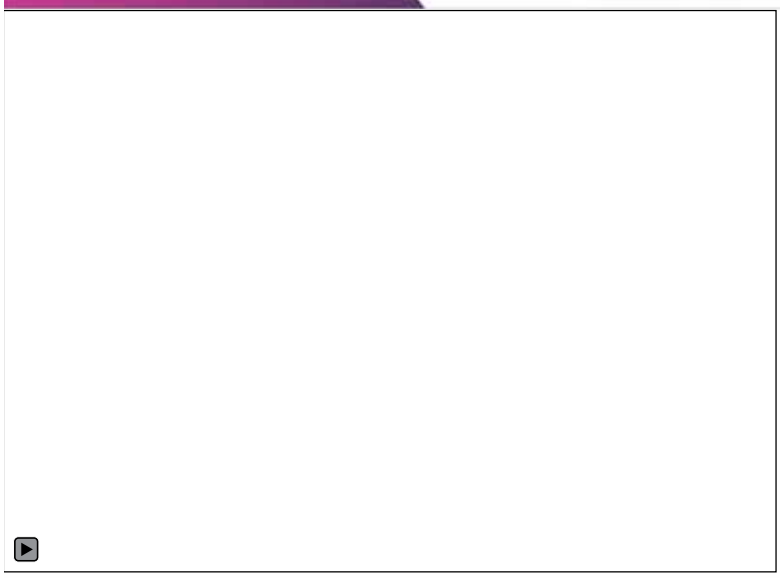
CNEOF 2023

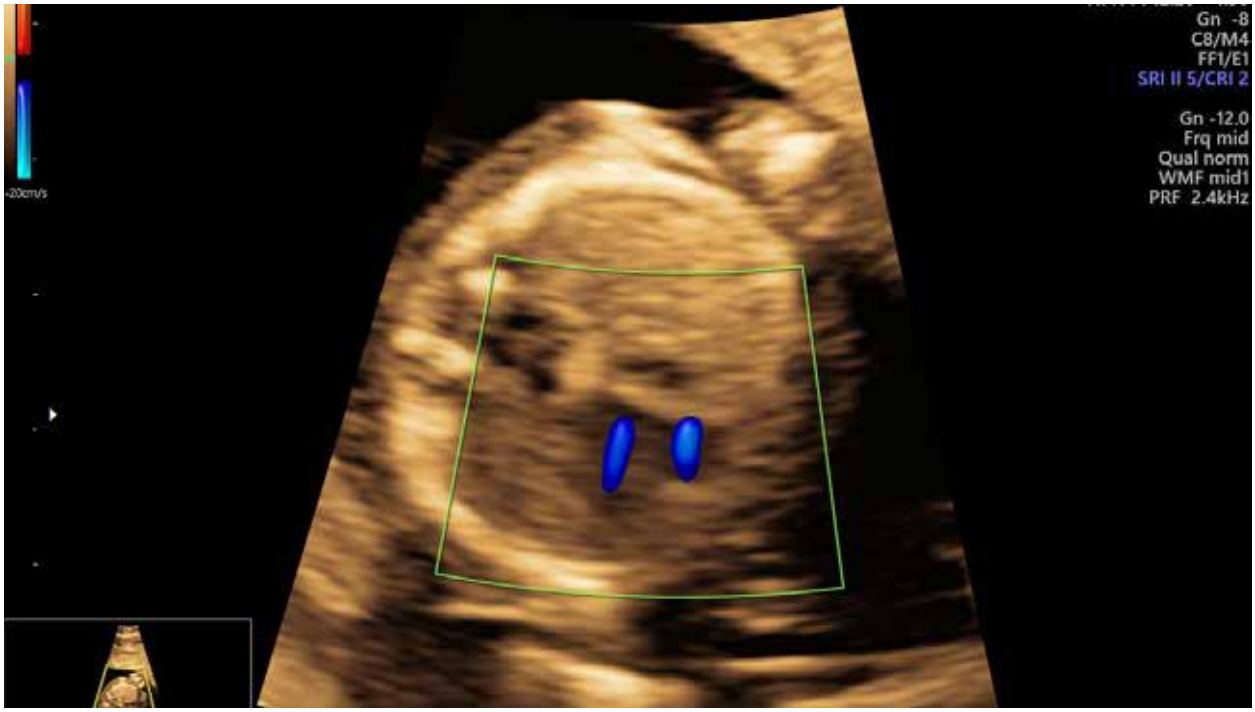
- Cœur visible avec équilibre droite/gauche des cavités cardiaques (habituel)
- Position du cœur (habituelle)

Các buồng tim phải và trái cân đối (bình thường)
Vị trí của tim (bình thường)

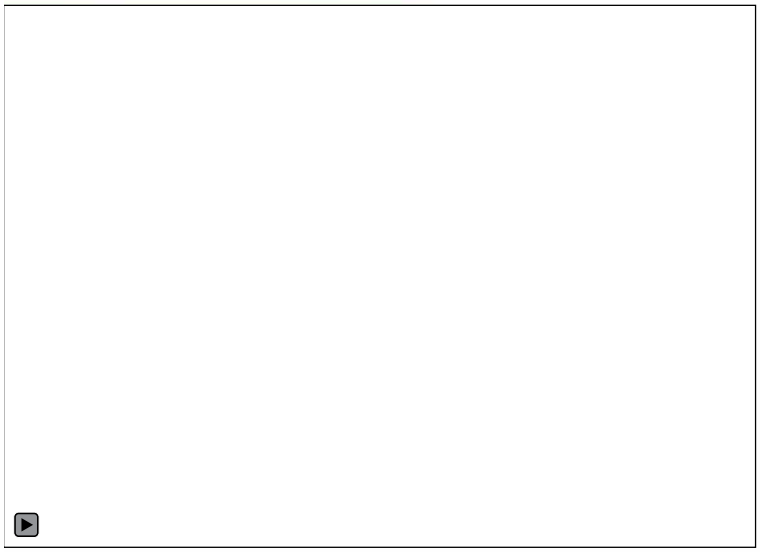







Gn -8
C8/M4
FF1/E1
SRI II 5/CRI 2
Gn -12.0
Frq mid
Qual norm
WMF mid1
PRF 2.4kHz

FVCOG2024



isuog.org GUIDELINES

Thang xám

4 buồng tim nằm cùng bên với dạ dày trên mặt cắt ngang lồng ngực khi quét từ bụng, và nằm bên trái của thai

Trục tim: 45° +/- 15°

2 van nhĩ – thất riêng biệt

2 thất riêng biệt

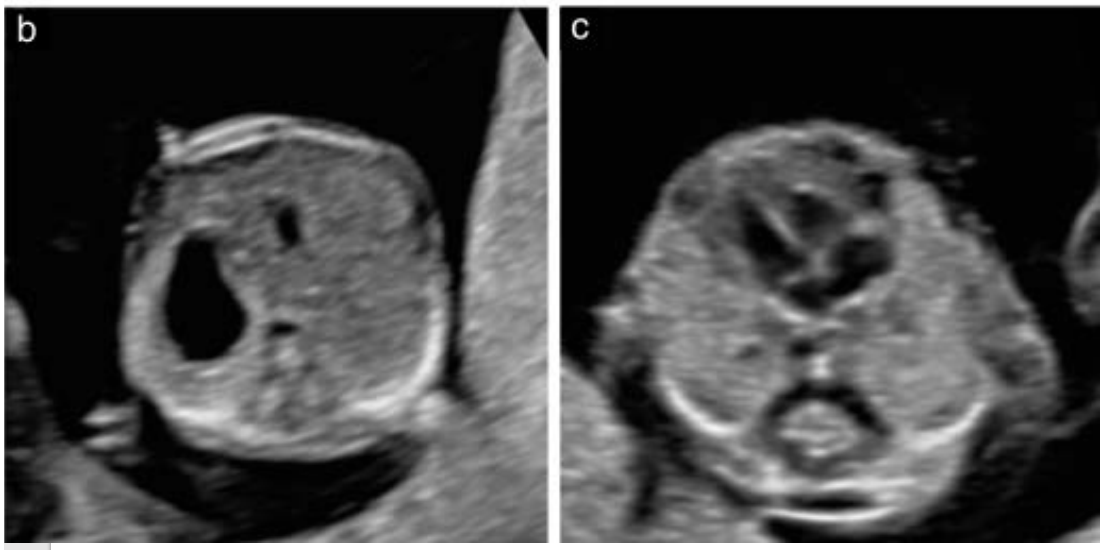
2 thất với kích thước giống nhau

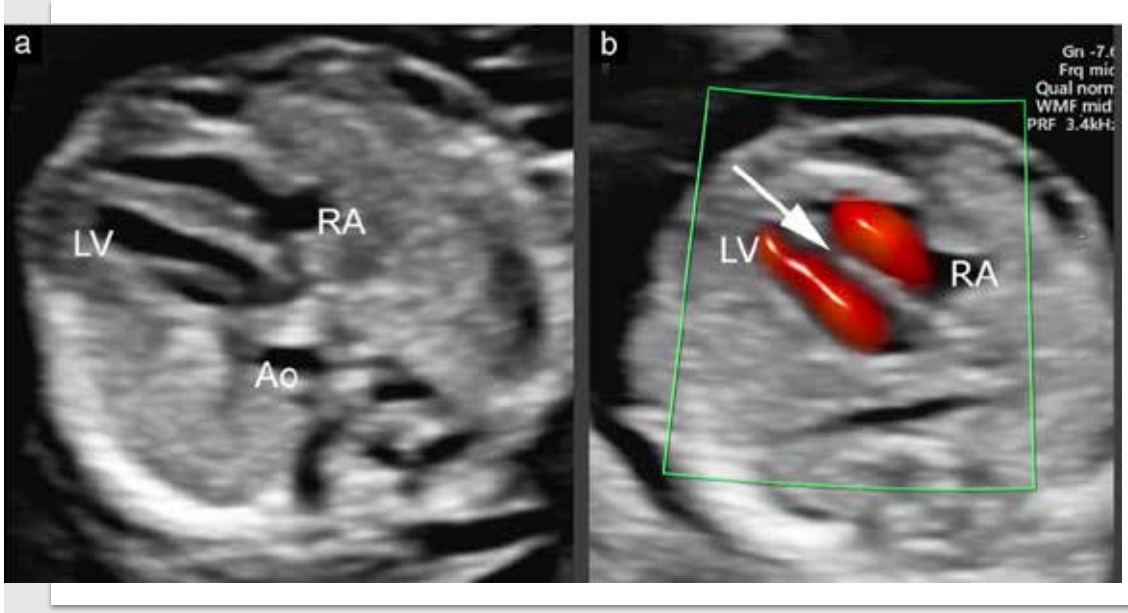
doppler màu:

2 dòng chảy nhĩ – thất riêng biệt

Đổ đầy nhĩ-thất cân bằng

Không có dòng phụt ngược nghiêm trọng ở mức van nhĩ-thất





Botelli et al, UOG

FVCOG2024

Mặt cắt 4 buồng

Nhịp tim: 140-170, loạn nhịp : hiếm, nhịp chậm:nghĩ đến hội chứng đồng dạng

situs : đường bụng >> đường âm đạo

tim: 1/3 lồng ngực: nếu bất thường: thường bệnh lý xương hơn là bệnh tim bẩm sinh

FVCOG2024

Mặt cắt 4 buồng

Trục bình thường: 45° +/- 15°

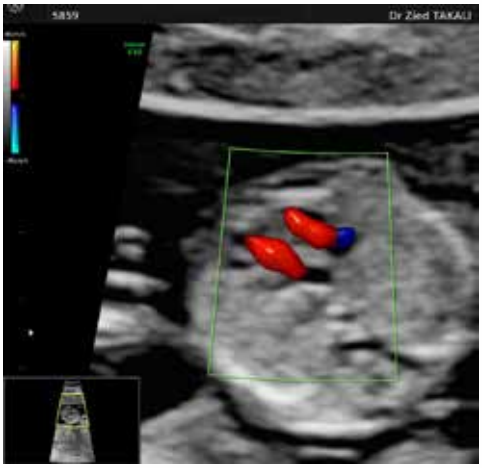
trục bất thường:thường trục tim lệch trái: 74 % các bệnh tim bẩm sinh

Các tâm thất: riêng biệt, đối xứng, vách liên thất, van tim (vị trí, sự di động)

doppler màu: chu kỳ đổ đầy thất đối xứng trong cùng hướng, không có aliasing

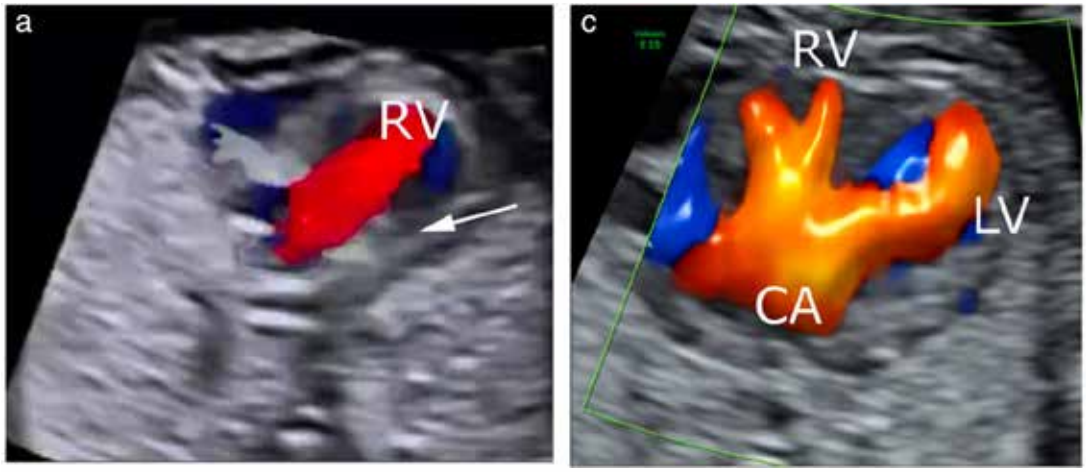
Hở van ba lá (> 60 cm /s): 30% bệnh tim bẩm sinh





Mặt cắt 4 buồng bất thường

FVCOG2024



Bottelli et al UOG 2023

FVCOG2024

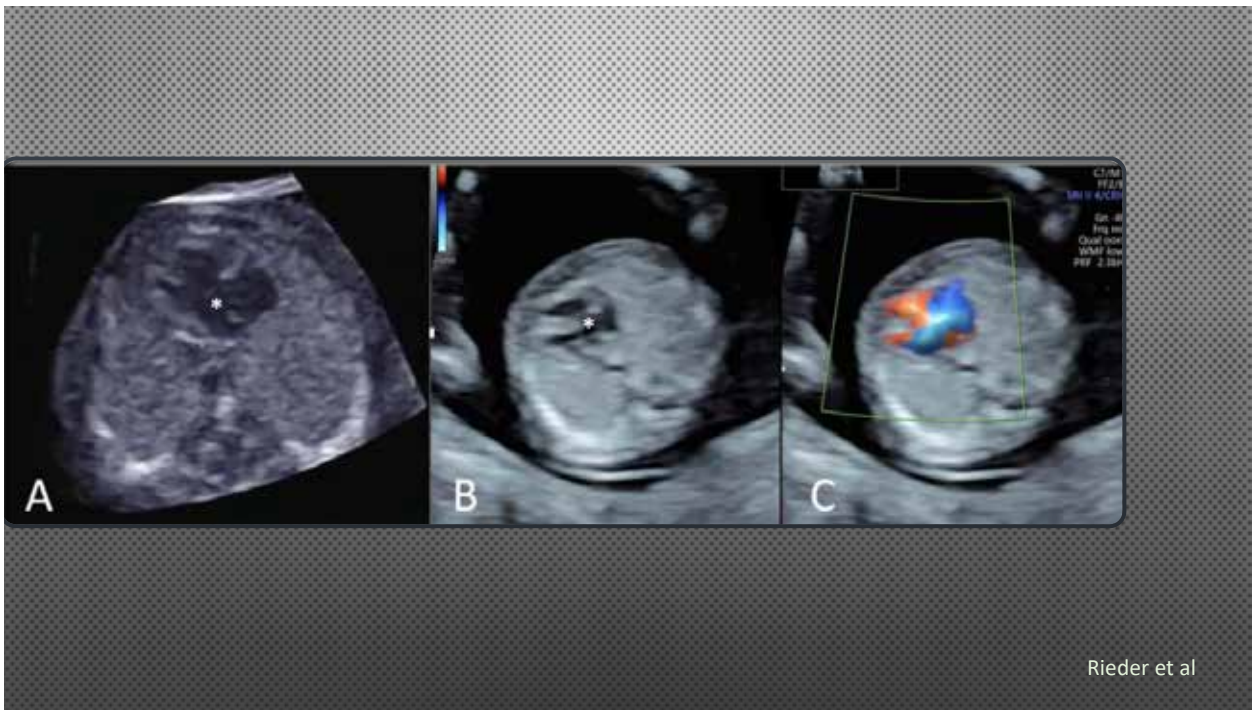




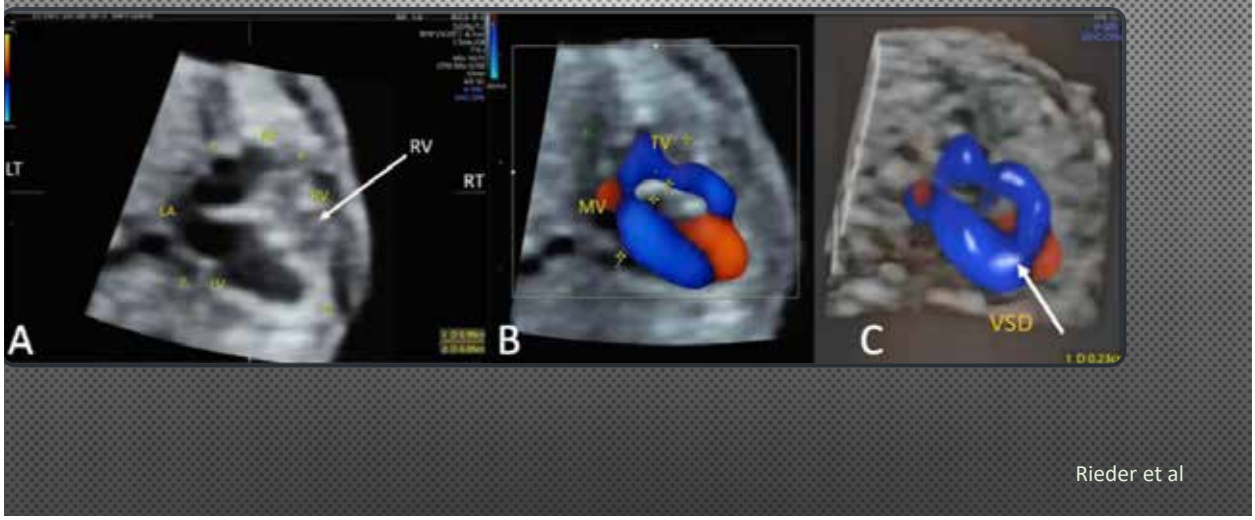
FVCOG2024

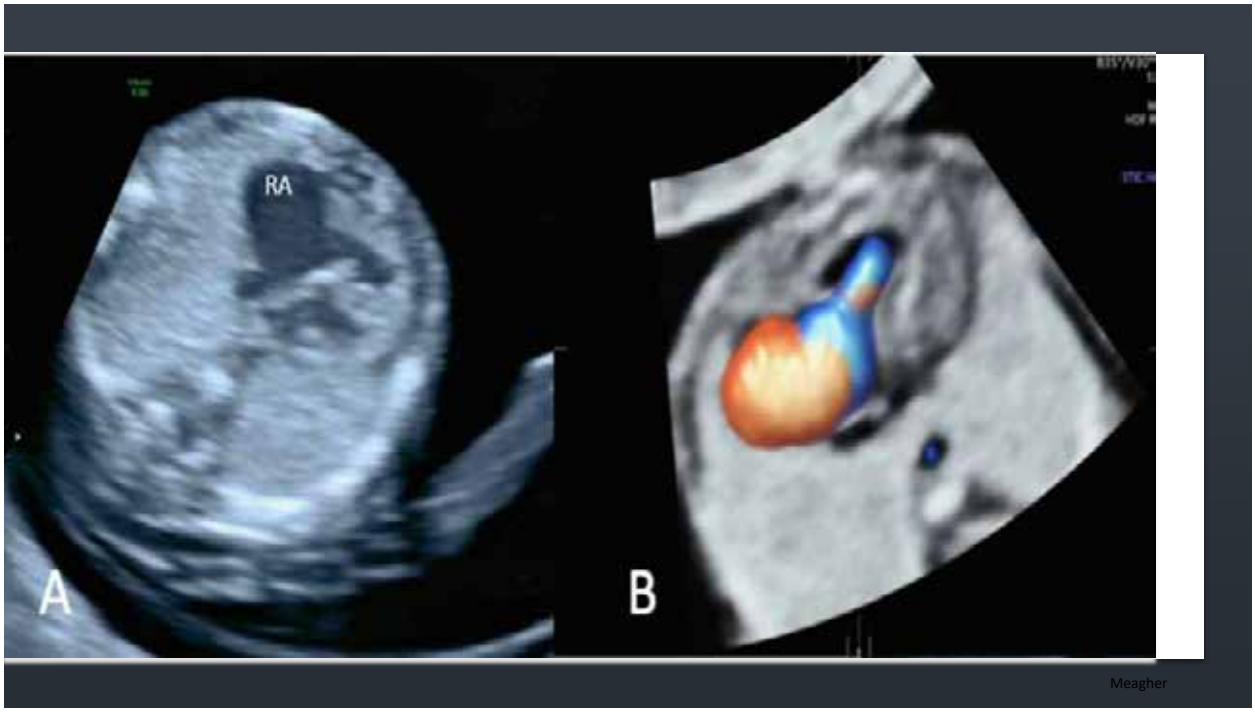


fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn



Không có lỗ van 3 lá kèm thông liên thất (hội chứng thiểu sản tim phải)





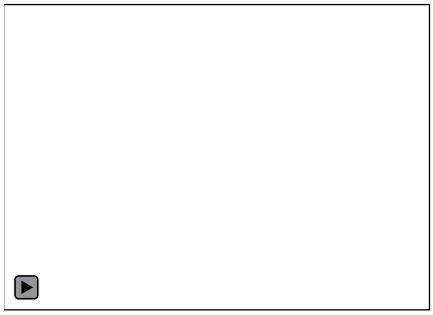
mặt cắt 3 mạch máu khí quản trên doppler màu

- cneof: không có khuyến cáo

isuog:

- cung động mạch và ống động mạch: 1 chữ v ở bên trái cột sống và cùng bên với đỉnh tim
- Dòng chảy trong cùng chiều: theo tầng và về phía cột sống
- đường kính tương đương nhau
- không có dòng chảy người chiều

FVCOG2024



FVCOG2024

Mặt cắt 3 mạch máu khí quản bất thường

Chuyển chỗ mạch máu lớn

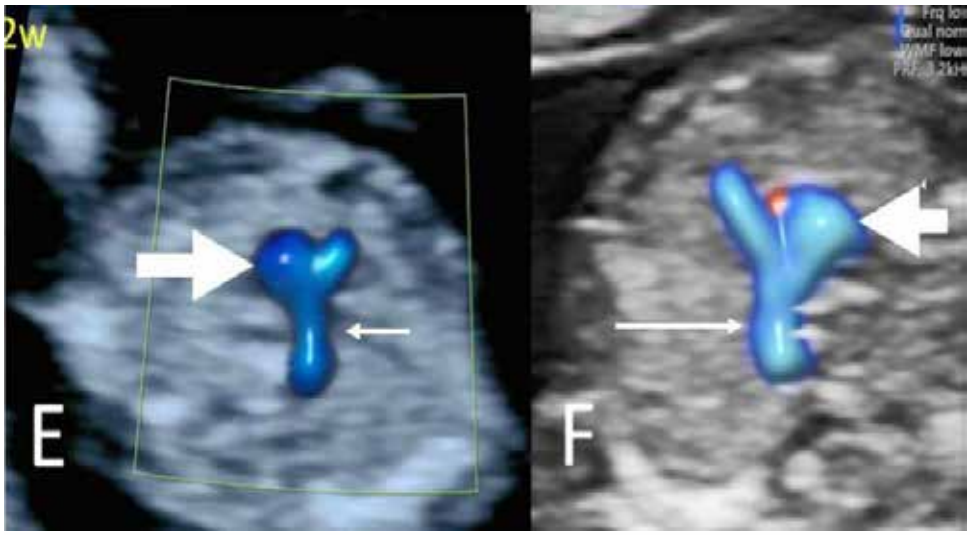




Sad aorta

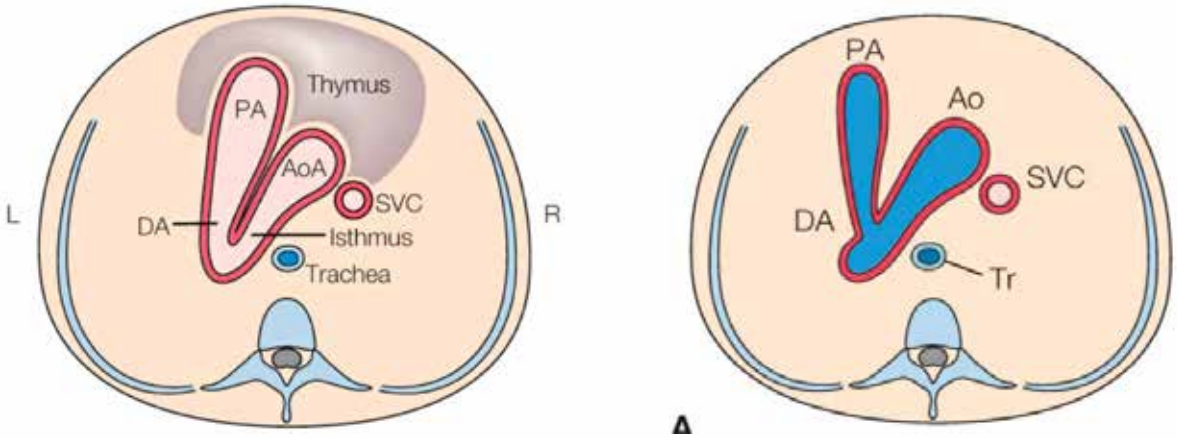


Rieder et al



Rieder et al

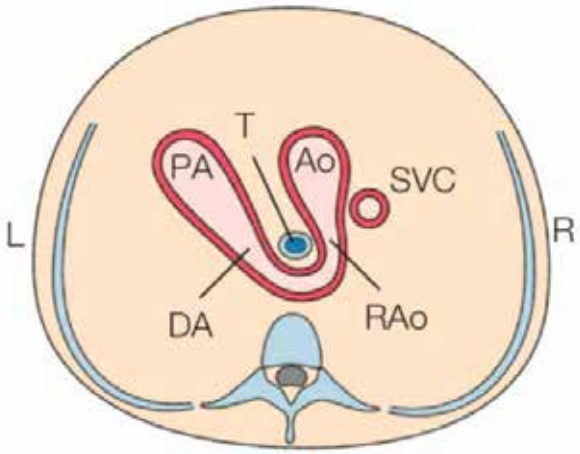
FVCOG2024



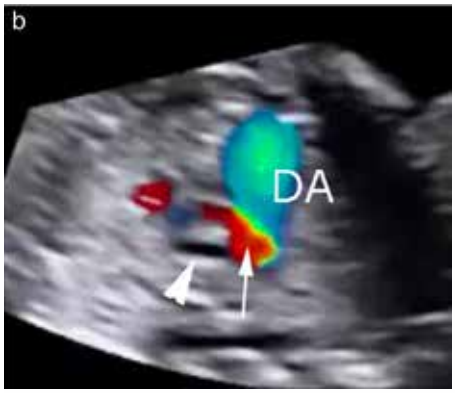
FVCOG2024

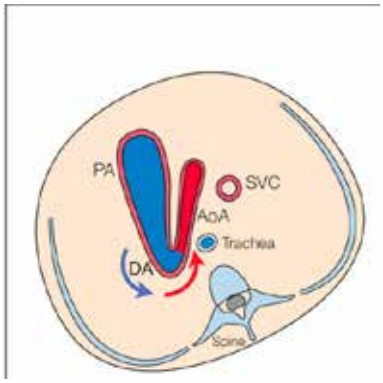
fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Cung động mạch chủ bên phải



Hộ chứng thiểu sản tim trái: HLHS: thiểu sản thất trái





Bottelli et al

FVCOG2024

Mức độ chính xác như nào trong sàng lọc quý 1

Table 1 Screening performance of first-trimester ultrasound imaging in the detection of major fetal cardiac abnormalities in non-high-risk and high-risk populations

Parameter	*Non-high risk*	*High risk*
Fetuses screened	306 872	21 390
Studies included	45	18
Total number of major cardiac abnormalities (TP + FN)	1445	480
TP	767	338
Sensitivity	55.80 (45.87–65.50)	67.74 (55.25–79.06)
Specificity	99.98 (99.97–99.99)	99.75 (99.47–99.92)
Positive predictive value	94.85 (91.63–97.32)	94.22 (90.22–97.22)
Proportion of all antenatally detected major cardiac abnormalities*	63.67 (54.35–72.49)	79.86 (69.89–88.25)

Karim et al UOG 2022

FVCOG2024

Ultrasound Obstet Gynecol 2023; **61**: 577–586
Published online 7 April 2023 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). **DOI:** 10.1002/uog.26094.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Prenatal detection of congenital heart disease at 12–13 gestational weeks: detailed analysis of false-negative cases

L. BOTTELLI[1], V. FRANZÈ[1], G. TUO[2], F. BUFFELLI[3] and D. PALADINI[1]

[1]*Fetal Medicine and Surgery Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy;* [2]*Pediatric Cardiology Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy;* [3]*Fetopathology Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy*

Những âm tính giả:

1) Lỗi con người: phân tích/đánh giá trong mặt cắt không lý tưởng
2) Lỗi kỹ thuật: doppler màu +++
3) Yếu tố phía người mẹ: béo phì, song thai

Ultrasound Obstet Gynecol 2023; **61**: 577–586
Published online 7 April 2023 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). **DOI:** 10.1002/uog.26094.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Prenatal detection of congenital heart disease at 12–13 gestational weeks: detailed analysis of false-negative cases

L. BOTTELLI[1], V. FRANZÈ[1], G. TUO[2], F. BUFFELLI[3] and D. PALADINI[1]

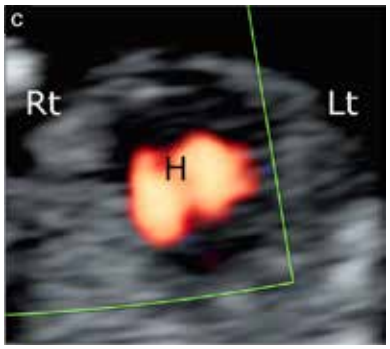
[1]*Fetal Medicine and Surgery Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy;* [2]*Pediatric Cardiology Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy;* [3]*Fetopathology Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy*

Những âm tính giả:

1) Lỗi con người: phân tích/đánh giá trong mặt cắt không lý tưởng
2) Lỗi kỹ thuật: doppler màu +++
3) Yếu tố phía người mẹ: béo phì, song thai

FVCOG2024

Yếu tố con người

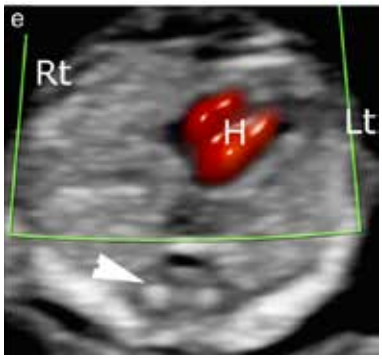




fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

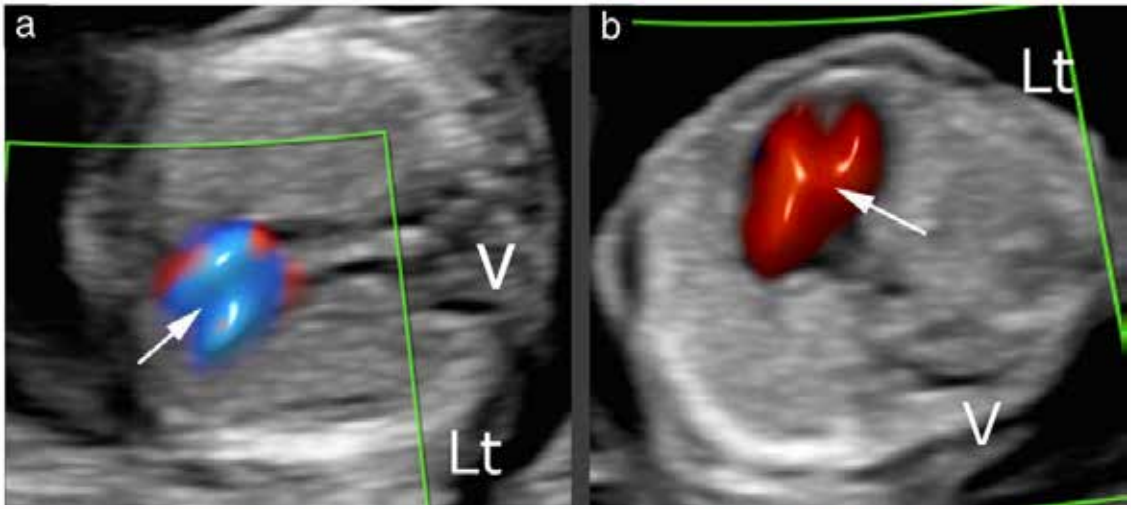
Yếu tố con người





FVCOG2024

Yếu tố kỹ thuật



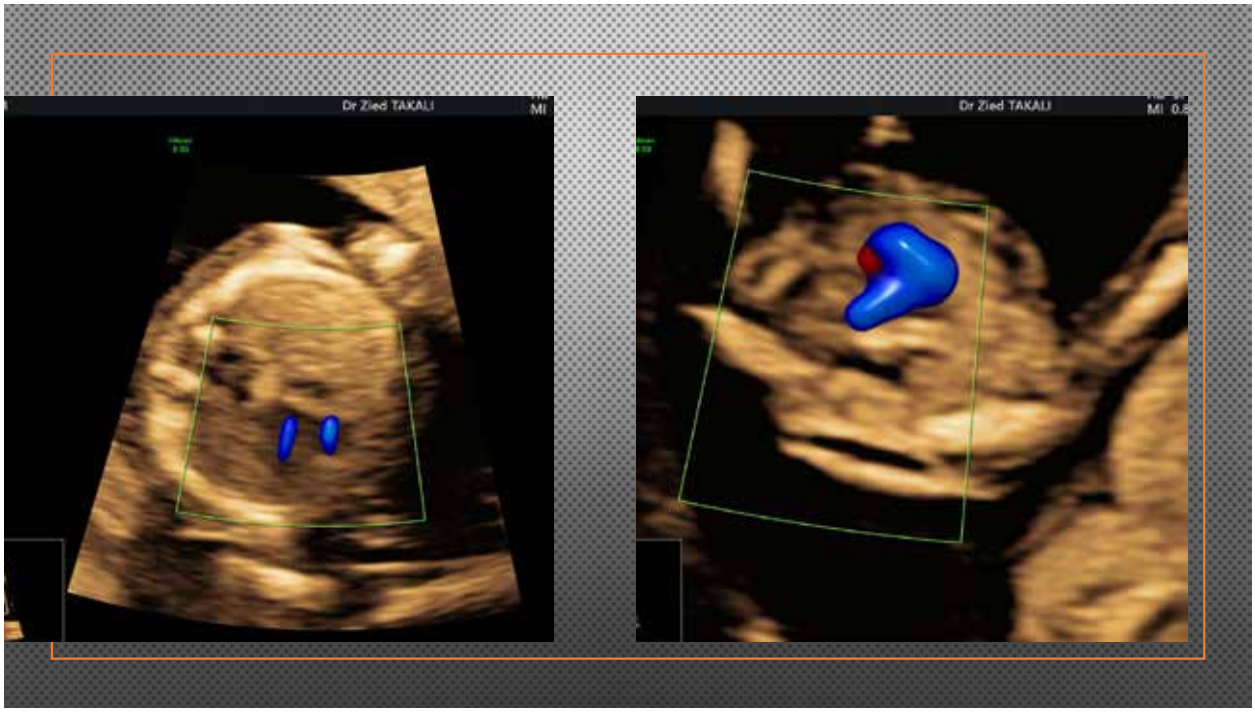
Ultrasound Obstet Gynecol 2023; **61**: 577–586
Published online 7 April 2023 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.26094.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Prenatal detection of congenital heart disease at 12–13 gestational weeks: detailed analysis of false-negative cases

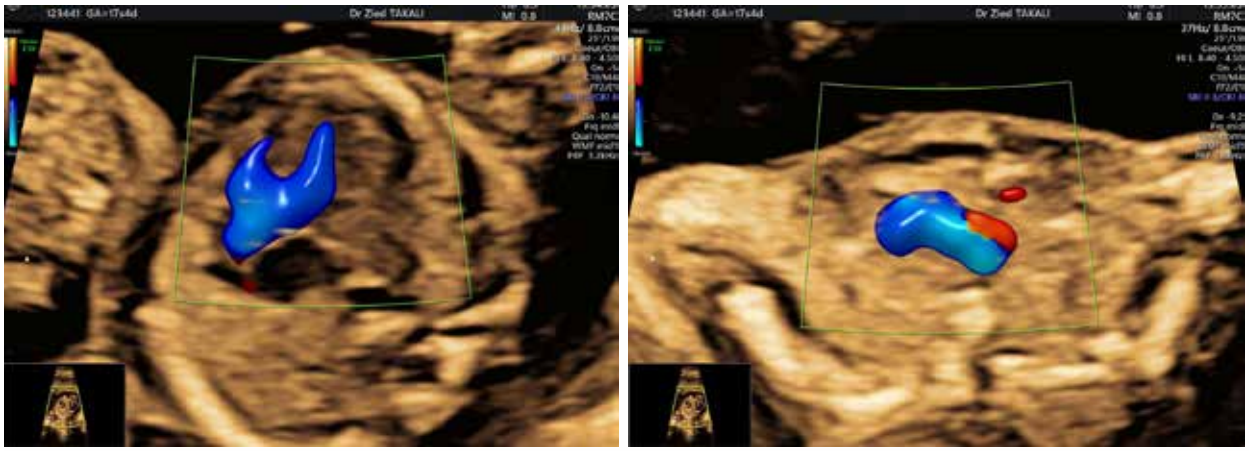
L. BOTTELLI[1], V. FRANZÈ[1], G. TUO[2], F. BUFFELLI[3] and D. PALADINI[1]

[1]*Fetal Medicine and Surgery Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy;* [2]*Pediatric Cardiology Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy;* [3]*Fetopathology Unit, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genoa, Italy*

3) Cá nhân hóa điều chỉnh doppler với từng trường hợp


Dr Zied TAKALI
MI
Dr Zied TAKALI
MI

FVCOG2024


Dr Zied TAKALI
Dr Zied TAKALI

Mặt cắt tim 4 buồng



- TBS có thể xác định được :
  - Hội chứng thiểu sản tim trái: thiểu sản tâm thất trái
  - Hội chứng thiểu sản tim phải: thiểu sản thất phải
  - Tim một thất
  - Bệnh ống nhĩ thất
  - Hội chứng đồng dạng
- TBS có khả năng xác định được:
  - HẸp eo động mạch chủ
  - Hẹp van động mạch chủ nặng
  - Ebstein
  - thoát vị hoành

Mặt cắt 3 mạch máu khí quản



- TBS xác định được:
  - Hội chứng thiểu sản tim trái: Thiểu sản thất trái
  - Cung động mạch chủ quay phải
- TBS có khả năng xác định được:
  - Thất phải hai đường ra
  - Chuyển chỗ mạch máu lớn
  - Tứ chứng Fallot
  - Thân chung động mạch

Table 6 Screening performance of first-trimester ultrasound in the detection of individual types of fetal cardiac anomaly in non-high-risk population

Anomaly	*Sensitivity (% (95% CI))*
Detection rate > 60%	
Ectopia cordis	93.26 (76.03–99.98)
Hypoplastic right heart syndrome	91.65 (77.23–99.21)
Tricuspid atresia/dysplasia	88.63 (76.00–96.94)
Atrioventricular septal defect	77.24 (63.62–88.42)
Truncus arteriosus	76.73 (58.94–90.62)
Complex cardiac defect	76.31 (57.46–90.92)
Hypoplastic left heart syndrome	73.28 (59.86–84.82)
Heterotaxy syndrome	72.59 (55.75–86.63)
Single ventricle	71.21 (52.11–87.03)
Double-outlet right ventricle	63.11 (44.90–79.59)
Detection rate of 25–60%	
Pulmonary atresia	59.68 (23.63–90.53)
Transposition of the great arteries	45.05 (29.29–61.35)
Tetralogy of Fallot	40.95 (30.16–52.20)
Aortic valve stenosis	38.81 (15.77–64.90)
Coarctation of the aorta	37.23 (23.96–51.56)
Ebstein's anomaly	25.03 (4.83–54.08)
Detection rate < 25%	
Ventricular septal defect	23.92 (14.41–34.97)
Atrial septal defect	21.53 (6.78–41.66)
Pulmonary valve or artery stenosis	19.45 (8.99–32.74)
Rhabdomyoma	4.87 (0.19–22.09)

KARIM ET AL, UOG 2022

FVCOG2024

Tim thai quý 1 và trí tuệ nhân tạo

Một vài khái niệm về trí tuệ nhân tạo

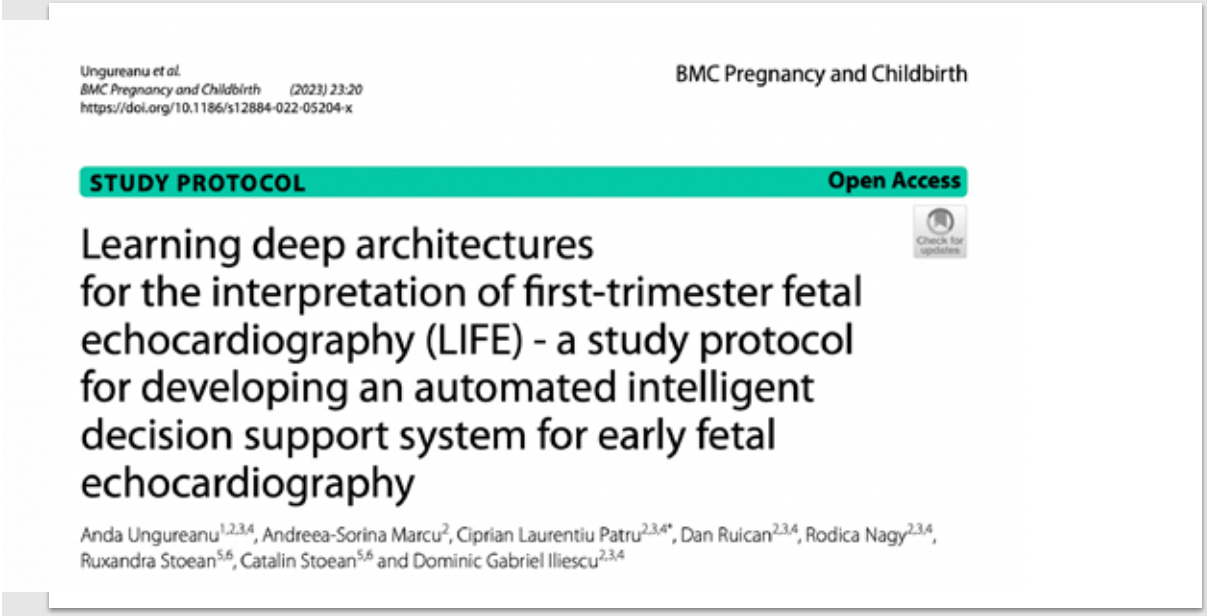
Trí tuê nhân tạo

Quá trình bắt chước trí tuệ của con người dựa trên việc tạo và ứng dụng các thuật toán được thực hiện trong môi trường điện toán động. Mục tiêu của nó là cho phép máy tính suy nghĩ và hành động giống con người.

IDSS: hệ thống hỗ trợ quyết định thông minh

Hệ thống hỗ trợ quyết định thông minh có thể tập hợp và phân tích dữ liệu, giao tiếp với các hệ thống khác, học hỏi kinh nghiệm và thích ứng với các trường hợp mới bằng AI

Học sâu: là một loại máy học sử dụng các thuật toán được thiết kế để hoạt động tương tự như bộ não con người bằng cách sử dụng mạng lưới thần kinh nhân tạo



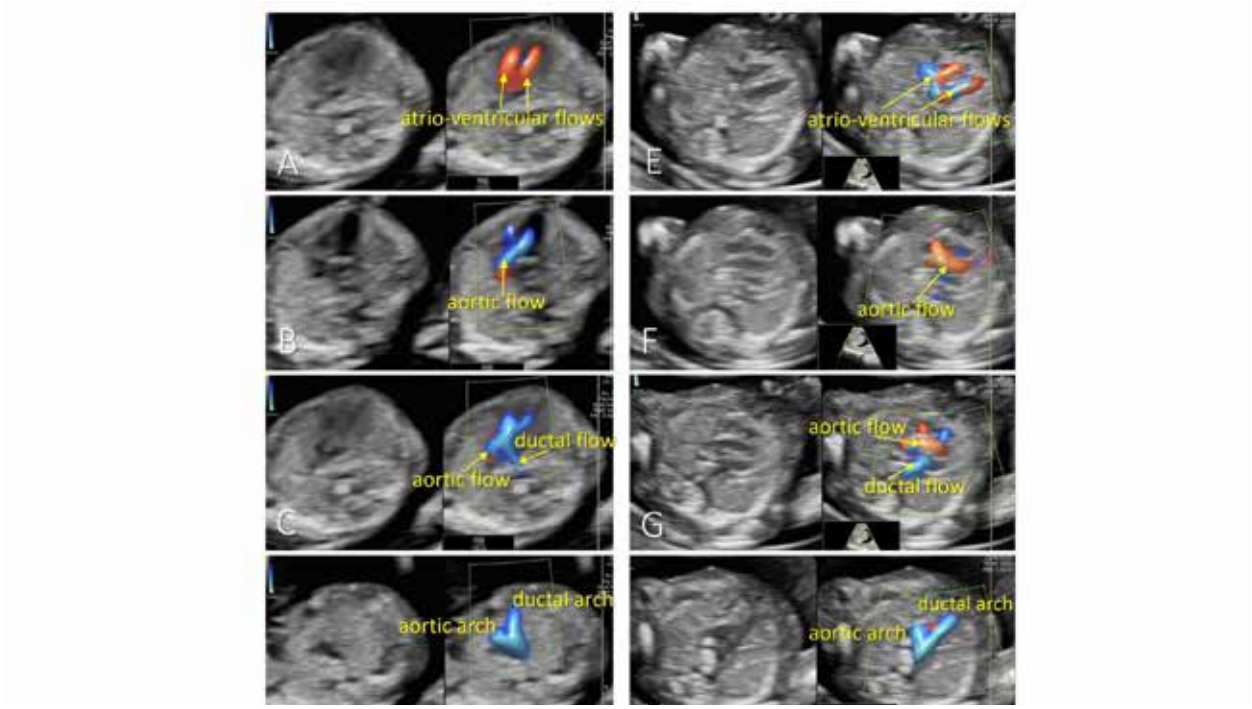
Ungureanu et al.
BMC Pregnancy and Childbirth (2023) 23:20
https://doi.org/10.1186/s12884-022-05204-x

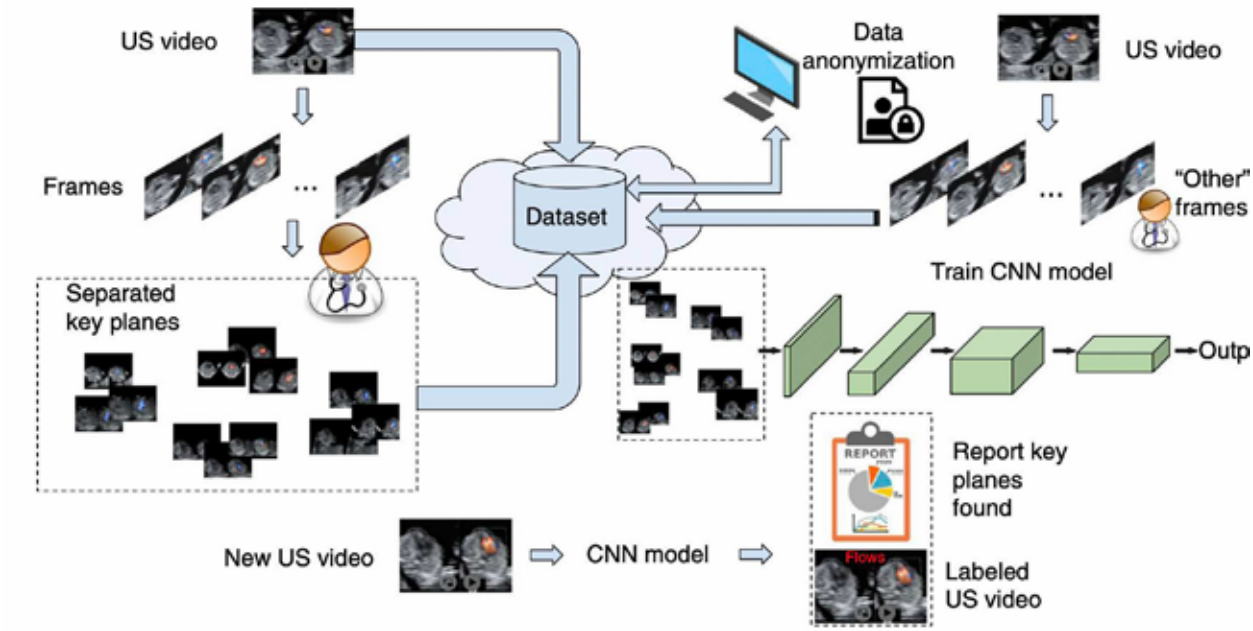
BMC Pregnancy and Childbirth

STUDY PROTOCOL Open Access

Learning deep architectures for the interpretation of first-trimester fetal echocardiography (LIFE) - a study protocol for developing an automated intelligent decision support system for early fetal echocardiography

Anda Ungureanu[1,2,3,4], Andreea-Sorina Marcu[2], Ciprian Laurentiu Patru[2,3,4*], Dan Ruican[2,3,4], Rodica Nagy[2,3,4], Ruxandra Stoean[5,6], Catalin Stoean[5,6] and Dominic Gabriel Iliescu[2,3,4]


atrio-ventricular flows
A
atrio-ventricular flows
E
aortic flow
B
aortic flow
F
ductal flow
aortic flow
C
aortic flow
ductal flow
G
ductal arch
aortic arch
ductal arch
aortic arch


US video
Data anonymization
US video
Frames
Dataset
"Other" frames
Train CNN model
Separated key planes
Outp
Report key planes found
New US video
CNN model
Labeled US video

Ưu điểm và nhược điểm của ai

Ưu điểm:

- công cụ trợ giúp dành cho người mới bắt đầu làm siêu âm: hỗ trợ và đào tạo theo thời gian thực nếu không có chuyên gia ngay lập tức (idss tích hợp vào máy siêu âm)
- tiết kiệm thời gian
- động lực để cho ra những mặt cắt tốt hơn

- giảm sự chênh lệch giữa những người siêu âm

Giới hạn:

FVCOG2024

Kết luận

tim quý 1: sự phát triển của di truyền học, tương lai: làm chủ nó

Cài đặt + đường cong học tập

Cải thiện làm chủ doppler màu

Tương lai: trí tuệ nhân tạo : trợ giúp sàng lọc/ chẩn đoán

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

Mead Johnson Nutrition

GIÚP BÉ DỄ TIÊU HÓA - HẤP THU[1-2] & PHÁT TRIỂN TRÍ NÃO LÂU DÀI[8]

Với công thức độc đáo kết hợp đạm A2 cùng MFGM & DHA



Đạm A2

MFGM PRO

PDX GOS

DHA

BỤNG ÊM THÊM SÁNG TRÍ

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho sức khỏe và sự phát triển toàn diện của trẻ nhỏ. Chế độ dinh dưỡng tốt cho bà mẹ rất quan trọng đối với việc chuẩn bị và duy trì quá trình nuôi con bằng sữa mẹ. Khi sử dụng sữa công thức cho trẻ sơ sinh, mẹ nên nhận thức được các tác động về mặt tài chính và xã hội của việc cho trẻ bú sữa công thức, khó khăn trong việc đảo ngược quyết định khi đã không cho trẻ bú sữa mẹ và cần phải lưu ý để tránh tình trạng giảm tiết sữa do bú sữa mẹ một phần. Khi sử dụng sữa công thức, sức khỏe của bé sẽ phụ thuộc vào việc tuân thủ cẩn thận hướng dẫn của nhà sản xuất trên nhãn về pha chế, pha loãng, sử dụng và bảo quản. Nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi bắt đầu cho trẻ bú sữa công thức.

Thông tin dành cho cán bộ y tế, không được cung cấp cho bên ngoài

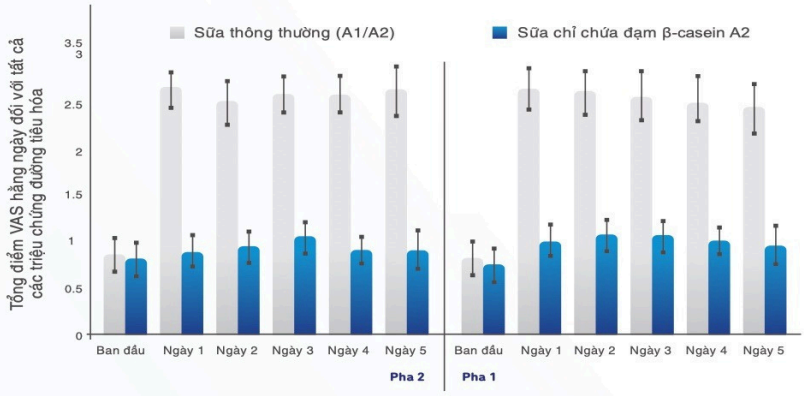
ĐÃ ĐƯỢC KIỂM CHỨNG QUA NHIỀU NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

ĐẠM A2 CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG KHÓ CHỊU TIÊU HÓA[2]

Trung bình tổng điểm VAS hằng ngày thấp hơn và duy trì ở mức thấp suốt từ đầu đến cuối giai đoạn can thiệp ở nhóm trẻ uống sữa chỉ có đạm β-casein A2

Cải thiện triệu chứng tiêu hóa sau 01 ngày

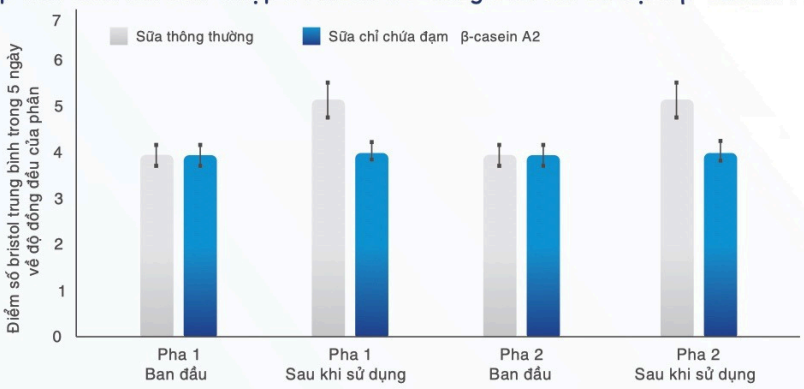
- Chướng bụng
- Đau bụng
- Đầy hơi
- Nặng hoặc đầy bụng



ĐẠM A2 DUY TRÌ SỰ ĐỒNG NHẤT CỦA PHÂN, GIẢM TẦN SUẤT ĐẠI TIỆN[2]

Điểm số Bristol Stool trung bình trong 5 ngày thấp hơn sau khi can thiệp ở nhóm trẻ uống sữa chỉ có đạm β-casein A2

- **Độ đồng nhất của phân cũng được cải thiện** đáng kể
- **Tần suất đại tiện cũng giảm đi** so với những trẻ uống sữa thông thường



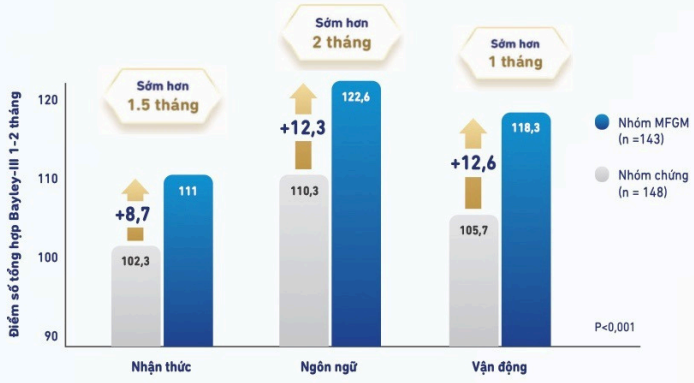
Sheng X, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019.
Nghiên cứu chéo, mù đôi, ngẫu nhiên, có đối chứng, song song và đa trung tâm, trên 80 trẻ được chia thành 2 nhóm đối tượng sử dụng sữa thông thường hoặc sữa chỉ chứa đạm β-casein A2 trong 5 ngày, và ngược lại.
So sánh sự thay đổi các triệu chứng đường tiêu hóa, bao gồm: chướng bụng, đau bụng, đầy hơi, nặng hoặc đầy bụng,... Các triệu chứng được đánh giá thông qua điểm VAS hằng ngày trong giai đoạn can thiệp.

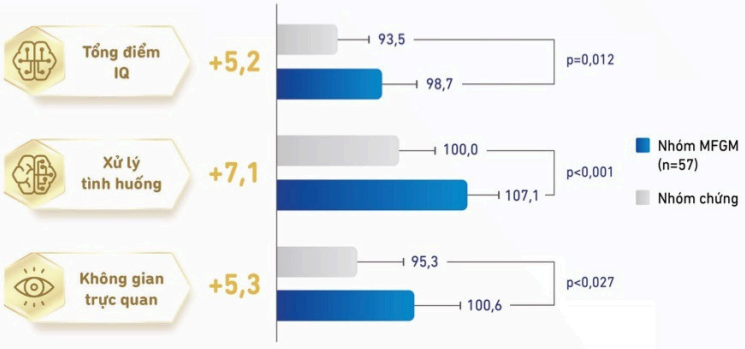
MFGM 5 YEAR ADVANTAGE™

CÙNG MFGM GIÚP PHÁT TRIỂN TRÍ NÃO SỚM HƠN 1-2 THÁNG[7] VÀ LÂU DÀI 5,5 TUỔI[8]

1 TUỔI
(Nghiên cứu Li 2019)

5,5 TUỔI
(Nghiên cứu Colombo 2023)





Li Fei et al. The Journal of Pediatrics 2019
Mục tiêu đánh giá vai trò của MFGM + LF đối với sự phát triển nhận thức và sức khỏe của trẻ nhũ nhi.
Nghiên cứu ngẫu nhiên (RCT), mù đôi, đa trung tâm, có đối chứng, trên 451 trẻ nhũ nhi đủ tháng khỏe mạnh với hai nhóm nghiên cứu được sử dụng sữa công thức có/không có MFGM+LF trong 12 tháng đầu đời.
Đánh giá sự phát triển của trí não theo thang đo phát triển trẻ sơ sinh Bayley-III về khả năng nhận thức, ngôn ngữ, vận động,... được đo ở thời điểm 12 tháng tuổi và tiếp tục đánh giá ở 18 tháng tuổi.

Thang điểm WPPSI-IV (Bộ trắc nghiệm đo lường trí thông minh ở trẻ mầm non và tiểu học.
Colombo J et al. The Journal of Pediatrics 2023 (Li 2019 follow up):
Nghiên cứu RCT, đối với 116 trẻ tham gia nghiên cứu Li 2019 ở hai nhóm sử dụng sữa công thức có/không có MFGM+LF. Đánh giá sự phát triển của trí não, thần kinh của trẻ theo các thang điểm: WPPSI-IV, Stroop, DCCS, CBCL tại thời điểm 5.5 năm.

Thông tin dành cho cán bộ y tế, không được cung cấp cho bên ngoài



ThS.BS. HÀ TỐ NGUYÊN

Giám đốc Trung tâm Y học bào thai - BV Đa khoa Tâm Anh TP. HCM

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- Từ năm 1989 - 1995: Bác sĩ đa khoa ĐHYD TPHCM
- Từ năm 2001- 2003: Thạc sĩ sản phụ khoa ĐHYD TPHCM
- Tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về siêu âm tiền sản, sàng lọc và chẩn đoán trước sinh tại nhiều trung tâm, bệnh viện lớn trên thế giới như
  - 1999: Liverpool Hospital – South Western Sydney
  - 2006: Royal Prince Alfred Hospital – Sydney
  - 2006: Sydney ultrasound for women
  - 2007: The Fetus's clinic của Giáo sư Philippe Jeanty – Mỹ (2007)
  - 2008: Bệnh viện Đại học Angers – Pháp
  - 2009: Trung tâm Y học bào thai FMF của Giáo sư Kypros Nicolaides – London

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1998 - 2003: Bác sĩ Khoa chẩn đoán hình ảnh BV Từ Dũ
- 2003- đến năm 2005: Phó Khoa chẩn đoán hình ảnh BV Từ Dũ
- 2003 - 4/2024: BS Trưởng Khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Từ Dũ
- Từ 05/2024 - nay:
  - Giám đốc Trung tâm Y học bào thai BV ĐK Tâm Anh TPHCM
  - Phó Chủ tịch Chi hội Siêu âm Việt Nam (VSUM)
  - Phó Chủ tịch thường trực Hội Y học Bà mẹ và Thai nhi TP.HCM
  - Ủy viên Ban thường vụ Liên chi hội Chẩn đoán hình ảnh TP.HCM
  - Ủy viên Ban chấp hành Hội Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam
  - Ủy viên Ban chấp hành Hội Sản Phụ khoa Việt Nam
  - Ủy viên Ban chấp hành Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP.HCM
  - Uỷ viên Ban chấp hành Liên chi hội Chu sinh và Sơ sinh TP.HCM
  - Đại sứ tại châu Á của Hội Siêu âm Sản Phụ khoa Thế giới
  - Ủy viên nhóm cố vấn Hội Siêu âm Sản Phụ khoa Thế giới
  - Ủy viên Hội đồng Bách khoa toàn thư ISUOG
  - Đại sứ tại Việt Nam của Hội Phân tích khối u buồng trứng Quốc tế

FVCOG2024

SÀNG LỌC LỆCH BỘI VÀ DỊ TẬT THAI Ở 3 THÁNG ĐẦU: *THỜI ĐIỂM ĐỂ THAY ĐỔI*

ThS.BS. Hà Tố Nguyên

Trung tâm Y học bào thai

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh tp.HCM

FVCOG2024

SÀNG LỌC LỆCH BỘI VÀ DỊ TẬT THAI Ở 3 THÁNG ĐẦU: *THỜI ĐIỂM ĐỂ THAY ĐỔI*

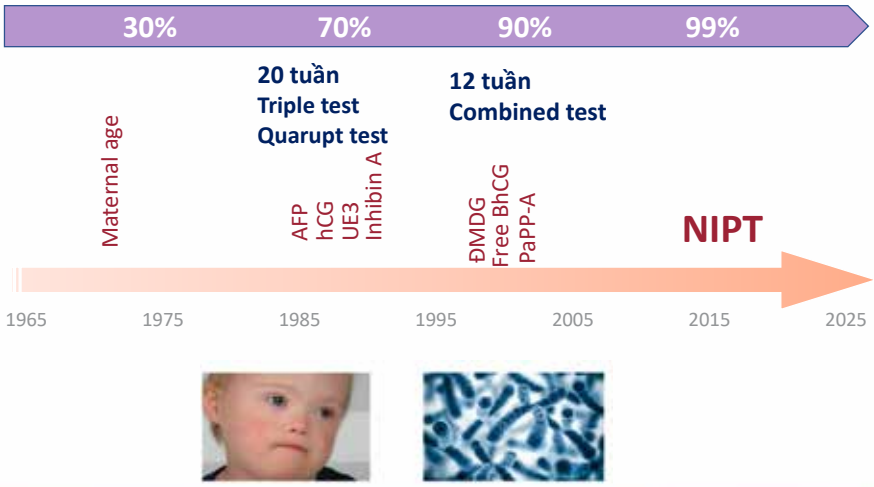
Ths.BS. Hà Tố Nguyên

Trung tâm Y học bào thai

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh tp.HCM

FVCOG2024

SÀNG LỌC LỆCH BỘI



FVCOG2024

SÀNG LỌC LỆCH BỘI

PRENATAL DIAGNOSIS

Review | Free Access

Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks

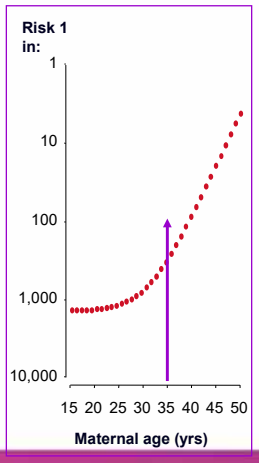
Kypros H. Nicolaides

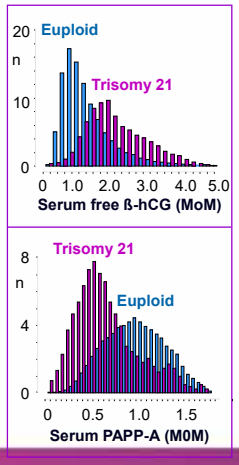
First published: 05 January 2011 | https://doi.org/10.1002/pd.2637 | Citations: 471



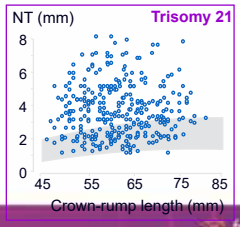
Combined Test

Tuổi mẹ + Hoá máu sinh + Siêu âm







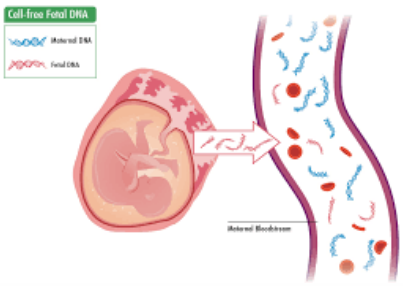


	DR
T 21	90%
T18	97%
T13	92%
45XO	>95%

FPR: 5%

Wright D, Kagan KO, Molina FS, Gazzoni A, Nicolaides KH. A mixture model of nuchal translucency thickness in screening for chromosomal defects. Ultrasound Obstet Gynecol 2008; 31: 376–383.

CFDNA LÀ GÌ VÀ ỨNG DỤNG TRONG SÀNG LỌC NHƯ THẾ NÀO?



- **cfDNA là những mảnh DNA nhỏ (50-200 base pairs) lưu hành trong tuần hoàn máu mẹ.**
- **Fetal cfDNA có nguồn gốc từ trophoblast sau khi tế bào tự huỷ diệt, thường sau 10 tuần và chiếm 10-15% cfDNA lưu hành trong tuần hoàn máu mẹ.**
- **Sau khi được Lo phát hiện năm 1997, NIPT được ứng dụng trong thực hành lâm sàng từ năm 2011 và đã phát triển nhanh chóng trên toàn cầu.**

1. Lo Y.M., Corbetta N., Chamberlain P.F., Rai V., Sargent I.L., Redman C.W., Wainscoat J.S. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. Lancet. 1997
2. Shaffer BL, Norton ME. Cell-Free DNA Screening for Aneuploidy and Microdeletion Syndromes. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Mar;45(1):13-26.

FVCOG2024

NON INVASIVE PRENATAL TEST: *TỶ LỆ PHÁT HIỆN*

Sự ứng dụng của cfDNA trong thực hành lâm sàng đã làm thay đổi cách tiếp cận sàng lọc lệch bội vì giá trị vượt trội trong sàng lọc các lệch bội thường gặp so với các phương pháp truyền thống.

	Trisomy 21	Trisomy 18	Trisomy 13	Monosomy X	47 (XXX,XXY,XYY)
Detective Rate	**99.7%**	**98.2%**	**99%**	**95.8%**	**100%**
False Positive Rate	0.04%	0.04%	0.04%	0.14	0.004

Không nên nhầm lẫn tỷ lệ phát hiện bệnh (detective rate) với khả năng thai bị bệnh khi có kết quả xét nghiệm sàng lọc dương tính (preditive positive value)

Gil M, Accurti V, Santacruz B, Plana M, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;

FVCOG2024

NON INVASIVE PRENATAL TEST: *RARE AUTOSOMAL TRISOMIES*



- Tần suất Trisomy các NST thường hiếm đươc báo cáo # 0.47% các NIPT
- Thai bị RAT thật sự chỉ khoảng 15% các ca NIPT (+) và không có khả năng sống nên chỉ những ca thể khảm có thể tiến triển.
- Chọc ối được khuyến cáo để phân biệt thai thật sự bị RAT thể khảm và khảm bánh nhau.
- Nếu cfDNA (+) RAT và siêu âm bình thường: 97% khảm bánh nhau.
- Tư vấn tiến sản các ca thai RAT thể khảm thật sự là thách thức vì biểu hiện lâm sàng đa dạng: từ gần như bình thường đến có ảnh hưởng nghiêm trọng đến tuổi thọ.

Benn P, Grati FR. Genome-wide non-invasive prenatal screening for all cytogenetically visible imbalances. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018;51(4):429-433.
Grati FR, Ferreira J, Benn P, et al. Outcomes in pregnancies with a confined placental mosaicism and implications for prenatal screening using cell-free DNA. *Genet Med* 2020;22(2):309-316.

NON INVASIVE PRENATAL TEST: *MICRODELETETION/MICRODUPLICATION*

Received: 23 September 2020 | Revised: 20 February 2021
DOI: 10.1002/pd.5928

REVIEW

PRENATAL DIAGNOSIS WILEY

Cell-free DNA analysis of maternal blood in prenatal screening for chromosomal microdeletions and microduplications: a systematic review

Alessandra Familiari[1] | Simona Boito[2] | Georgios Rembouskos[3] | Benedetta Ischia[2] | Veronica Accurti[2] | Isabella Fabietti[2] | Paolo Volpe[3] | Nicola Persico[2,4]

	DR	FPR	PPV
Del22q11 (prosp.)	75%	0.2%	24%
Del22q11 (retrosp.)	83%	0.1%	53%
Microdel/dup	–	0.1%	44%

aternal blood in prenatal microdeletions and atic review

	SPR	PPV
	0.03%	90.6%
	0.11%	61.5%
	0.33%[a]	38.7%[a]
Hu (2019)[11]	0.63%	36.1%
Liang (2019)[12]	0.17%	40.8%
Van der Meij (2019)[13]	0.08%	32.8%
Chen (2019)[14]	0.25%	28.9%
Overall	0.2%	44%

NON INVASIVE PRENATAL TEST: *DIGEORGE SYNDROME-DEL 22Q11*

> Am J Obstet Gynecol. 2022 Jul;227(1):79.e1-79.e11. doi: 10.1016/j.ajog.2022.01.002. Epub 2022 Jan 13.

Cell-free DNA screening for prenatal detection of 22q11.2 deletion syndrome

20,887 women enrolled,
18,289 (87.6%) with genetic outcome

17,976 (98.3%): low risk

38 (0.2%): high risk

275 (1.5%): nonreportable

ACMG
American College of Medical Genetics and Genomics

ACMG suggests NIPS for 22q11.2 Deletion Syndrome be offered to all patients

10 of 12 cases of 22q11.2 were detected

None diagnosed with 22q11.2 syndrome.

Detective rate: 83%
PPV: 53%
FPR: 0.1%

Prevalance: 1/1524

Noninvasive prenatal screening (NIPS) for fetal chromosome abnormalities in a general-risk population: An evidence-based clinical guideline of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG). Genet Med. 2023 Feb;25(2):100336.

FVCOG2024

NON INVASIVE PRENATAL TEST: *GIÁ TRỊ TIÊN ĐOÁN DƯƠNG*

$$PPV = \frac{\text{True Positive}}{\text{True Positives} + \text{False Positives}}$$

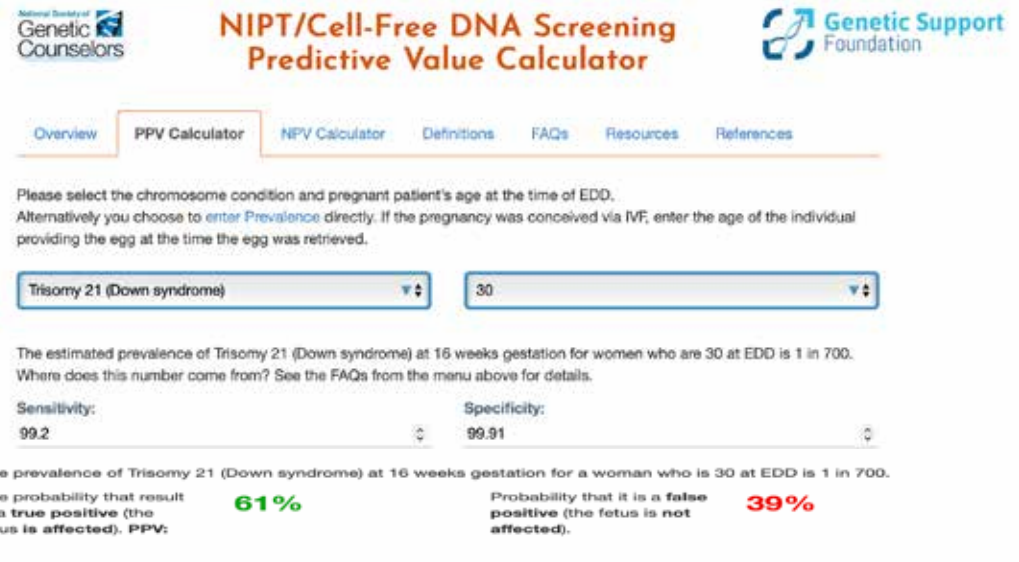
$$NPV = \frac{\text{True Negatives}}{\text{True Negatives} + \text{False Negatives}}$$

- Theo sau một kết quả xét nghiệm sàng lọc nguy cơ cao/nguy cơ thấp, thai phụ nên được tư vấn về khả năng thai bị bệnh (PPV) cũng như khả năng không bị bệnh (NPV)
- PPV: 37%, 65% và 91% lần lượt cho Trisomies 13, 18, 21.
- NPV: 99.9% cho tất cả

Xét nghiệm chẩn đoán được khuyến cáo mạnh sau khi kết quả sàng lọc (+) để chẩn đoán xác định trước khi quyết định dừng thai

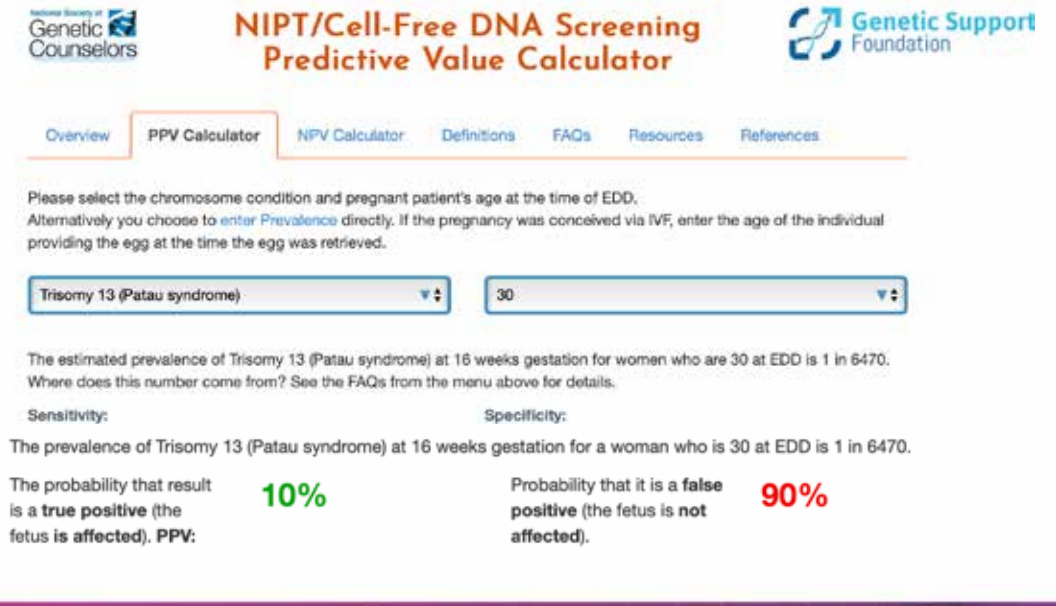
Noninvasive prenatal screening (NIPS) for fetal chromosome abnormalities in a general-risk population: An evidence-based clinical guideline of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG). Genet Med. 2023 Feb;25(2):100336

FVCOG2024



https://ppv.geneticsupportfoundation.org/

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn



https://ppv.geneticsupportfoundation.org/

Received: 3 March 2021 | Revised: 3 June 2021 | Accepted: 6 July 2021
DOI: 10.1002/pd.6021
REVIEW
PRENATAL DIAGNOSIS WILEY

TEST CHẨN ĐOÁN SAU KHI CFDNA (+): CVS HAY AMNIO?

Diagnostic testing after positive results on cell free DNA

NHIỄM SẮC THỂ	PHÂN LOẠI	THỦ THUẬT XÂM LẤN	CÂN NHẮC KHÁC
Trisomy: 1,2,3,4,5,8, 9,10,12,16,17,19,22	Trisomy NST thường hiếm	Siêu âm quý 1 bình thường: Chọc ối Siêu âm quý 1 bất thường: CVS	Siêu âm quý 3, đặc biệt nguy cơ cao Trisomy 16
Trisomy 6,7,11,14,15,20	Trisomy NST thường hiếm với dấu ấn gen	Chọc ối hoặc CVS và sau đó chọc ối nếu CVS bất thường	Nếu thai bình thường, cân nhắc methylation studies
Trisomy 13	Lệch bội thường gặp với tỷ lệ thể khảm bánh nhau cao	Siêu âm quý 1 bình thường: Chọc ối Siêu âm quý 1 bất thường: CVS	Chọc ối nếu CVS thể khảm
Trisomy 18,21	Lệch bội thường gặp với tỷ lệ thể khảm bánh nhau thấp	CVS	Chọc ối nếu CVS thể khảm
Monosomy X	Lệch bội thường gặp với tỷ lệ thể khảm bánh nhau cao	Siêu âm quý 1 bình thường: Chọc ối Siêu âm quý 1 bất thường: CVS	Nếu thai bình thường, NST đồ mẹ loại trừ Turner thể khảm
Nguy cơ cao nhiều lệch bội	Mẹ có nguy cơ cao bệnh ác tính	Siêu âm quý 1 bình thường: Chọc ối Siêu âm quý 1 bất thường: CVS	Nếu thai bình thường, tìm bệnh lý ung thư của mẹ

FVCOG2024

PRE- NON INVASIVE PRENATAL TEST COUNSELLING

J Obstet Gynaecol. 2023 Dec;43(1):2204959. doi: 10.1080/01443615.2023.2204959.

Evaluation of pre-test counselling offered for non-invasive prenatal testing (NIPT) as a primary screening tool

Ho Yin Diana Lee [1], Lin Wai Chan [1]

Thai phụ đã không được tư vấn đầy đủ trước khi thực hiện NIPT

Người cung cấp dịch vụ cần tư vấn đầy đủ để thai phụ có quyết định chính xác

- **44%** hiểu sai rằng NIPT cung cấp nhiều thông tin hơn thủ thuật xâm lấn
- **69.8%** không nhận thức được cần thiết phải siêu âm đo ĐMDG
- **52.6%** không biết những thông tin ngẫu nhiên của xét nghiệm.
- **31%** nghĩ đến dừng thai khi NIPT có nguy cơ cao.

Lee HYD, Chan LW. Evaluation of pre-test counselling offered for non-invasive prenatal testing (NIPT) as a primary screening tool. J Obstet Gynaecol.

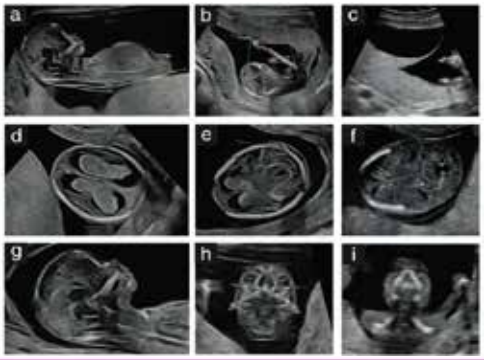
FVCOG2024

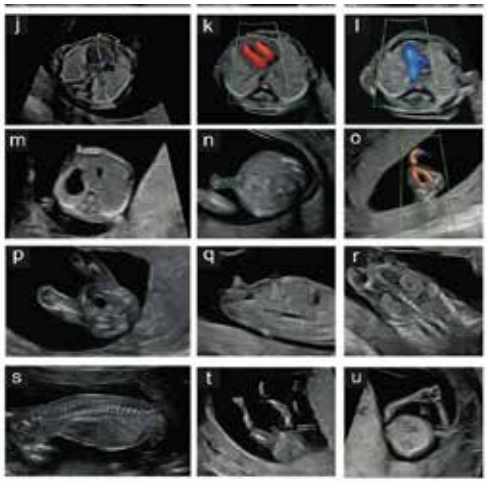
SÀNG LỌC BẤT THƯỜNG THAI

Ultrasound Obstet Gynecol 2023; 61: 127–143
Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.26106

isuog.org GUIDELINES

ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of 11–14-week ultrasound scan





fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Vùng giải phẫu	CẤU TRÚC CẦN KHẢO SÁT TỐI THIỂU KHI SIÊU ÂM QUÍ 1
Tổng quan	Xác định số thai
Đầu và não	MC ngang: Vòm sọ hiện diện và liên tục Hai bán cầu não được phân cách ở giữa là liềm não Đám rối mạch mạc lấp đầy não thất bên (butterfly sign)
Cổ	MC dọc đầu và cổ: Độ mờ da gáy < 95th percentile
Tim	MC ngang qua 4 buồng tim: Tim trong lồng ngực với nhịp đều
Bụng	MC ngang: dạ dày hiện diện, thành bụng liên tục MC ngang hoặc dọc: bàng quang hiện diện và không dãn
Chi	Tứ chi hiện diện với đủ 3 đoạn
Nhau	Hình ảnh nhau bình thường
Sinh trắc học	MC dọc: đo CLR và NT MC ngang: đo BPD, HC

BẤT THƯỜNG THAI KHÔNG LIÊN QUAN NHIỄM SẮC THỂ

Original Paper | Full Access

Diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities on routine ultrasound examination at 11–13 weeks' gestation

Argyro Syngelaki, Aymen Hammami, Sarah Bower, Vita Zidere, Ranjit Akolekar, Kypros H. Nicolaides

First published: 13 August 2019 | https://doi.org/10.1002/uog.20844

1ST TRIMESTER	2NDTRIMESTER	3RD TRIMESTER
27.6%	53.8%	18.6%

Các dị tật được thấy 100% ở thời điểm 11-13 tuần: vô sọ, não thất duy nhất thể không phân chia, thoát vi não, teo van 3 lá, teo van ĐM phổi, ngũ chứgn Cantrell, tim ngoài lồng ngực, thoát vị rốn, hở thành bụng và bất thường phức hợp cơ thể

FVCOG2024

NÃO THẤT DUY NHẤT- ALOBAR



FVCOG2024

VÔ SỌ/SONG THAI

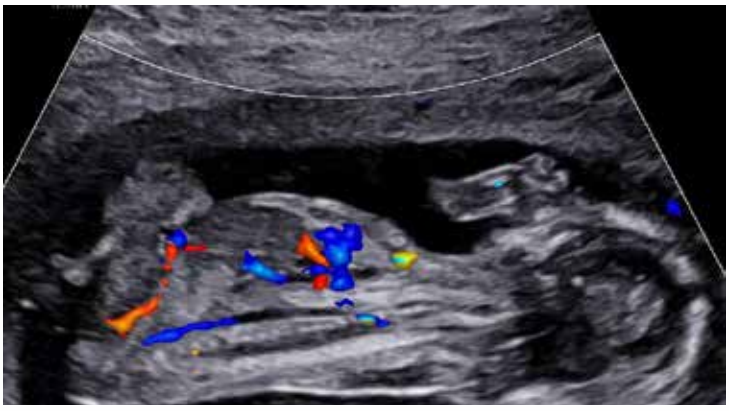


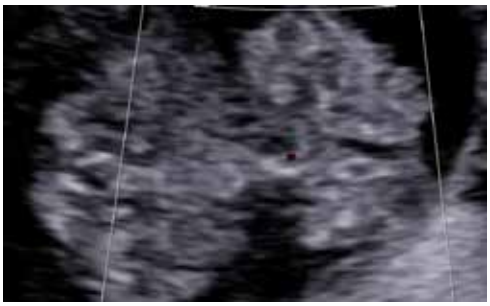
THOÁT VI RỐN





HỞ THÀNH BỤNG





FVCOG2024

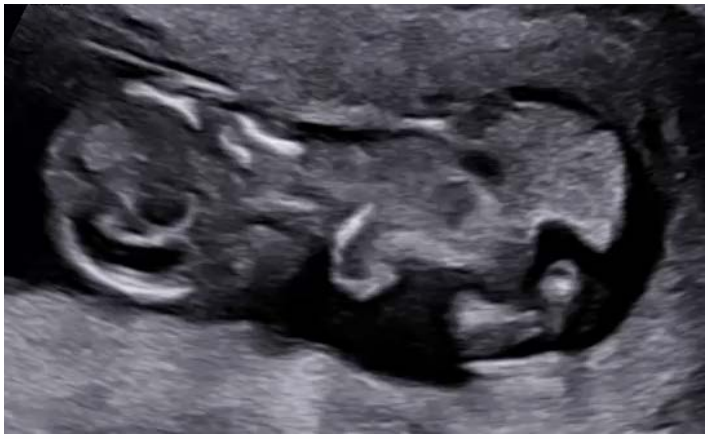
NGŨ CHỨNG CANTREL

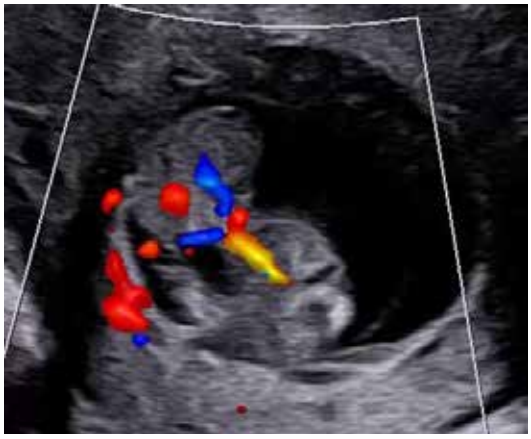




FVCOG2024

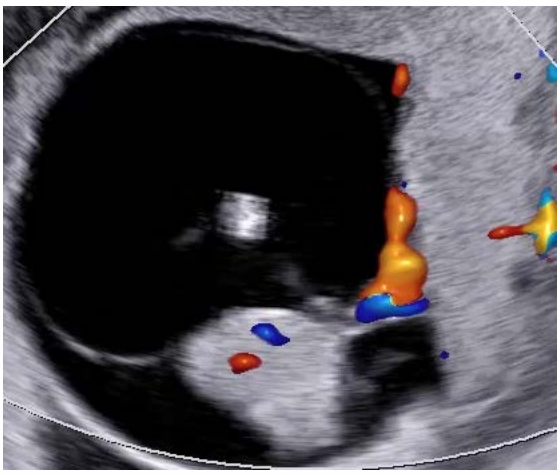
BODY-STALK ANOMALY





BODY-STALK ANOMALY





AMNIOTIC SYNDROME





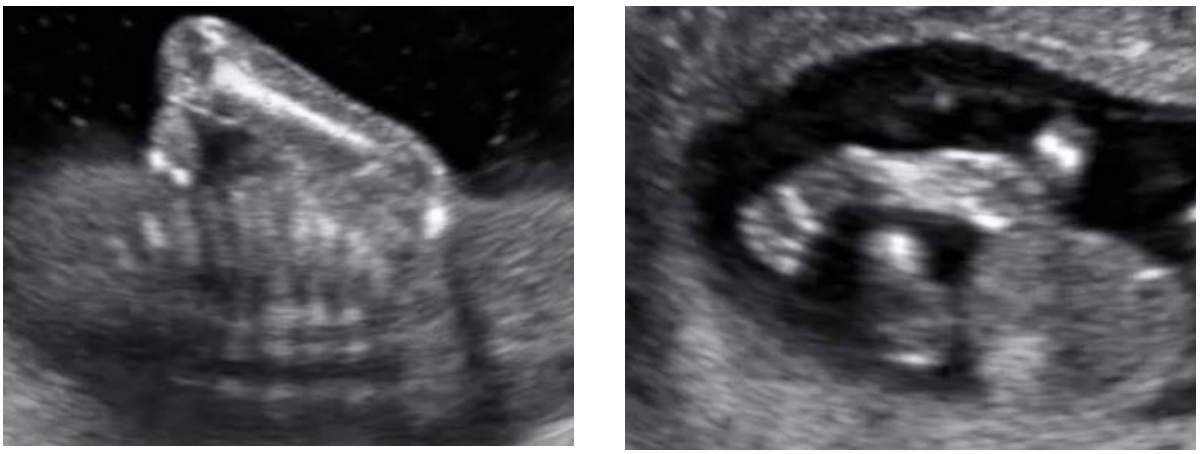
FVCOG2024

HỘI CHỨNG NGƯỜI CÁ



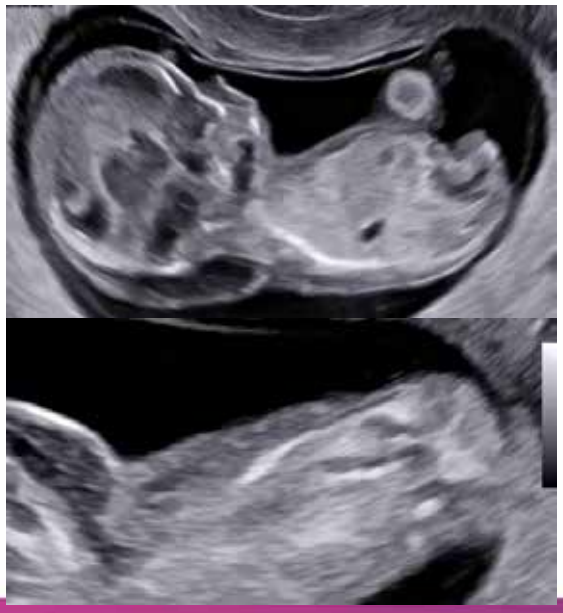
FVCOG2024

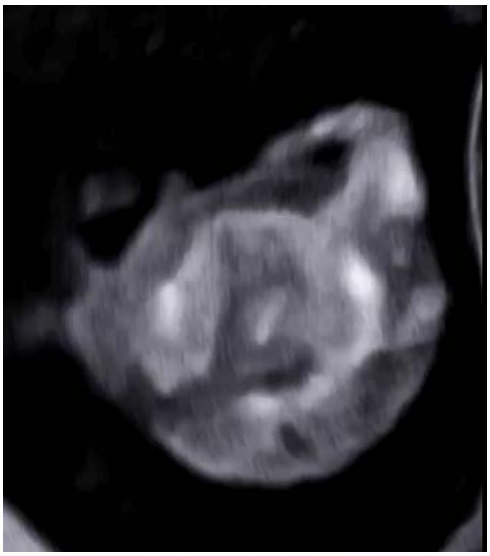
BẤT THƯỜNG CHI



FVCOG2024

ĐA DỊ TẬT



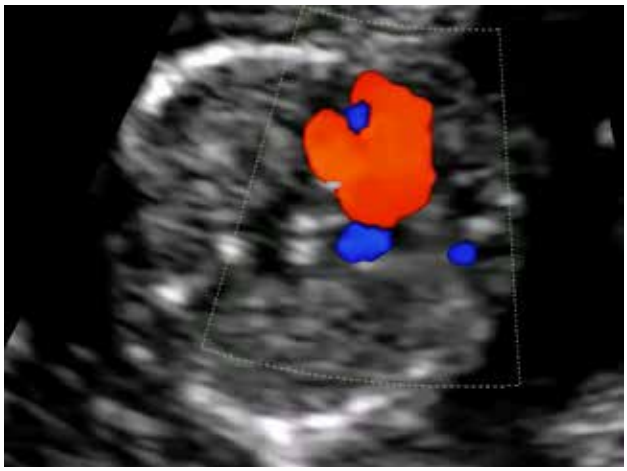


fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

AVSD

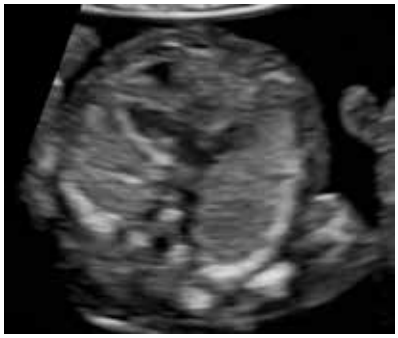
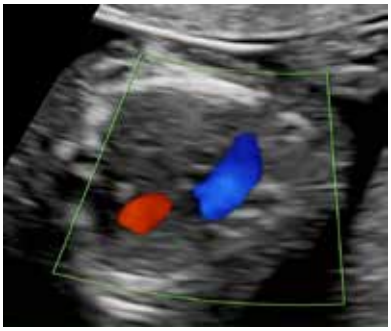
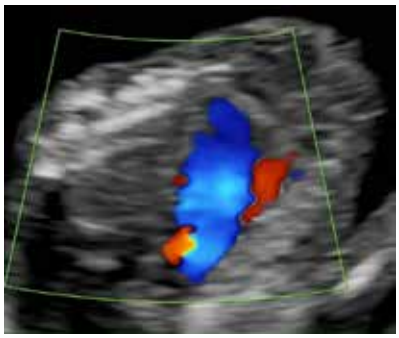




fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

TETRALOGY OF FALLOT

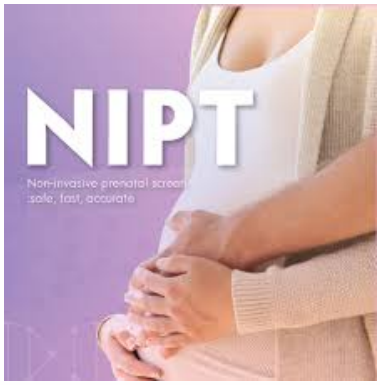




FVCOG2024



✓Làm sao để kết hợp siêu âm hình thái quý 1 và NIPT tối ưu nhất ?

✓ Genotyping hay phenotyping trước?

FVCOG2024

isuog

Updated ISUOG Practice Guidelines: Performance of 11-14- week ultrasound scan

cfDNA và siêu âm hình thái học + NT:
Siêu âm hình thái học trước cfDNA cho tất cả thai phụ, CVS nếu NT > 3.5 mm hoặc có bất thường cấu trúc trên siêu âm, nhóm còn lại làm cfDNA

DR/FPR
T21/18/13:
100%/0.1

LEVEL OF EVIDENCE: 1+

Contingent combined screening with cfDNA: Combined test cho tất cả thai phụ, CVS nếu >1:10, cfDNA nếu 1: 10 đến 1: 1000, không làm gì nếu <1:1000.

DR/FPR
T21
98.4%/0.7

LEVEL OF EVIDENCE: 2+

UOG, Volume: 61, Issue: 1, Pages: 127-143, First published: 03 January 2023

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

NETHERLANDS

> Am J Hum Genet. 2019 Dec 5;105(6):1091-1101. doi: 10.1016/j.ajhg.2019.10.005. Epub 2019 Nov 7.

TRIDENT-2: National Implementation of Genome-wide Non-invasive Prenatal Testing as a First-Tier Screening Test in the Netherlands

Hypothesis | Open access | Published: 09 January 2021

Patient-friendly integrated first trimester screening by NIPT and fetal anomaly scan

Malgorzata Ilona Srebniak, Maarten F. C. M. Knapen, Marieke Joosten, Karin E. M. Diderich, Sander Galjaard & Diane Van Opstal

Molecular Cytogenetics 14, Article number: 4 (2021) | Cite this article

Comparative Study > Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Apr;51(4):463-469. doi: 10.1002/uog.17487. Epub 2018 Mar 4.

Effectiveness of 12-13-week scan for early diagnosis of fetal congenital anomalies in the cell-free DNA era

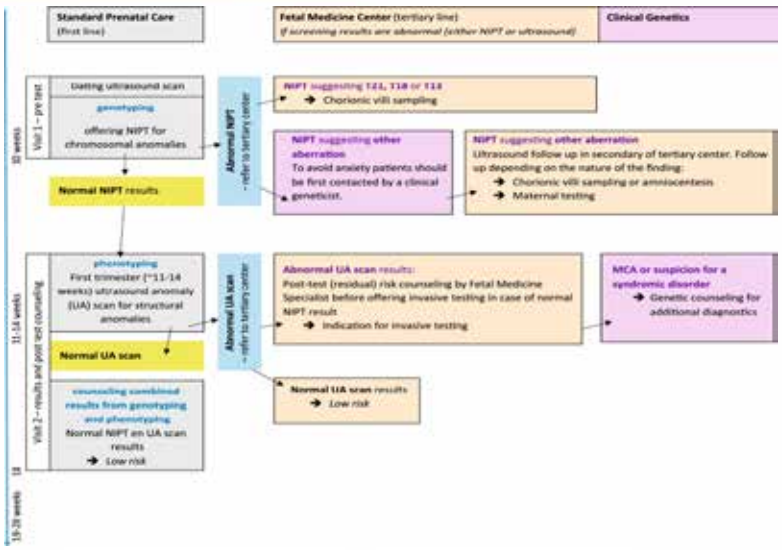
M J A Kenkhuis [1], M Bakker [1], F Bardi [1], F Fontanella [1], M K Bakker [1 2], J H Fleurke-Rozema [1], C M Bilardo [1]

- **0.75%** (550/73239) thai phụ có kết quả NIPT bất thường.
- **0.2–0.3%** nhóm thai phụ đã có NIPT bình thường có kết quả siêu âm hình thái quý 1 bất thường sau đó.

- Thực hiện siêu âm trước NIPT không cân bằng chi phí –hiệu quả
- NIPT sau siêu âm hình thái có thể làm trì hoãn chẩn đoán các lệch bội hay gặp/ bất thường NST khác được phát hiện bởi NIPT

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024



LẦN 1: 10 tuần
Siêu âm tuổi thai
NIPT

LẦN 2: 11-14 tuần
Siêu âm tầm soát bất thường cấu trúc.

Srebniak, M.I., Knapen, M.F.C.M., Joosten, M. *et al.* Patient-friendly integrated first trimester screening by NIPT and fetal anomaly scan. *Mol Cytogenet* 14, 4 (2021).

FVCOG2024

KEY HOME MESSAGES

- Các lệch bội thường gặp chiếm tỷ lệ nhỏ trong bất thường thai (<10%).
- Siêu âm đóng vai trò quan trọng trong tầm soát và chẩn đoán các bất thường NST, hội chứng liên quan-không liên quan di truyền và các bất thường cấu trúc.
- Siêu âm hình thái sớm qua ngã âm đạo có thể cung cấp nhiều thông tin hơn siêu âm thường qui ở quý 2
- Tiếp cận tối ưu: kết hợp siêu âm hình thái và cfDNA test.
- NIPT hay SA trước nên được cá thể hoá và tuỳ nguồn lực vật lực tại địa phương.
- Thai có bất thường cấu trúc hoặc NT dày (>3-3.5mm), không tư vấn NIPT, cần thực hiện thủ thuật xâm lấn chẩn đoán (Microarray)

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

EURO PHARM VN

HƯỚNG TIẾP CẬN MỚI

TRONG HỖ TRỢ SINH SẢN Ở PHỤ NỮ

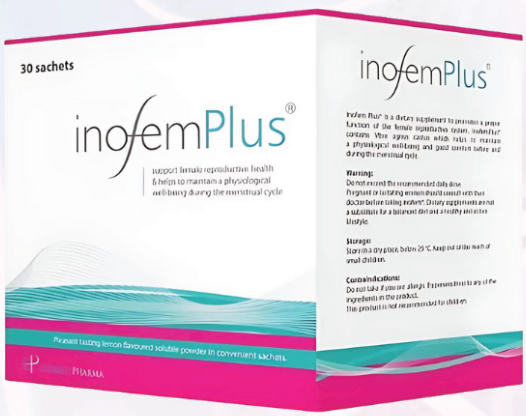
» THÚC ĐẨY MẦM TRỨNG «

NHANH ĐÓN CON YÊU



inofemPlus® - ĐỒNG HÀNH CÙNG PCOS, IVF VÀ CÁC CẶP VỢ CHỒNG MONG CON

Phục hồi khả năng phóng noãn tự nhiên và chu kì kinh nguyệt 88%[1]



Tăng 200% chất lượng phôi loại I

Tăng 34% tỉ lệ IVF thành công[1]

Giảm kháng Insulin, phòng ngừa đái tháo đường và các biến chứng khác trong thai kì

[1] Effect of myo-inositol and melatonin versus myo-inositol, in a randomized controlled trial, for improving in vitro fertilization of patients with polycystic ovarian syndrome. Gynecol Endocrinol. doi: 10.3109/09513590.2015.1101444.

reimagining the future, time and again

Merck has been at the forefront of fertility treatment for as long as it has existed. Today, we continue our commitment to scientific excellence, imagining new possibilities for the patients of tomorrow.

Time and again, we support fertility experts worldwide to deliver their best care to patients, aiming to fulfill dreams of parenthood.

Fertility by Merck.
Enabling wonders, together.





Prof. OLIVIER PICONE

Louis Mourier Hospital,
Colombes, France

DIPLOMAS

- 2004: Master's degree in Ecology, Microbiology, and Pathology from Paris V, assessing the diversity of congenital infection strains.
- 2004: University diploma in "Fetal Medicine," University of René Descartes.
- 2004: Medical thesis on "Congenital Cytomegalovirus Infection: Management Proposals."
- 2013: Habilitation to supervise research at the University of Versailles, focusing on "The Impact of Infections on Pregnancy and Fetal Development."
- 2015: Graduated with a University Diploma in Medical Education.
- Doctor of Medicine, specialized in Obstetrics and Gynecology.

EXPERIENCE

- Present positions:
  - Professor of Obstetrics and Gynecology at University Paris.
  - Head of the Gynecology and Obstetrics Department at Louis Mourier Hospital.
  - Coordinator of the Leonard de Vinci CPDPN.
- Previous roles include:
  - Hospital intern at Paris Hospitals (1998).
  - Assistant Head of Clinic at University Paris Sud (2004-2006).
  - Hospital Physician at Antoine Béclère Hospital (2010-2011).
  - Responsible for PMI and prenatal diagnosis at Foch Hospital (2011-2016).

PUBLICATIONS

- Contributed to numerous research studies, including:
- Management of congenital cytomegalovirus infection.
- National surveys on varicella-zoster virus practices during pregnancy.
- Published articles on maternal infections and their implications for pregnancy.

AWARDS & DISTINCTIONS

- President of the Research Group on Infections and Pregnancy (GRIG).
- Evaluator for the national program on maternal mortality (ENCMM).
- Member of the CNGOF and CFEF.
- Active participation in various medical associations and conferences related to obstetrics and gynecology.

FVCOG2024

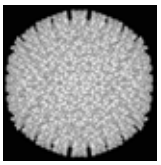
CÁC DẤU HIỆU TRÊN SIÊU ÂM CỦA NHIỄM TRÙNG BẨM SINH

Prof.O. Picone

Khoa Phụ sản, bệnh viện Louis mourier, Colombes

FVCOG2024

Các dấu hiệu trên siêu âm của nhiễm trùng bẩm sinh



Giáo sư O. Picone

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Louis Mourier, Colombes

GRIG

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal LÉONARD DE VINCI

Université de Paris

www.infections-grossesse.com

FVCOG2024

Nhiễm trùng bào thai có thể đe dọa thai nhi

ParvoB19

CMV

Toxo

Rubela



Listeria

Syphilis

Herpes

Paludisme

Enterovirus

Zika

VZV

Monkey Pox

LCMV

Tonate

Symptomatic neonatal congenital infections in North Vietnam: a single-centre observational study

T.Q.N. Nguyen[1,2] A. Skinner[3,4], T. Nguyen Pham[1,2], T.M.L. Cao[1], H. Nerchi[5]

[1]Department of Pediatrics, Hanoi Medical University, Hanoi, Vietnam
[2]Vietnam National Children's Hospital, Hanoi, Vietnam
[3]Department of Paediatrics, Manor Hospital, Walsall Healthcare NHS Trust, Walsall, United Kingdom
[4]Department of Paediatrics, College of Medicine and Health Sciences, United Arab Emirates University, Al Ain, United Arab Emirates

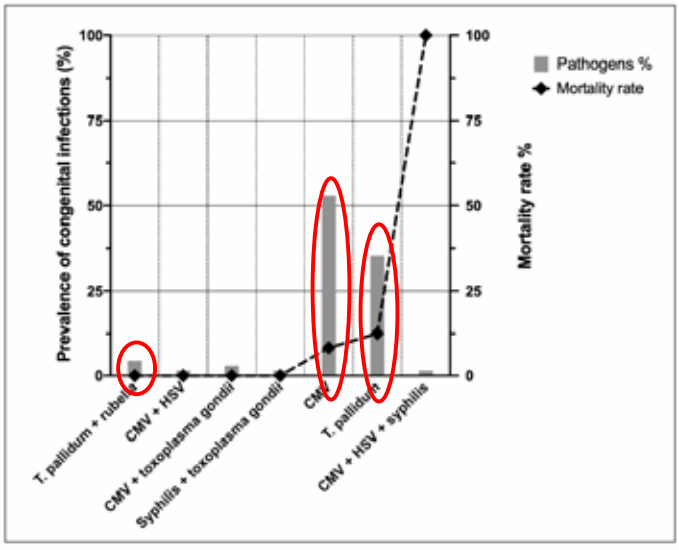


Figure 1. Prevalence and mortality rate of symptomatic congenital infections in 68 affected neonates.

isuog GUIDELINES

ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in congenital infection

Bảng 1. Các hình ảnh siêu âm gợi ý nhiễm trùng bào thai

Bất thường đầu sọ	Bất thường ngoài sọ	Bất thường bánh rau/nước ối
Giãn não thất Canxi hóa Dải dính trong não thất Bất thường tiểu não + Thiểu sản thùy nhộng + Chảy máu tiểu não + Canxi hóa + Nang Giả nang quanh não thất Bất thường phát triển vỏ não + Nhẵn não + Dị dạng hồi não + Dị tật chẻ não Đầu nhỏ	Thai nhỏ hơn tuổi thai Ruột non tăng âm vang Gan to Lách to Canxi hóa tại gan Tràn dịch ổ bụng Tràn dịch màng ngoài tim Phù dưới da Phù thai hoặc thai thiếu máu (MCS-PSV>1,5MoM) mà không có kháng thể mẹ bất thường	Bánh rau dày Bánh rau canxi hóa Thiểu ối/hết ối Đa ối

Hội chứng rubella bẩm sinh



Virus gây ra hoại tử tế bào và apoptosis

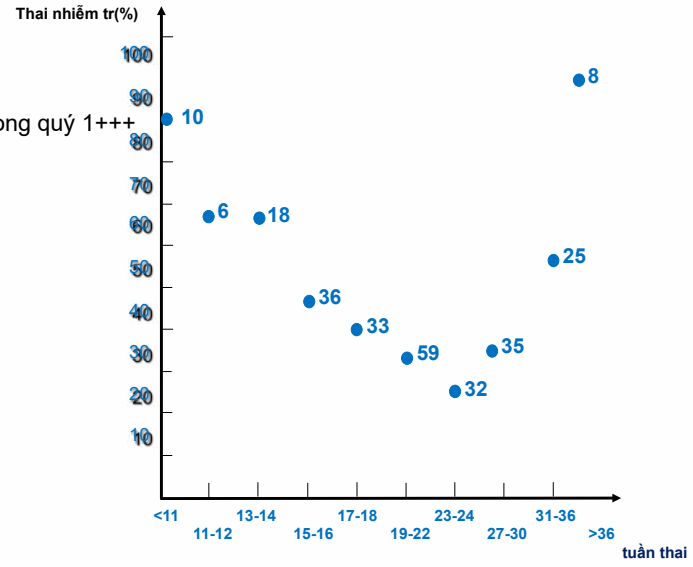
FVCOG2024

Hội chứng rubella bẩm sinh

Virus gây ra hoại tử tế bào và apoptosis



Tỷ lệ lây truyền cao trong quý 1+++



Miller et al. (1982)

FVCOG2024

Nguy cơ tổn thương thai nhi rất cao nếu nhiễm trùng ở mẹ xảy ra trong quý đầu thai kỳ

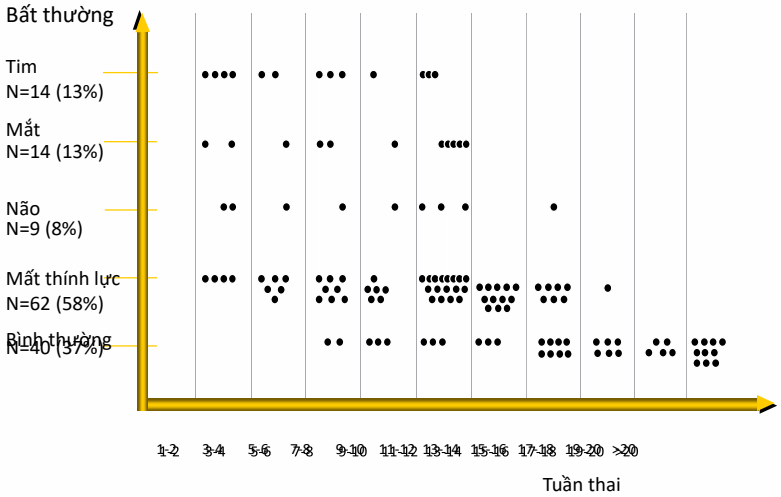


Table 1. Anomalies accessible or not to prenatal diagnosis in cases of CRS (antenatal ± postnatal ± national reference center data).

	Anomalies accessible to prenatal diagnosis		Anomalies not accessible to prenatal diagnosis
	>10 cases reported	<10 cases reported	
Heart	septal defects [2–4,6–9,14,17–19,22,23,26,27,33,34,36,37] (n = 24) pulmonary artery stenosis [2,7,8,19,22,23,26,27,32,34,35] (n = 11)	Aorta coarctation (n = 3), Aorta atresia (n = 3), transposition of the great arteries (n = 1), tetralogy of Fallot (n = 5), cardiomegaly (n = 1), pulmonary venous return anomalies (n = 1), axial heart deviation (n = 1), coarctation of the branches of the pulmonary artery (n = 1) [2,7, 23,27]	patent ductus arteriosus (n = 115) [3,4,6,7,12,14,17–19,27,30,31,28,32,33,33,34,36,37]
Brain	Microcephaly [2–4,7,13,15,18,23,24,31,33,36,37] (n = 99)	Ventriculomegaly (n = 10), Dandy-Walker syndrome (n = 2), anencephaly (n = 3), periventricular calcifications (n = 8), cerebellar vermis agenesis (n = 2), corpus callosum hypoplasia (n = 1), holoprosencephaly (n = 1) [3,4,9,9,12,15,20,23,26,31]	
Face	Cataract [4–7,12–27] (n = 237) microphthalmia [4,12–14,17,18,21,23,28] (n = 43)	cleft palate (n = 2), low-inserted ears [18], micrognathia (n = 2) [4,22]	Glaucoma (n = 25), Chorioretinitis (n = 178) [7,13,14,18,21,23,24,30,31], retinopathy (n = 25) [4,6,7,12–27]
Limbs		Syndactyly (n = 4) [18,22]	long-bone anomalies (n = 16) 22
Genitourinary tract		vesicoureteral reflux (n = 3), renal agenesia (n = 2), hydronephrosis (n = 1), hypospadias (n = 1) [4,12,23,28]	ectopic testicle (n = 18) [12,23,9]
Abdomen	Hepatosplenomegaly (n = 57) [7,9,12–14,16,18,22,25,31–33,36]	Ascitis (n = 1)[9], meconium peritonitis (n = 1), duodenal stenosis (n = 1), diaphragmatic hernia (n = 1) [9,10,20,38]	inguinal hernia [23]
Other	IUGR/Low birth weight (n = 109) [3–5,7–9,11–13,15,22,23,25,26,30–34,36,37,39] amniotic fluid abnormalities (n = 13) [4,7,8,11]		Purpura (n = 45), hearing impairment (n = 342), thrombocytopenia (n = 45) [13,14,16,18,22,24,25]
Placenta		Placentomegaly (n = 5) [4,8] single umbilical artery (n = 2)[9]	

THE JOURNAL OF
MATERNAL-FETAL
& NEONATAL
MEDICINE

REVIEW ARTICLE

Fetal and neonatal abnormalities due to congenital rubella syndrome: a review of literature

Alexandre Yazigi[1], Aurelia Eblin De Pecoulas[1], Christelle Vauloup-Fellous[2], Liliane Grangeot-Keros[2], Jean-Marc Ayoubi[3,4], and Olivier Picone[3,4]

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn



FVCOG2024

CYTOMEGALOVIRUS



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

Fetal Diagnosis and Therapy

Karger

PREDICTING OUTCOME OF CONGENITAL CYTOMEGALOVIRUS INFECTION BY DIFFERENTIATING AND REVISITING SEVERE VERSUS MILD PRENATAL IMAGING FEATURES

Massoud M, Chollet M, Cabet S, Butin M, Meriki Y, Lisa-Grenade G, Fichez A, Attia I, Vile D, Guilbaud L

Phân loại hình ảnh trước sinh dựa tren mức độ nặng và nhẹ của tổn thương

	Dấu hiệu nặng trên hình ảnh	Dấu hiệu trung bình trên hình ảnh
Tổn thương não	Đầu nhỏ* Thiểu sản tiểu não** Loạn sản vỏ não	Dấu hiệu tăng âm đồng nhất quanh não thất Giả nang/canxi hóa quanh não thất Giả nang thùy thái dương/thùy đỉnh Vôi hóa nhu mô
Tổn thương ngoài não	Thai chậm tăng trưởng nặng Phù thai	Ruột tăng âm vang Dịch ổ bụng Bánh rau dày Gan lách to Thai chậm tăng trưởng nhẹ, trung bình

* Nghi ngờ khi chu vi đầu <3e bách phân vị

** Nghi ngờ khi đường kính ngang tiểu não <3e bách phân vị

fvcog2024.vn


Har-mid
95
Gn -9
C8 / M4
P2 / E0
SRI II 5


VP16234 GA=23s0d
10.0cm / 1.7 / 30Hz
Tis 0.1
Dr Mika
13.11.2017
18:15:43
CERVEAU T2.
11.00 - 4.00
100
Gn -7


FVCOG2
RIC 6-9/OB
MI 0.8
HOPITAL ANTOINE BECLERE
11.3cm / 13Hz
TIs 0.2
31.08.2006 13:00:57
1.Trim.Rout.
Har-Haute
Puiss. 100 %
Gn 0
C8 / M5
P4 / E1
SRI II 3
Cine 98
Cine/Pos
8.1 sec


FVCOG2
RIC 6-9/OB
MI 0.8
HOPITAL ANTOINE BECLERE
11.3cm / 13Hz
TIs 0.2
31.08.2006 12:58:08
1.Trim.Rout.
Har-Haute
Puiss. 100 %
Gn 0
C8 / M5
P4 / E1
SRI II 3
Cine 73
Cine/Pos
6.0 sec

Cây nên





Không đặt hiệu

Dấu hiệu nhiễm trùng não

Nếu đơn độc: Tăng nguy cơ mất thính lực

Cantey et al., 2015 Early Hum Dev

Amir et al., 2011 Arch Dis Childhood
Shin et al., 2015 J Clin Ultrasound

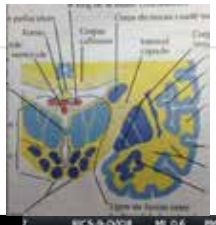
Hong et al., 2015 Pediatr Neurol

Nang dưới mạc nội tủy



74 trẻ: 8 CMV+ Cavey-Macherel et al., Arch Dis Child 2019

Tổn thương lên các nhân xám trung tâm: nhân đuôi, đồi thị





Hiếm khi tổn thương đơn độc,
Vai trò trong kiểm soát vận động, nhận thức: tiên lượng xấu



FVCOG2024

Não thất tăng âm

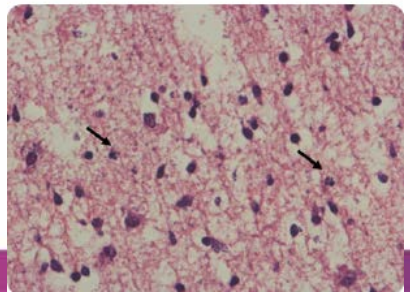


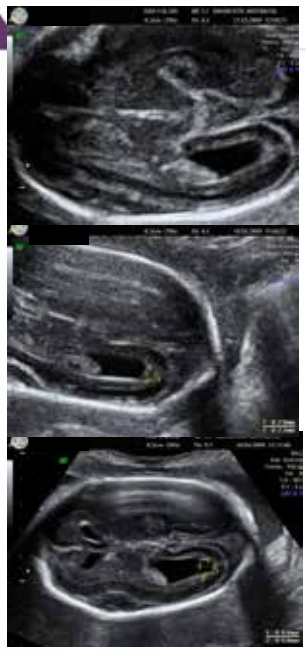
= nhiễm trùng não
Tiến triển vách hóa

Simonazzi et al., Am J Obstet Gynecol 2010



Telencephalic leukomalacia





1 tháng

15ngày

Picone O, Sonigo P, et al., Prenat Diagn 2010



Tongprasert et al., J Clin Ultrasound 2011

Gan: gan to là một dấu hiệu của nhiễm trùng bào thai

	5 ème centile	50ème centile	95 ème centile
18SA	16	22	28
20SA	20	26	31
22SA	23	29	35
24SA	26	32	38
26SA	29	35	41
28SA	33	38	44
30SA	36	42	48
32SA	39	45	51
34SA	42	48	54
36SA	45	51	57
38SA	49	55	60



FVCOG2024

Kết luận

Không có dấu hiệu trên siêu âm: Không triệu chứng

Nguy cơ mất thính lực: 10%

Tổn thương não nặng:

tạo khoang bất thường, tạo rãnh cuộn não, giãn não thất, ….. kết hợp và các tổn thương tiến triển

Nguy cơ cao tổn thương thần kinh

Dấu hiệu siêu âm

Cây nến, nang dưới nội mạc tủy đơn độ, ruột non tăng âm vang…

Dấu hiệu của « lây truyền », tăng nguy cơ mất thính lực??

FVCOG2024

Giang mai



FVCOG2024

Siêu âm

Dấu hiệu siêu âm trong nhiễm giang mai bẩm sinh: tần số bất thường ở thai nhi có ít nhất 1 dấu hiệu trên siêu âm

Vị trí	Bất thường	Biểu đồ gợi ý khi SA
Bất thường tại bụng	Gan to 82,7% Lách to 15,7% Tràn dịch ổ bụng 18,7% Ruột (tăng âm hoặc/và giãn) 2,4%	- Vintzileos và cs (chiều dài gan) - Srisupundit và cs (chu vi lách của thai)
Bất thường ngoài bụng	Thiếu máu với MCA-PSV tăng 37,5% Thai chậm tăng trưởng 14,2% Phù thai 11,8% Phù dưới da 7,4% Tràn dịch màng tim 1,8% Tràn dịch màng phổi 0,6%	- Mari và cs (MCA-PSV)
Bất thường bánh rau và nước ối	Bánh rau dày 33,6% Đa ối 11,1% Thiểu ối 9,3%	- Hoddick và cs (độ dày bánh rau)



Fetal and neonatal abnormalities due to congenital syphilis: A literature review

Não : hiếm nhưng có thể ++

37 bất thường/ 25 trường hợp (1 trước sinh)

	Number of cases with cytomegalic CS	Brain anomalies	Microcephaly	Brain edema	Ventriculomegaly	Basal ganglia and thalami hyper echogenicity	Intracerebral calcifications	Intraventricular hemorrhage	Periventricular leukomalacia	Hydrocephalus	Cortical infarctions	Caphalo-hematoma	Brain hematoma
Cortes et al. 2004	4	2	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Daniel et al. 2013	10	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Pillay et al. 2015	30	23	NR	5	3	NR	NR	12/32	4/32	2/32	1/32	NR	NR
Tagami et al. 2016	1	1	NR	NR	1	1	1	1	NR	NR	NR	NR	NR
Owaisa et al. 2017	1	1	NR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA
Idris et al. 1993	24	8	NR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Grosse et al. 2012	1	1	NR	1	1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1
	344	37/144 25.3%	3/37 8.1%	6/25 24%	4/25 16%	1/25 4%	1/25 4%	13/25 52%	4/25 16%	2/25 8%	1/25 4%	1/25 4%	1/25 4%



Congenital syphilis: A contemporary update on an ancient disease

FVCOG2024

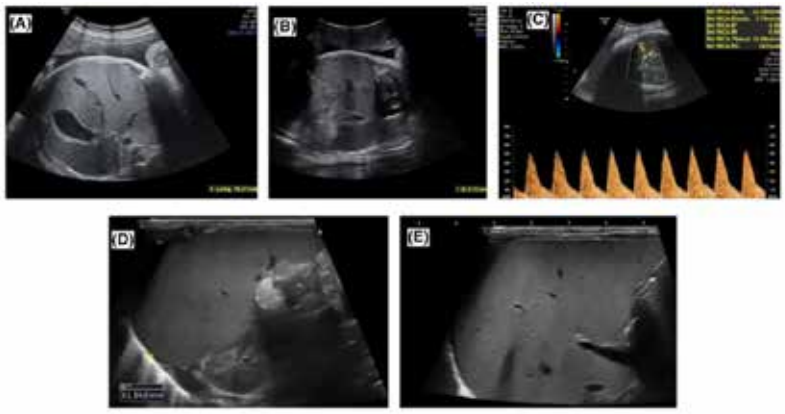
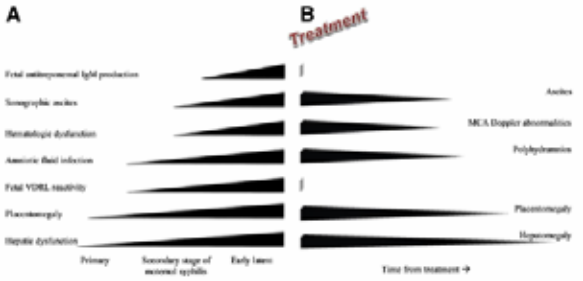


FIGURE 2 Examples of ultrasound findings of congenital syphilis A-E, abdominal ultrasound images at 36 weeks of gestation in syphilis infected mother (latent stage), showing sonographic features characteristic of syphilis infection: splenomegaly (fetal splenic circumference at 18 cm, >95th percentile for gestational age[17]) (A), hepatomegaly (the length of the liver measured 6 cm, >95th percentile for gestational age[27]) (B). In this case, the middle cerebral artery (MCA) peak systolic velocity (PSV) was at normal 0.97 MoM for gestational age excluding fetal anemia (C). Transabdominal postnatal ultrasound confirmed splenomegaly (D) and hepatomegaly (E) [Colour figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

FVCOG2024

FIGURE 2
Pathophysiology of fetal syphilis before and after maternal and fetal syphilotherapy

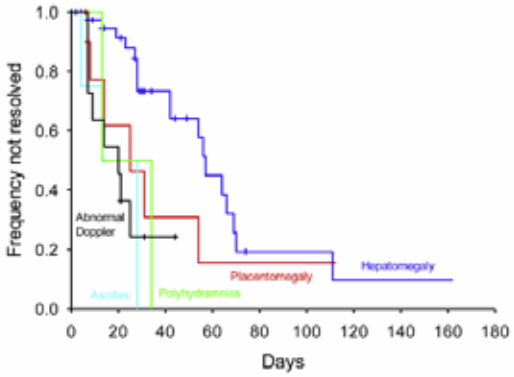


A, Progression of fetal syphilis proposed by Hollier et al in 2001[7]; **B**, resolution of fetal syphilis after treatment.

IgM, immunoglobulin M; *MCA*, middle cerebral artery; *VDRL*, venereal disease research laboratory.

Rac. Ultrasound findings of congenital syphilis. Am J Obstet Gynecol 2014.

FIGURE 1
Timeline to resolution of abnormal ultrasound findings



Rac. Ultrasound findings of congenital syphilis. Am J Obstet Gynecol 2014.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Kết luận

Sàng lọc ++++++

Điều trị ++++

Other MST++++

Siêu âm trong bệnh lý nhiễm trùng bào thai

Hoàn cảnh++++

Sàng lọc bằng siêu âm

Trước 1 trường hợp bất thường thai: tìm kiếm các nhiễm trùng bẩm sinh (huyết thanh/PCR)

Khi thai phụ được chẩn đoán nhiễm trùng (Toxo, CMV, VZV, Parvo)

Nhắc lại siêu âm chẩn đoán mỗi 15 ngày đến khi sinh
Không có dấu hiệu siêu âm đặc hiệu
Tiên lượng phụ thuộc vị trí và tiến triển
Sử dụng 3D (TUI++++ mode) để đánh giá não

Thận trọng với các bệnh lý truyền nhiễm mới nổi: Zika, Tonate, Monkey Pox
……


TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!
fvcog2024.nhog@gmail.com
www. fvcog2024.vn

HAIFU MEDICAL

Haifu® FOCUSED ULTRASOUND TUMOR THERAPEUTIC SYSTEM



International application data of USgHIFU of HAIFU medical

31 countries and regions
300+ end user centers
240,000+ treated patients
(2012-2022)



Model JC300



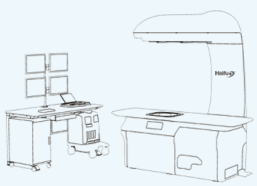
Model JC200

INDICATIONS

Being tumors:
Uterine fibroids
Adenomyosis
Breast fibroadenoma
Placenta accreta

Malignant tumors:
Liver cancer
Pancreatic cancer
Osteosarcoma
Breast cancer

Haifu Medical
sales@hifu.cn
+86-23-6788 6799/6788 6195
www.haifumedical.com
No. 359 Jingdongfang Avenue, Beibei District, Chongqing, China.



HAIFU MEDICAL

Haifu® FOCUSED ULTRASOUND TUMOR THERAPEUTIC SYSTEM

WHAT IS HIFU?

The principle of HIFU treatment involves using ultrasound' s ability to penetrate human skin and organs without harming these structures in the process. The ultrasound beams are generated outside of the human body and can be converted from mechanical energy to thermal energy, ultimately targeting a specific part of a tumor inside the human body, achieving noninvasive treatment.

ADVANTAGES

Noninvasive, scarless, no bleeding

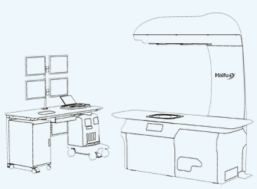
Lower complication rate comparing with open surgery and laparoscopic

No general anaesthesia for uterine fibroids and adenomyosis.
Only sedation and analgesia

Shorter hospital stay and faster recovery. Uterine fibroids and adenomyosis patients can go home 6-8

Fertility function better preserved. Women with fertility desire benefit the most from HIFU treatment because they do not need to wait for their uterus to heal completely

CÔNG TY TNHH TERMINIUS HEALTHCARE VIETNAM
越南锻锐医疗器械有限公司
Tel:+84 936898994 /+84 906628122
Add: 13, 11th street, Phu My Ward, District 7, Ho Chi Minh City





BS. NGUYỄN THẾ HÙNG

Trưởng khoa Chẩn đoán hình ảnh
- Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1995 - 2001 : Đại học Y Hà Nội- Bác sỹ đa khoa
- 2001 - 2002 : Đại học Lille 2- CH Pháp
- 2002 - 2005 : Đại học Y Hà Nội- Thạc sĩ chẩn đoán hình ảnh
- 2005 - 2006 : FFI- CH Pháp

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

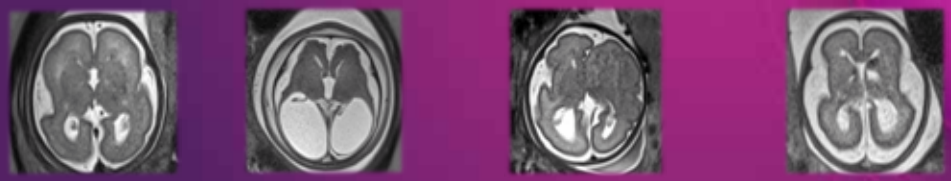
- 2016 : Thành viên Tổ chức Y học bào thai FMF (ID: 85849)
- 05/2018: Khóa học Siêu âm sản phụ khoa, CHU de St Pierre La Réunion, CH Pháp.
- 10/2018: Khóa học CHT thai nhi, CHU de St Pierre La Réunion, CH Pháp.
- 06/2019: Khóa học CHT thai nhi, Bệnh viện Armand-Trousseau-Paris, CH Pháp
- 04/2022: Khóa học CHT thai nhi, Bệnh viện Necker, CH Pháp

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- 07 Bài báo cáo Quốc tế
- 01 Bài báo cáo trong nước

FVCOG2024

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ NÃO THAI NHI TRONG DỰ ĐOÁN CÁC KẾT CỤC THẦN KINH KHÔNG THUẬN LỢI



Bs Nguyễn Thế Hùng, khoa CDHA, bv Việt Pháp Hà Nội

FVCOG2024

Accuracy of in-utero MRI to detect fetal brain abnormalities and prognosticate developmental outcome: postnatal follow-up of the MERIDIAN cohort

Anthony R Hart, Nicholas D Embleton, Michael Bradburn, Daniel J A Connolly, Laura Mandefield, Cara Mooney, Paul D Griffiths

Review Article

Prenatal Neurological Diagnosis: Challenges in Neuroimaging, Prognostic Counseling, and Prediction of Neurodevelopmental Outcomes

Sonika Agarwal, MBBS, MD [a, b, *], Tomo Tarui, MD [c, d], Virali Patel, BS [a, e], Abigail Turner, MD [f], Usha Nagaraj, MD [g, h], Charu Venkatesan, MD, PhD [i, j]

ORIGINAL ARTICLE

Early prediction of the neurological result at 12 months in newborns at neurological risk☆

F. Herbón[a,*], G. Garibotti[b], J. Moguilevsky[c]

[a] Servicio de Neonatología, Hospital Zonal Bariloche, Bariloche, Argentina
[b] Centro Regional Universitario Bariloche, Universidad Nacional del Comahue, Bariloche, Argentina
[c] Servicio de Imágenes, Hospital Zonal Bariloche, Bariloche, Argentina

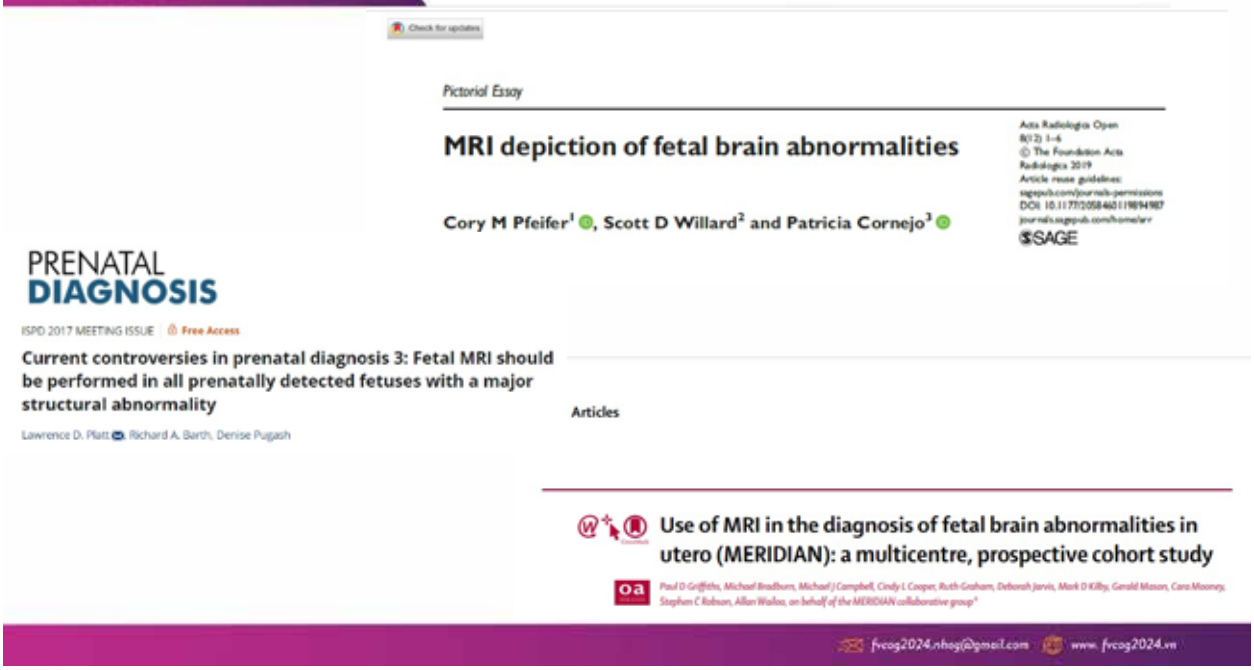
FVCOG2024

KẾT CỤC THẦN KINH KHÔNG THUẬN LỢI

- *Suy giảm trí tuệ xuất hiện sớm.*
- *Các vấn đề về phát triển trí tuệ: bao gồm khó khăn trong việc học tập, các rối loạn liên quan đến sự chú ý và khả năng tập trung.*
- *Rối loạn phổ tự kỷ và các rối loạn phối hợp khác.*
- *Các kết cục thần kinh không thuận lợi cũng có thể bao gồm việc chấm dứt thai kỳ, thai chết lưu và/hoặc tử vong chu sinh.*

Horridge KA. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2011; 96: 9–20.

FVCOG2024



Pictorial Essay

MRI depiction of fetal brain abnormalities

Cory M Pfeifer[1], Scott D Willard[2] and Patricia Cornejo[3]

Acta Radiologica Open
8(12) 1–6
© The Foundation Acta Radiologica 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2058460119894987
journals.sagepub.com/home/arr

SAGE

PRENATAL DIAGNOSIS

ISPD 2017 MEETING ISSUE | Free Access

Current controversies in prenatal diagnosis 3: Fetal MRI should be performed in all prenatally detected fetuses with a major structural abnormality

Lawrence D. Platt, Richard A. Barth, Denise Pugash

Articles

Use of MRI in the diagnosis of fetal brain abnormalities in utero (MERIDIAN): a multicentre, prospective cohort study

Paul D Griffiths, Michael Bradburn, Michael J Campbell, Cindy L Cooper, Ruth Graham, Deborah Jarvis, Mark D Kilby, Gerald Mason, Cara Mooney, Stephen C Robson, Allan Wailoo, on behalf of the MERIDIAN collaborative group*

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

II. INDICATIONS

When an anomaly is suspected on ultrasound (US), to fetal lie, descent of the fetal head into the maternal pelvis, maternal body habitus, oligohydramnios, overlying bone/gas, and/or small field of view (FOV) may limit adequate assessment of the fetus and fetal anomalies. MRI can add additional information that may impact parental counseling, perinatal management, delivery planning, and postnatal care [9-17]. Primary indications for MRI include, but are not limited to, the following:

A. Brain and Spine

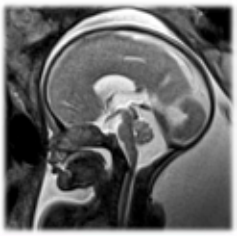
1. Congenital anomalies of the brain or skull suspected or not adequately assessed by sonography [3,18-41] include, but are not limited to, the following:
   a. Ventriculomegaly
   b. Agenesis of the corpus callosum
   c. Abnormalities of the cavum septum pellucidum
   d. Holoprosencephaly
   e. Posterior fossa anomalies
   f. Cerebral cortical malformations or migrational anomalies
   g. Solid or cystic masses
   h. Cephalocele

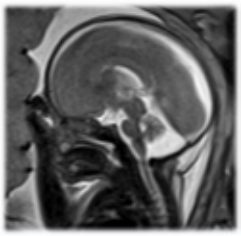
   In addition, MRI can be helpful in screening fetuses with a family risk for brain abnormalities, such as tuberous sclerosis, corpus callosal dysgenesis, or lissencephaly.

2. Vascular abnormalities of the brain suspected or not adequately assessed by sonography [42,43] include, but are not limited to, the following:
   a. Vascular anomalies
   b. Hydranencephaly
   c. Infarction
   d. Hemorrhage
   e. Monochorionic twin pregnancy complications

KÍCH THƯỚC ĐẦU

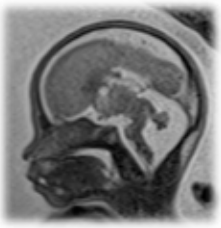
Đầu to >97 bách phân vị



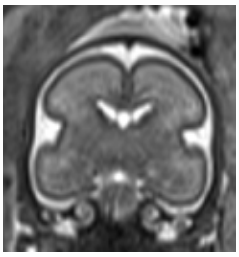
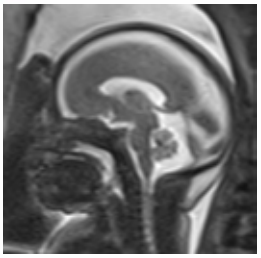


Đầu nhỏ <3 bách phân vị

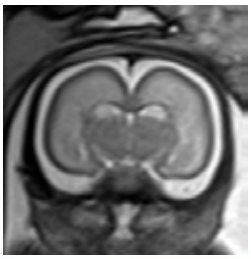
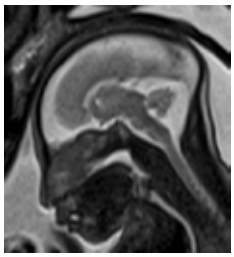
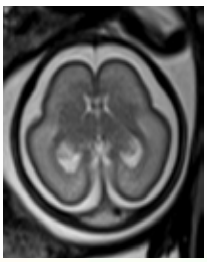




FVCOG2024


25 tuần 2 ngày
Vòng đầu< 1bpv

26 tuần 5 ngày
Vòng đầu< 1bpv

FVCOG2024

Gen	Dạng di truyền	Đồng/ Dị hợp	Vị trí	Thay đổi Nucleotit/ Axit amin	Hệ quả	Kiểu hình	Phân lớp đột biến
MTSS1L	Trội	Dị hợp	chr16: 70664131	NM_138383.3: c.1790C>T (NP_612392.1: p.Thr597Met)	Đột biến sai nghĩa	Microcephaly; Global developmental delay Intellectual disability Hypotonia	Có thể gây bệnh
ASPM	Lặn	Dị hợp	chr1: 197102332-197102333	NM_018136.5: c.6918dup (NP_060606.3: p.Gln2307ThrfsTer11)	Đột biến lệch khung	Microcephaly 5, primary, autosomal recessive (AR)	Chưa được báo cáo trên Clinvar
ASPM	Lặn	Dị hợp	chr1: 197142801	NM_001206846.1: c.1451del (NP_001193775.1: p.Asn484IlefsTer48)	Đột biến lệch khung	Microcephaly 5, primary, autosomal recessive (AR)	Chưa được báo cáo trên Clinvar



8 THÁNG



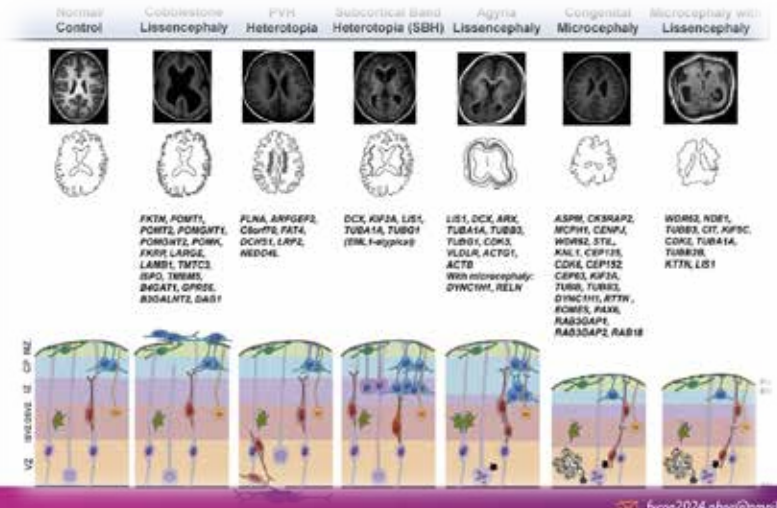
14 THÁNG



36 THÁNG

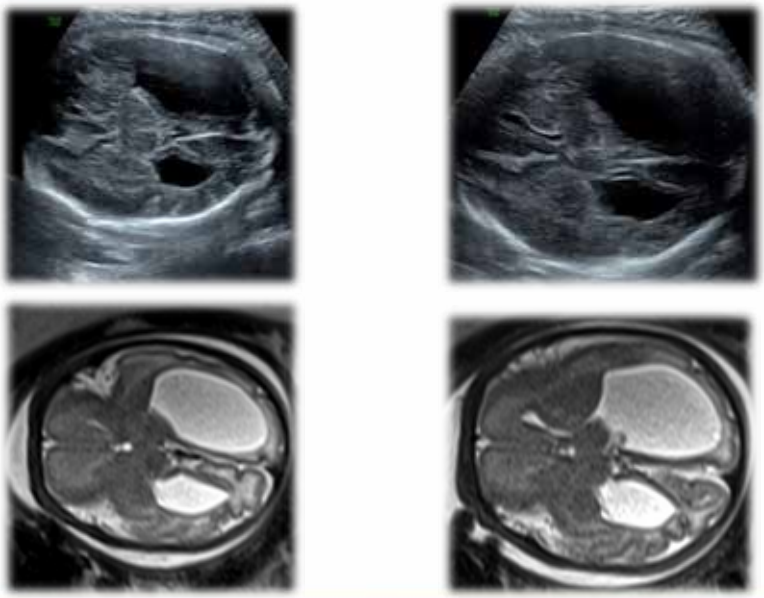
FVCOG2024

BẤT THƯỜNG PHÁT TRIỂN VỎ NÃO



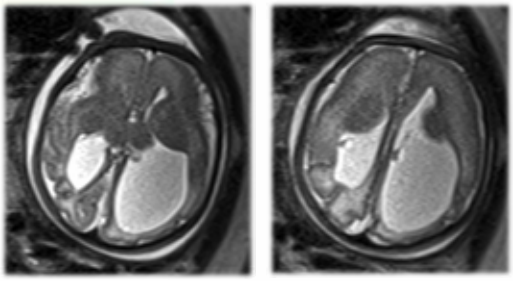
fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

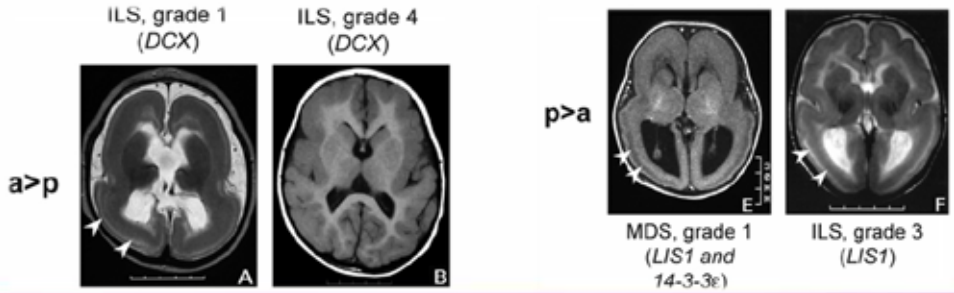


35 tuần 4 ngày

FVCOG2024



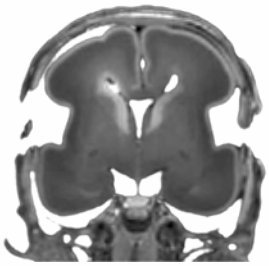
NHẴN NÃO TYPE 1 (DCX)

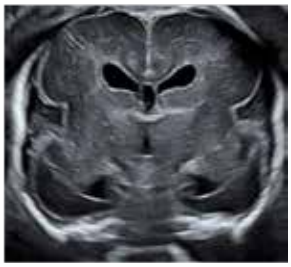


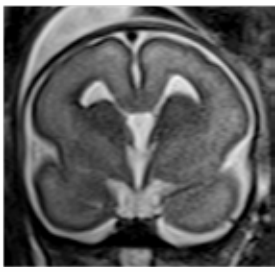


8 THÁNG

BẤT THƯỜNG LỒI HẠCH







CLINICAL REPORT
PEDIATRICS

Bilateral Cavitations of Ganglionic Eminence: A Fetal MR Imaging Sign of Halted Brain Development

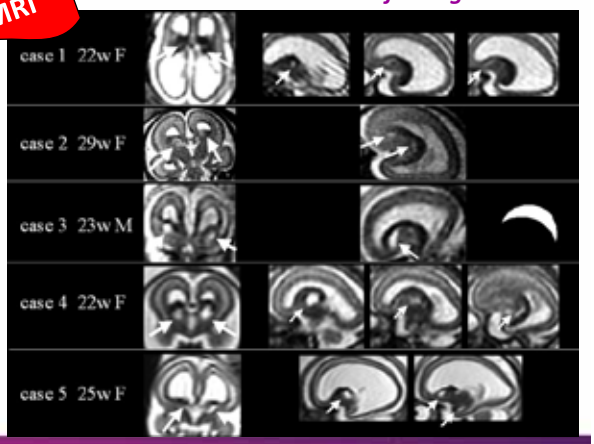
A. Righini, C. Frassoni, F. Inverardi, C. Parazzini, D. Mei, C. Doneda, T.J. Re, I. Zucca, R. Guerrini, R. Spreafico, and F. Triulzi



Prof A. Righini

- *Đầu nhỏ*
- *Tiểu não nhỏ*
- *Bất thường thể chai*
- *Bất thường hồi nắp*
- *Lạc chỗ chất xám dạng dải*
- *Giãn não thất*

MRI



FVCOG2024

Neuroradiology
DOI 10.1007/s00234-015-1622-5

PAEDIATRIC NEUROradiology

Expanding the spectrum of human ganglionic eminence region anomalies on fetal magnetic resonance imaging

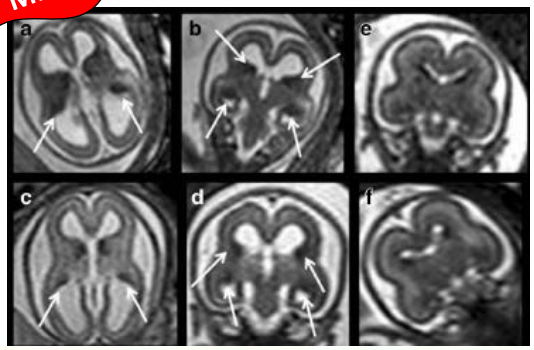
Andrea Righini[1] · Claudia Cesaretti[1,2] · Giorgio Conte[1,3] · Cecilia Parazzini[1] · Carolina Frassoni[4] · Gaetano Bulfamante[5] · Laura Avagliano[5] · Francesca Inverardi[4] · Giana Izzo[1] · Mariangela Rustico[6]



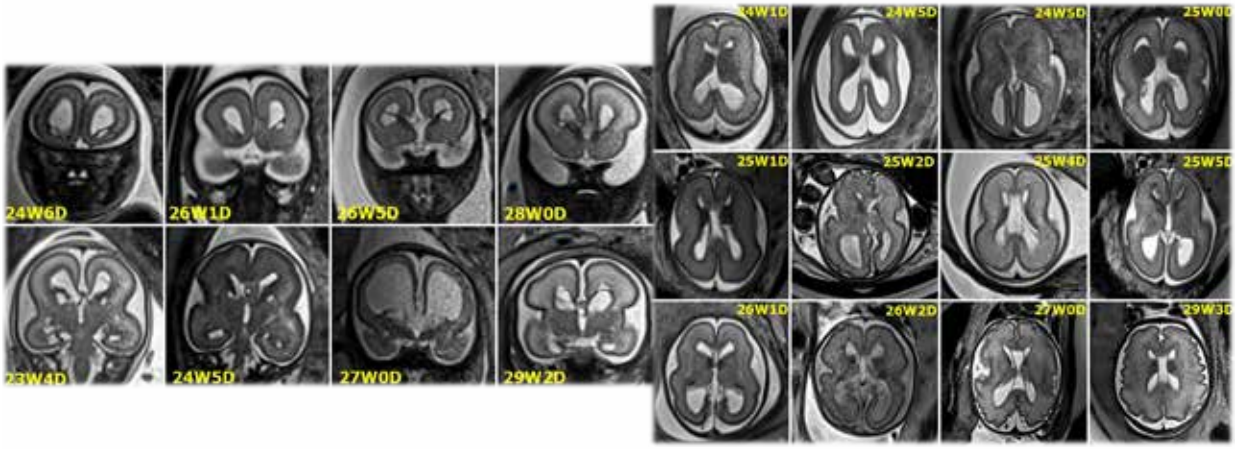
Prof A. Righini

- *Bất sản một phần thể chai*
- *Thiểu sản thùy nhộng*
- *Thiểu sản tiểu não*
- *Giãn não thất*

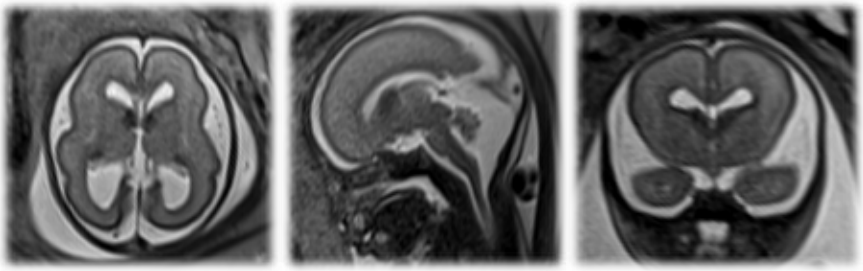
MRI



MRI



26 TUẦN 1 NGÀY

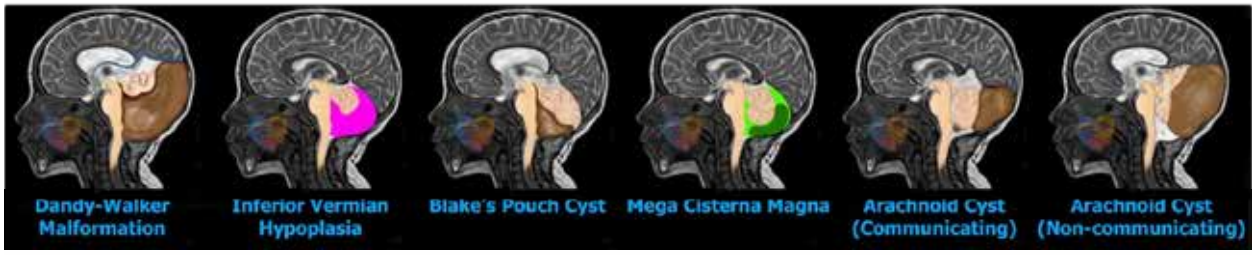




34 THÁNG

FVCOG2024

BẤT THƯỜNG HỐ SAU



Yildiz.H, et al. Neuroradiology 48, 595–605 (2006).

FVCOG2024

PRENATAL DIAGNOSIS

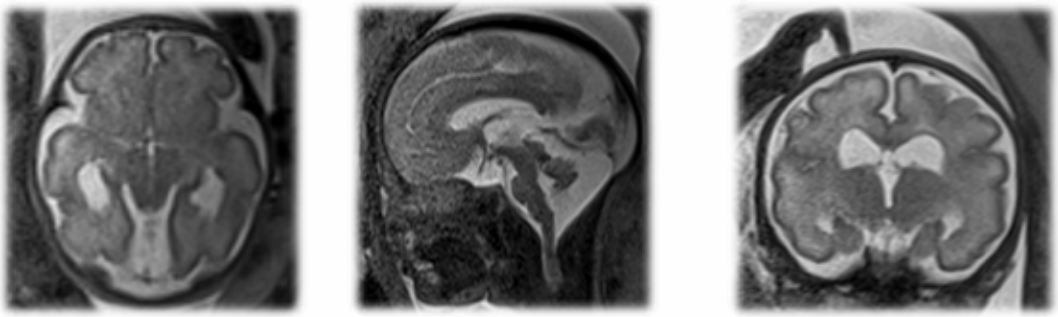
ORIGINAL ARTICLE

Prenatal diagnosis of diencephalic-mesencephalic junction dysplasia: Fetal magnetic resonance imaging phenotypes, genetic diagnoses, and outcomes

Anne K. Lawrence, Matthew T. Whitehead, Paul Kruszka, Laura Sanapo, Sho Yano, Pranoot Tanpaiboon, Maximilian Muenke, Jamie L. Fraser, Adre J. du Plessis

Lawrence AK et al. Prenatal Diagnosis. 2021;1–13.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn



32 TUẦN 5 NGÀY



5 THÁNG

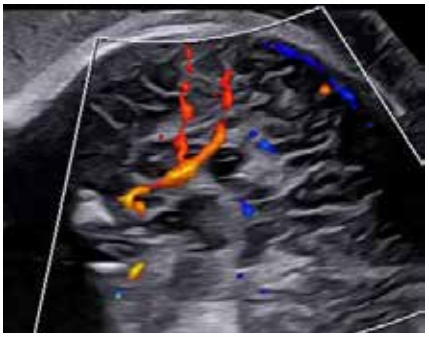


16 THÁNG

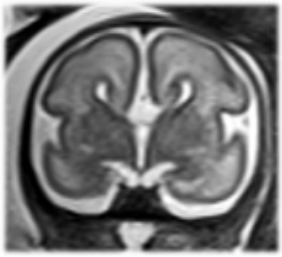
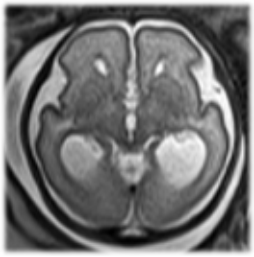
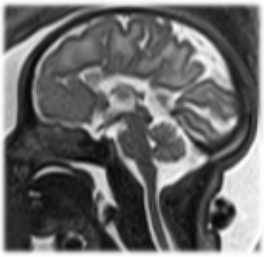
FVCOG2024

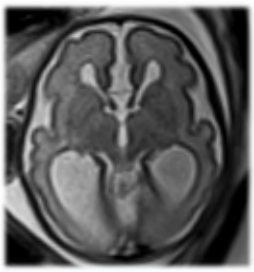
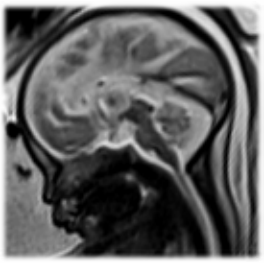
BẤT SẢN THỂ CHAI





FVCOG2024

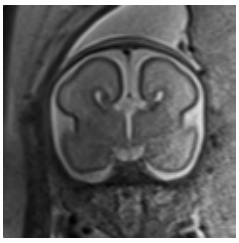
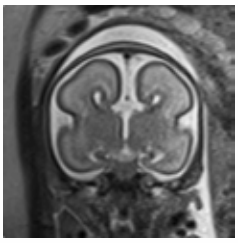
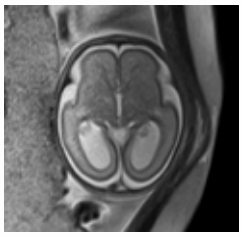



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

Table 1 — MRI scoring categories and points to be attributed.

	0	1	2
Gyration	Normal	Mildly delayed (≤2GW)	Delayed (>2GW)
Opercularization	Normal	Delayed	—
Asymmetry (temporal) ^	Asymmetric (R>L)	Symmetrical (R=L) or Inverted (L>R)	—
Hippocampi	Normal	Malrotation (mild to moderate and/or unilateral)	Verticalization (bilateral), Reduced volume
Lamination	Normal	—	Abnormal
Basal Ganglia	Normal	Abnormal	—
Ventricular size *	Normal (<10mm)	10-14.9mm	≥15mm

M.C.DIOGO Ultrasound Obstet Gynecol 2021; 58: 34–41

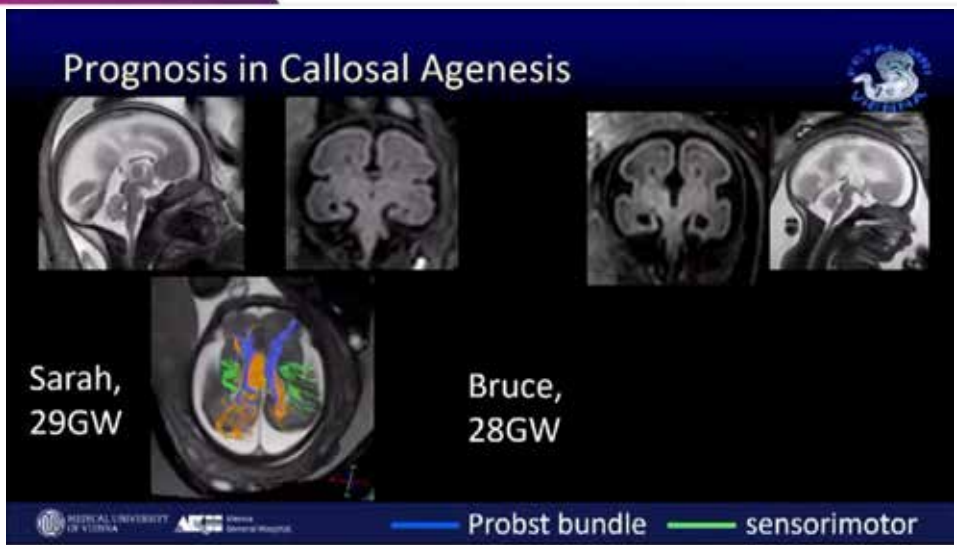
24 TUẦN 3 NGÀY
ĐIỂM : 1





24 TUẦN 1 NGÀY
ĐIỂM : 5

FVCOG2024



Courtesy of Prof G.Kasprian, Vienna, Austria

FVCOG2024

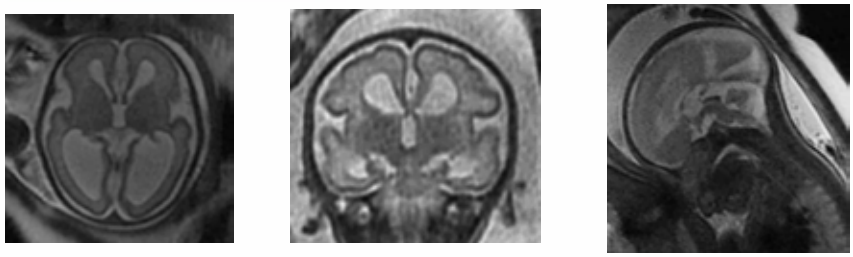


34 THÁNG



30 THÁNG

FVCOG2024



29 TUẦN 0 NGÀY



30 TUẦN 6 NGÀY

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024



30 THÁNG



28 THÁNG

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Received: 24 December 2021 | Revised: 19 March 2022 | Accepted: 24 March 2022
DOI: 10.1002/jca.23212

REVIEW

WILEY

Fetal corpus callosum abnormalities: Ultrasound and magnetic resonance imaging role

Behnaz Moradi MD[1,2] | Reza Taherian MD, MPH[3] | Ahmad-Reza Tahmasebpour MD[4] | Morteza Sanei Taheri MD[5] | Mohammad Ali Kazemi MD[2,6] | Neda Pak MD[7] | Mahboobeh Shirazi MD[8] | Alireza Radmanesh MD[9] | Ozgur Oztekin MD[10] | Mehran Arab-Ahmadi MD, MPH[2,11]

Siêu âm thần kinh chi tiết và chụp CHT
trong 3 tháng cuối của thai kỳ
là cần thiết cho TẤT CẢ các trường hợp bất sản thể chai.

FVCOG2024

KẾT LUẬN

- *Việc dự đoán trước sinh các tiên lượng phát triển thần kinh của thai nhi là công việc khó khăn và phức tạp.*
- *Chụp CHT thai nhi có thể phát hiện thêm các thông tin giúp cải thiện hoặc thay đổi trong tư vấn, tiên lượng và quản lý thai kỳ.*
- *Kết hợp tốt giữa các thăm khám về hình ảnh với các xét nghiệm và thăm khám di truyền có thể mang lại các bằng chứng hữu ích, giúp cho việc tư vấn được tốt nhất, tiên lượng thực tế và phù hợp nhất có thể.*

LỜI CẢM ƠN



Medicine is a science of uncertainty and an art of probability.

~ William Osler

AZ QUOTES

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

Œstrogel®

ESTRADIOL-17ß

17β Estradiol dạng gel thoa thẩm thấu qua da



Tài liệu dựa trên "Thông tin kê toa sản phẩm OESTROGEL®"
Số đăng ký sản phẩm: VN-20130-16 được cấp bởi Cục Quản lý Dược theo Quyết định số 530/QĐ-QLD, ngày 03/11/2016

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life



ThS.BS.
TĂNG HÙNG SANG

Viện Di truyền Y học TPHCM

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2005: Tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa - Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch
- 2009: Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Nhi khoa - Trường ĐH Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- 2010 - 2015: Học tập tại Hoa Kỳ
- 2014: Tốt nghiệp Thạc sĩ Chuyên ngành Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em - Đại học Bắc Carolina tại Chapel Hill, Hoa Kỳ

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2005 - 2009: Bệnh viện nhi đồng 1 và 2
- 2016 - 2019: Health Advancement in Vietnam
- 2019 - nay: Viện di truyền y học Genesolutions

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả của 11 bài báo Quốc tế

FVCOG2024

SÀNG LỌC TRƯỚC SINH LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH
GIÁ TRỊ TIÊN ĐOÁN DƯƠNG VÀ TƯ VẤN DI TRUYỀN

BS Tăng Hùng Sang
Ths Sức khoẻ Bà Mẹ & Trẻ Em, Hoa Kỳ
Viện di truyền y học - Genesolutions

FVCOG2024

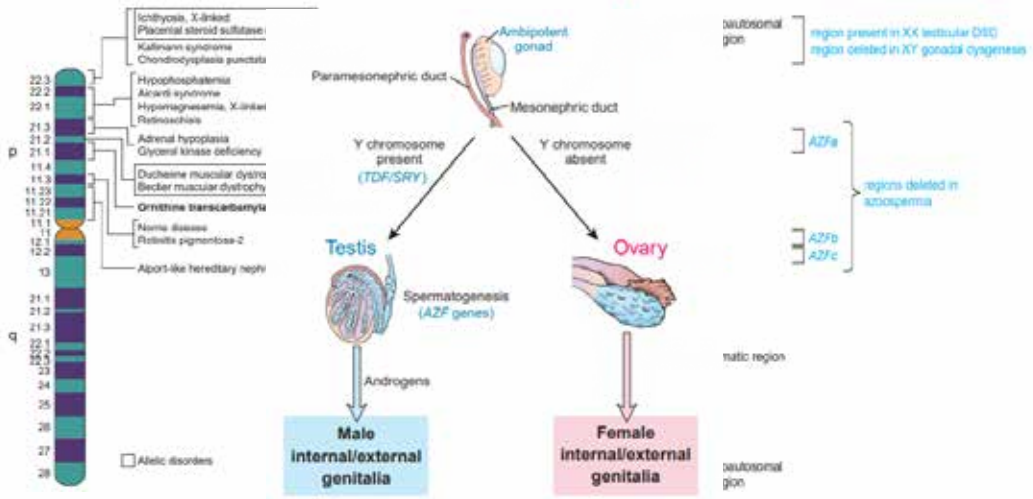
Nội dung

1. Tổng quan về lệch bội NST giới tính
   - Tần suất
   - Tương quan kiểu gen-kiểu hình

2. Sàng lọc trước sinh lệch bội NST giới tính
   - Khuyến cáo
   - Giá trị tiên đoán dương
   - Các yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của xét nghiệm

3. Tư vấn di truyền trước và sau xét nghiệm

TỔNG QUAN: NST GIỚI TÍNH X VÀ Y



THOMPSON & THOMPSON GENETICS AND GENOMICS IN MEDICINE, NINTH EDITION 2024

FVCOG2024

BẤT THƯỜNG BẨM SINH DO LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH

Bất thường lệch bội NST	Bộ NST	Tần suất mắc /trẻ sinh ra
Trisomy 21	47, +21	1/700
Trisomy 18	47, +21	1/6000-8000
Trisomy 13	47, +21	1/ 5000-15000
Hội chứng Turner	45,X	1/4000 trẻ nữ
Hội chứng Triple X	47,XXX	1/1000 trẻ nữ
Hội chứng Klinefelter	47,XXY 48,XXXY	1/650 trẻ nam 1/25000 trẻ nam
Hội chứng Jacobs	47,XYY	1/1000 trẻ nam

Tần suất cộng gộp các lệch bội NST giới tính: 1/400

THOMPSON & THOMPSON GENETICS AND GENOMICS IN MEDICINE, NINTH EDITION 2024

FVCOG2024

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC BẤT THƯỜNG LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH

Đặc điểm	47,XXY Klinefelter Syndrome	47,XYY	47,XXX Trisomy X	45,X Turner Syndrome
Tần suất	1/650 trẻ nam	1/1000 trẻ nam	1/1000 nữ	1/2500–4000 trẻ nữ
Đặc điểm lâm sàng	Tăng chiều cao	Tăng chiều cao, bình thường	Giảm trương lực cơ, chậm phát triển; khó khăn về ngôn ngữ và học tập; có xu hướng cao hơn mức trung bình	Chiều cao thấp, cổ có màng, phù bạch huyết; nguy cơ mắc bệnh tim
Trí tuệ/thông minh	IQ ngôn ngữ giảm xuống mức bình thường thấp; khó khăn trong giáo dục	Chỉ số IQ ngôn ngữ giảm xuống mức bình thường thấp; chậm phát triển ngôn ngữ; khó khăn trong việc đọc	Phạm vi bình thường đến bình thường thấp (cả IQ về ngôn ngữ và hiệu suất đều giảm)	Thông thường là bình thường, nhưng IQ thực hiện thấp hơn IQ ngôn ngữ
Hành vi	Không có rối loạn lớn; có xu hướng kém thích nghi xã hội, nhưng có mối quan hệ bình thường khi trưởng thành	Nhóm con có các vấn đề hành vi cụ thể có thể liên quan đến chỉ số IQ thấp hơn	Thông thường, không có vấn đề về hành vi; có một số lo lắng và lòng tự trọng thấp; giảm kỹ năng xã hội	Thông thường là bình thường nhưng có sự điều chỉnh xã hội kém
Khả năng sinh sản	Suy sinh dục, vô tinh trùng, vô sinh	Bình thường	Giảm khả năng sinh sản ở một số người Suy buồng trứng sớm	Loạn sản tuyến sinh dục, chậm trưởng thành, vô sinh

THOMPSON & THOMPSON GENETICS AND GENOMICS IN MEDICINE, NINTH EDITION 2024

FVCOG2024

THÁCH THỨC SÀNG LỌC & CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH

- Hầu hết các bất thường lệch bội NST giới tính được chẩn đoán sau sinh khi có các bất thường (chậm phát triển, vô sinh..)
- Khám sơ sinh không thể loại bỏ hay phát hiện các bất thường lệch bội NST giới tính
- Nhiều trường hợp không được chẩn đoán hoặc phát hiện giai đoạn trưởng thành
- Siêu âm trước sinh không phát hiện được các bất thường ngoại trừ hội chứng Turner

Các phát hiện siêu âm cổ điển của hội chứng Turner (tỷ lệ phát hiện 68%) bao gồm

- *Quý 1: tăng độ mờ da gáy , phù thai lan tỏa, nang bạch huyết vùng cổ có vách*
- *Quý 2: dị tật tim và thận (thận móng ngựa và hẹp eo động mạch chủ), đa ối và chậm phát triển.*



Tăng độ mờ da gáy và tràn dịch màng tim



Nang bạch huyết có vách



Tràn dịch màng phổi, màng bụng





Thận hình móng ngựa



Hẹp ep động mạch chủ

Polivka, Brooke, and Kelsy L. Merideth. "Sonographic prenatal diagnosis of turner syndrome." *Journal of Diagnostic Medical Sonography* 31.2 (2015): 99-102.

SÀNG LỌC TRƯỚC SINH VỚI NIPT

XÉT NGHIỆM NIPT

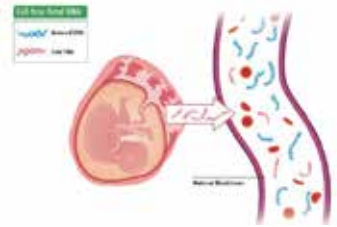
(Non-Invasive Prenatal Testing)

Dựa trên DNA của thai nhi được phóng thích từ bánh nhau vào máu mẹ

- Thực hiện từ tuần thai 9
- Không xâm lấn và độ chính xác cao

➢ Sàng lọc trước sinh đầu tay

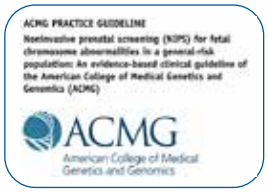
➢ Hơn 90 quốc gia đã sử dụng



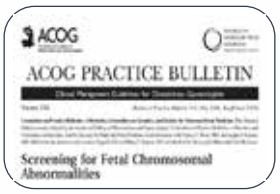


https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4303457/

CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO NIPT 2023









➢ Sàng lọc 3 hội chứng trisomy 21, 18 và 13 bằng NIPT đầu tay thay cho các phương pháp sàng lọc truyền thống cho tất cả thai phụ mang thai đơn

➢ NIPT nên được chỉ định cho thai phụ để sàng lọc các lệch bội NST giới tính cho thai nhi

➢ Tại thời điểm này, không có đủ bằng chứng sàng lọc các bất thường NST hiếm khác, chuyển đoạn không cân bằng, các hội chứng vi mất/lặp đoạn (trừ hội chứng Digeorge)

➡ Lab cung cấp NIPT cần công bố độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương của các hội chứng sàng lọc được kiểm chứng trên quần thể áp dụng

FVCOG2024

GIÁ TRỊ TIÊN ĐOÁN DƯƠNG


Position statement from the International Society for Prenatal Diagnosis on the use of non-invasive prenatal testing for the detection of fetal chromosomal conditions in singleton pregnancies

Condition	Sensitivity (%)	95% CI	Specificity (%)	95% CI	PPV (%)	95% CI
Trisomy 21	98.80	97.81-99.34	99.96	99.92-99.98	91.78	88.43-94.23
Trisomy 18	98.83	95.45-99.71	99.93	99.83-99.97	65.77	45.29-81.68
Trisomy 13	100	0-100	99.96	99.92-99.98	37.23	26.08-49.93

Condition	Sensitivity (%)	95% CI	Specificity (%)	95% CI	PPV (%)	95% CI
Monosomy X	97.68	84.25-99.70	99.84	99.67-99.92	29.52	22.72-37.36
47,XXX	100	0.0-100	99.97	99.96-99.98	53.95	40.58-66.77
47,XXY	99.25	78.13-99.98	99.99	99.98-99.99	74.05	59.47-84.73
47,XYY	100	0.0-100	99.99	99.99-100)	74.45	58.40-85.81
Overall SCAs	99.63	94.83-99.98	99.80	99.69-99.88	43.13	37.92-48.50

FVCOG2024

SÀNG LỌC LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH: DƯƠNG TÍNH GIẢ

NGUYÊN NHÂN GÂY DƯƠNG TÍNH GIẢ- NIPT

- Khảm khu trú bánh nhau
- Song thai tiêu biến
- Mẹ có bệnh lý/khối u
- Mẹ ghép tủy truyền máu từ người cho là nam
- CffDNA thấp (< 4%)
- Phòng lab: lỗi vận hành, kỹ thuật
- Bất thường di truyền từ mẹ

90% :DNA tự do từ mẹ
10%: DNA tự do từ nhau thai



Thai phụ VN có mang bất thường NST giới tính- khảm XO với tỷ lệ cao (O.118%)

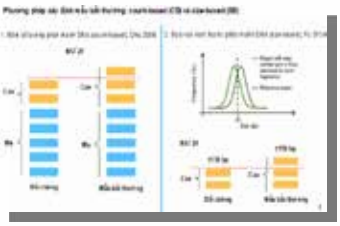

Maternal Mosaicism Is a Significant Contributor to Discordant Sex Chromosomal Aneuploidies Associated with Noninvasive Prenatal Testing

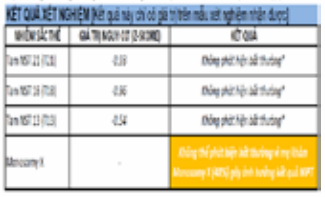

High prevalence of maternal mosaic monosomy X in pregnant women in Vietnam

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

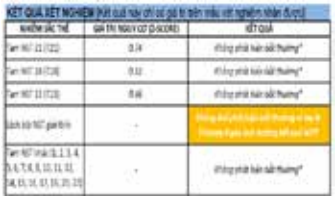
THUẬT TOÁN NIPT PHÁT TRIỂN VÀ ỨNG DỤNG TẠI VIỆT NAM

Thuật toán NIPT phân biệt mẹ có bất thường NST giới tính giúp giảm dương tính giả trong sàng lọc lệch bội NST giới tính cho thai.



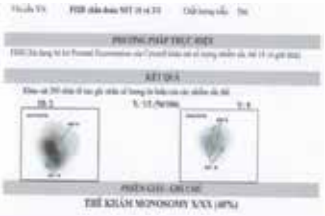


Kết quả FISH máu mẹ



Kết quả CNV máu mẹ


Reducing false positive rate of fetal monosomy X in non-invasive prenatal testing using a combined algorithm to detect maternal mosaic monosomy X





FVCOG2024

THUẬT TOÁN NIPT PHÁT TRIỂN VÀ ỨNG DỤNG TẠI VIỆT NAM

Giá trị tiên đoán dương	Rose và cộng sự*	Viện di truyền y học Genesolutions 2022-2024
Trisomy 21	91.78%	96.7%**
Trisomy 18	65.77%	91.6%**
Trisomy 13	37.23%	80.0%**
Hội chứng Turner (XO)	29.52%	60%***
Hội chứng Triple X (XXX)	53.95%	94%***
Hội chứng Klinefelter (XXY)	74.05%	64%***
Hội chứng Jacobs (XYY)	74.45%	Chưa có dữ liệu

(*) Hui, Lisa, et al. "Position statement from the International Society for Prenatal Diagnosis on the use of non-invasive prenatal testing for the detection of fetal chromosomal conditions in singleton pregnancies." *Prenatal Diagnosis* 43.7 (2023): 814-828.
(**) Do Thi, Thanh-Thuy, et al. "Determining the positive predictive values of NIPT triSure for detection of the most common fetal chromosome aneuploidies in clinical practice." *Vietnam Medical Journal* 01.04 (2020): 172-177
(***) Dữ liệu theo dõi của Viện di truyền y học Genesolution 2022-2024

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

TƯ VẤN TRƯỚC XÉT NGHIỆM: NIPT SÀNG LỌC LỆCH BỘI NST GIỚI

- Tỷ lệ dương tính giả cao có thể do khảm khu trú bánh nhau, bất thường NST giới tính từ mẹ
  - Khảm tỷ lệ thấp XO: 45,XO/46,XX
  - Hội chứng tam NST giới tính XXX : 90% thai phụ không nhận biết
- Các lệch bội NST giới tính được sàng lọc có kiểu hình rất thay đổi và thường ít gây bất thường nặng về thể chất
- Sàng lọc sớm giúp theo dõi và điều trị kịp thời, cải thiện tiên lượng cho trẻ
- Quyết định sàng lọc: gia đình

FVCOG2024

LỢI ÍCH CỦA SÀNG LỌC TRƯỚC SINH BẤT THƯỜNG LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH

- Quản lý thai kỳ cho những bất thường nghiêm trọng: kết hợp với siêu âm trước sinh
- Chẩn đoán sớm rước sinh hoặc sau sinh theo quyết định của gia đình
- Chuẩn bị tâm lý và điều trị sớm cho trẻ sau sinh -> Cải thiện tiên lượng cho trẻ
  - ✓ *Phát hiện sớm chậm phát triển về ngôn ngữ, học tập và vận động*
  - ✓ *Điều trị kịp thời giúp cải thiện tiên lượng về thể chất, hành vi và nhận thức*

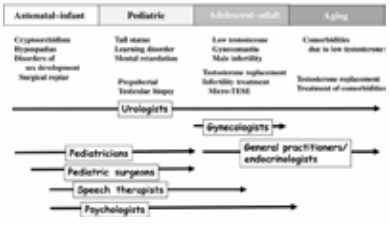
Hội chứng Turner (XO)


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Growth Hormone plus Childhood Low-Dose Estrogen in Turner's Syndrome

RCT: cải thiện chiều cao, nhận thức và hành vi

Hội chứng Klinefelter (XXY)

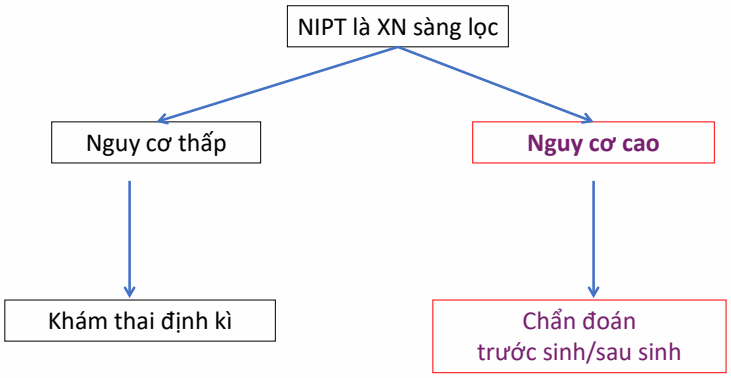


Shiraishi, Koji & Matsuyama, Hideyasu. (2018). Klinefelter syndrome: From pediatrics to geriatrics. Reproductive Medicine and Biology. 18. 10.1002/rmb2.12261.

FVCOG2024

TƯ VẤN SAU XÉT NGHIỆM: NIPT SÀNG LỌC LỆCH BỘI NST GIỚI TÍNH

NIPT dựa trên ADN của bánh nhau, không phải của thai



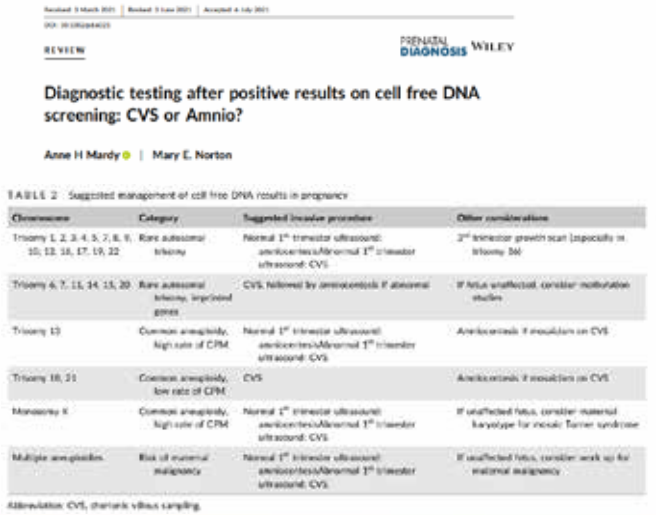
ACMG PRACTICE GUIDELINE 2023

Kết quả NIPT âm tính:
. Không loại bỏ hoàn toàn nguy cơ
. Âm tính trong phạm vi khảo sát

Kết quả NIPT dương tính (phiếu tư vấn):
. PPV cụ thể của kết quả
. Biểu hiện lâm sàng
. Chẩn đoán trước sinh trước khi đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ
.Hệ thống hỗ trợ và tài liệu giáo dục

FVCOG2024

TƯ VẤN SAU XÉT NGHIỆM: XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH



REVIEW

PRENATAL DIAGNOSIS WILEY

Diagnostic testing after positive results on cell free DNA screening: CVS or Amnio?

Anne H Mardy | Mary E. Norton

TABLE 2 Suggested management of cell free DNA results in pregnancy

Chromosome	Category	Suggested invasive procedure	Other considerations
Trisomy 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 19, 22	Rare autosomal trisomy	Normal 1st trimester ultrasound: amniocentesis/Abnormal 1st trimester ultrasound: CVS	2nd trimester growth scan (especially in trisomy 3s)
Trisomy 6, 7, 11, 14, 15, 20	Rare autosomal trisomy, imprinted genes	CVS, followed by amniocentesis if abnormal	If fetus unaffected, consider molecular studies
Trisomy 13	Common aneuploidy, high rate of CPM	Normal 1st trimester ultrasound: amniocentesis/Abnormal 1st trimester ultrasound: CVS	Amniocentesis if mosaicism on CVS
Trisomy 18, 21	Common aneuploidy, low rate of CPM	CVS	Amniocentesis if mosaicism on CVS
Monosomy X	Common aneuploidy, high rate of CPM	Normal 1st trimester ultrasound: amniocentesis/Abnormal 1st trimester ultrasound: CVS	If unaffected fetus, consider maternal karyotype for mosaic Turner syndrome
Multiple aneuploidies	Risk of maternal malignancy	Normal 1st trimester ultrasound: amniocentesis/Abnormal 1st trimester ultrasound: CVS	If unaffected fetus, consider work up for maternal malignancy

Abbreviation: CVS, chorionic villous sampling.

Chẩn đoán trước sinh : NIPT nguy cơ cao mắc hội chứng Turner (XO)

- Siêu âm thai quý 1 bất thường gợi ý

(tăng độ mờ da gáy , phù thai lan tỏa, nang bạch huyết vùng cổ có vách)

→ Sinh thiết gai nhau và thực hiện xét nghiệm trên mẫu gai nhau nuôi cấy để loại trừ khảm khu trú bánh nhau

- Siêu âm thai quý 1 bình thường:

→ Chọc ối và thực hiện 2 xét nghiệm chẩn đoán:
+ Mẫu ối nuôi cấy để loại trừ nhiễm máu mẹ và mẹ có khảm XO
+ Mẫu ối chưa nuôi cấy để phát hiện thai bị khảm XO-FISH, microarray

FVCOG2024

FVCOG2024

TƯ VẤN SAU XÉT NGHIỆM: DƯƠNG TÍNH GIẢ SÀNG LỌC XO



REVIEW

PRENATAL DIAGNOSIS WILEY

Diagnostic testing after positive results on cell free DNA screening: CVS or Amnio?

Anne H Mardy | Mary E. Norton

Genetic counseling for women with 45,X/46,XX mosaicism: Towards more personalized management

Emma A. Snyder, Adrienna K. San Roman, Raul E. Pina-Aguilar, Marcia A. Steeves, Erin A. McNamara, Irene Sauter, Frances J. Hayes, Lynne L. Levitsky, Angela E. Lin

Nếu kết quả chẩn đoán thai không mắc hội chứng Turner-> cần làm NST đồ mẹ để chẩn đoán mẹ khảm Turner (XO)

Hướng xử trí và tư vấn mẹ khảm Turner (XO):

- Mẫu chẩn đoán thứ hai (karotype nguyên bào sợi mô da hay FISH phết niêm mạc): Đánh giá khảm dòng mầm hay khảm của tế bào máu
- Mẹ mang khảm dòng mầm hội chứng Turner:

+ Đánh giá tỷ lệ % khảm XO

+ Đánh giá lâm sàng: các bất thường tim, thận, suy giáp…

+ Quản lý thai kỳ nguy cơ cao:

Đái tháo đường thai kỳ

Tăng huyết áp/Tiền sản giật

Tim mạch

FVCOG2024

TƯ VẤN SAU XÉT NGHIỆM: CÁC ĐIỂM CẦN LƯU Ý

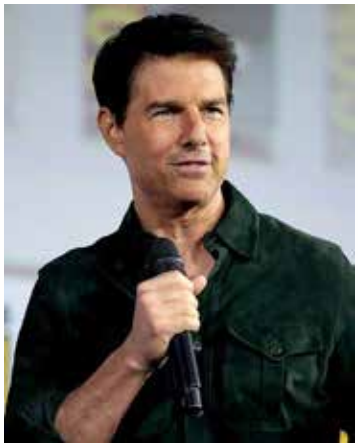
❖ Các vấn đề ba mẹ quan tâm bao gồm các bất thường thể chất, sự phát triển giới tính, tính dục và khả năng sinh sản

❖ Quyết định của gia đình về thai kỳ dựa trên thông tin được cung cấp từ bác sĩ và người tư vấn

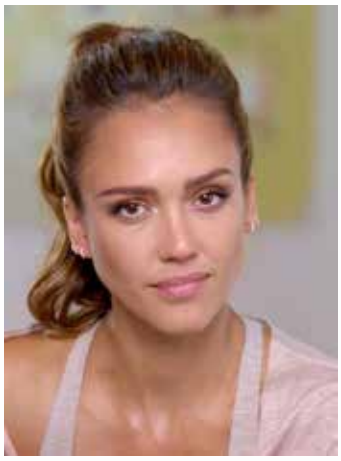
- Robinson et al (USA): Khi được tư vấn trực tiếp bởi bs Robinson, 75% thai kỳ tiếp tục trong khi chỉ 59% cha mẹ quyết định giữ thai khi thai kỳ được tư vấn bởi bs khác ($p < 0.005$)
- Mezie, Cruxhy et at (France): Tỷ lệ chấm dứt thai kỳ mắc hội chứng Klinefeter và Turner giảm đáng kể khi hội chẩn liên chuyên khoa được thành lập

1. Gia đình cần được tư vấn và cung cấp thông tin chính xác, cập nhật, và không định kiến hay thiên vị để có thể đưa ra quyết định theo hoàn cảnh, mong muốn và niềm tin của mỗi gia đình.
2. Nên tiếp cận theo hướng liên chuyên khoa: gia đình nên được tư vấn từ nhóm chuyên gia bao gồm các bác sĩ di truyền sản khoa, bác sĩ di truyền nhi khoa, bác sĩ y học bào thai, bác sĩ nhi nội tiết và bác sĩ tâm lý.

Vì thế hệ Việt khoẻ từ gen:
phát hiện và điều trị sớm giúp cải thiện tiên lượng cho trẻ



Hội chứng Klinefeter?



Hội chứng Turner?

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn



TS.BS
ĐẶNG TIẾN TRƯỜNG

Chủ nhiệm bộ môn
Giải phẫu - Học viện Quân Y

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2009: Tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa - Học viện Quân Y
- 2011: Thực tập sinh Chọc ối và kỹ thuật sinh học phân tử chẩn đoán trước sinh tại Bệnh viện Từ Dũ
- 2012: Thức tập sinh Kỹ thuật phân tích gen trong bệnh lý tâm thần kinh tại Đại học Toyama, Nhật Bản
- 2014: Thực tập sinh Kỹ thuật chẩn đoán di truyền trước chuyển phôi bệnh Thalasemia và rối loạn nhiễm sắc thể tại Trung tâm Chẩn đoán trước chuyển phôi, Bệnh viện ĐH Quốc Gia Singapore, Singapore
- 2015: Thực tập sinh Kỹ thuật phân tích gen trong nghiên cứu đặc điểm hệ gen ở một số bệnh tâm thần kinh Viện Nghiên cứu Hệ gen Singapore; Trung tâm Chẩn đoán trước chuyển phôi, Bệnh viện ĐH Quốc Gia Singapore
- 2017: Thực tập sinh Kỹ thuật giải trình tự thế hệ mới trong phân tích rối loạn nhiễm sắc thể trước chuyển phôi Trung tâm Chẩn đoán trước chuyển phôi, Bệnh viện ĐH Quốc Gia Singapore, Singapore
- 2019: Tiến sĩ KT Y sinh - Học viện Quân Y

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2009-2018: Giảng viên - Bác sĩ đa khoa/ Giải phẫu/ Tư vấn di truyền Học viện Quân y
- 3/2024- nay: Chủ nhiệm bộ môn Giải phẫu - Học viện Quân Y

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả 43 bài báo báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế
- Tham gia 04 đề tài khoa học các cấp
- 04 cuốn sách, giáo trình đã được xuất bản

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2014: Giải ba Giải thưởng sáng tạo trẻ Quân đội 2014
- 2015: Giải xuất sắc Hội nghị Khoa học tuổi trẻ các trường Đại học, cao đẳng Y dược Việt Nam lần thứ XVII
- 2017: Giải nhất Sáng kiến cải tiến kỹ thuật Học viện Quân y 2017
- 2018: Giải nhất Sáng kiến cải tiến kỹ thuật Học viện Quân y 2018
- 2019: Giải nhất Hội nghị sáng kiến cải tiến kỹ thuật Bộ Quốc phòng
- 2020: Giải nhất Hội nghị Khoa học tuổi trẻ Học viện Quân y
- 2021: Giải xuất sắc Hội nghị khoa học tuổi trẻ ngành y tế lần thứ XX

Relactagel®

Gel đặt bổ sung acid lactic + glycogen

GIẢI PHÁP CÂN BẰNG pH
PHỤC HỒI MÔI TRƯỜNG ÂM ĐẠO



- HIỆU QUẢ NHANH CHÓNG
- AN TOÀN - SỬ DỤNG ĐƯỢC CHO PHỤ NỮ MANG THAI
- KẾT HỢP VỚI KHÁNG SINH ĐỂ GIA TĂNG HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO

Natural *is better*

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life

FVCOG2024

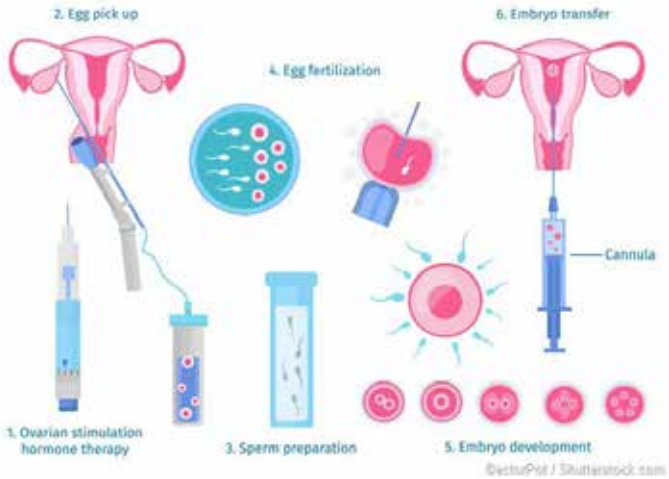
XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TRƯỚC LÀM TỔ: PHƯƠNG PHÁP TIỀM NĂNG TRONG DỰ PHÒNG RỐI LOẠN DI TRUYỀN

TS. BS. Đặng Tiến Trường

Chủ nhiệm Bộ môn Giải phẫu, Học viện Quân Y

FVCOG2024

THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM (IN VITRO FERTILIZATION – IVF)



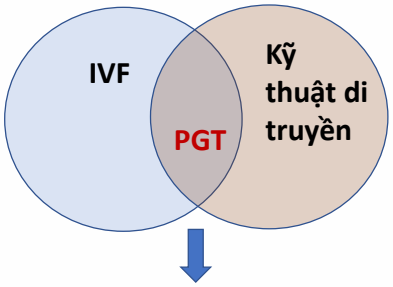
2

CÂU HỎI LÂM SÀNG

Đối với bệnh nhân lớn tuổi và có tiền sử thất bại IVF, có tiền sử gia đình mắc bệnh di truyền việc lựa chọn phôi phù hợp để chuyển phôi là một thách thức?

Tình trạng di truyền của phôi ➡ Sự thành công của chu kỳ

Phân biệt giữa phôi mang gen bệnh và phôi bình thường ➡ Cơ hội mới cho bệnh nhân



Xét nghiệm di truyền trước chuyển phôi

XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN TRƯỚC CHUYỂN PHÔI

PGT-A: Phát hiện bất thường NST

PGT-SR: Phát hiện bất thường NST/ mang tái sắp xếp cấu trúc NST.

PGT-M: Phát hiện rối loạn di truyền đơn gen

FVCOG2024

PHẦN 1: PGT-A - PHÁT HIỆN BẤT THƯỜNG NST

5

FVCOG2024

VẤN ĐỀ THỰC HÀNH LÂM SÀNG IVF BỆNH NHÂN NỮ LỚN TUỔI

Phụ nữ tuổi cao

↓

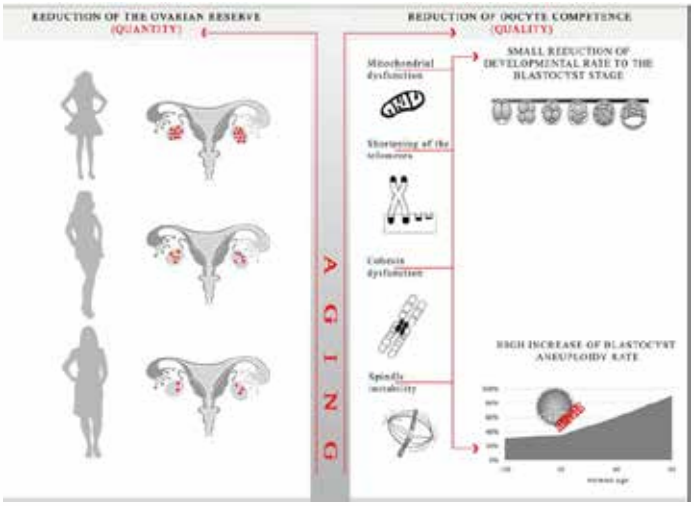
Số lượng và chất lượng noãn suy giảm

↓

- Giảm tốc độ phát triển của phôi nang
- Tăng tỷ lệ phôi lệch bội NST.

↓

Tỷ lệ thành công của IVF giảm



6

PGT-A: HIỆP HỘI SẢN PHỤ KHOA HOA KỲ

The American College of Obstetricians and Gynecologists

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 799

Committee on Genetics

Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidy

The main purpose of PGT-A is to screen embryos for whole chromosome abnormalities. Before its use, the selection of embryos for transfer was based mainly on morphologic criteria, but many women failed to achieve pregnancy despite transfer of morphologically optimal embryos. Preimplantation genetic testing-aneuploidy was proposed as a way to detect whole chromosome aneuploidy before transfer and thus potentially increase live birth rates and decrease early pregnancy failure rates (6, 7). The original technique used fluorescence in situ

Trước khi ứng dụng PGT-A trong lâm sàng, việc lựa chọn phôi chủ yếu dựa vào hình thái phôi. Tuy nhiên, một tỷ lệ lớn bệnh nhân thất bại trong chuyển phôi.

PGT-A phát hiện lệch bội NST, có thể tăng khả năng thành công của chu kỳ IVF

PGT-A: Khuyến cáo từ Hiệp hội Hỗ trợ Sinh sản và Phôi học EU

eshre
SCIENCE MOVING PEOPLE MOVING SCIENCE

1.4 PGT-A: Inclusion/exclusion

Although PGT-A remains heavily debated in clinical practice, the following indications for its use have been reported:

- Advanced female/maternal age (AMA)
- Recurrent implantation failure (RIF)
- Recurrent Miscarriage (RM). It should be noted that couples with a history of RM have a high chance of successfully conceiving naturally and that PGT-A for RM without a genetic cause is not recommended in a recent evidence-based guideline (The ESHRE Guideline Group on RPL *et al.*, 2018)
- Severe male factor (SMF)

Khuyến cáo đối tượng được chỉ định PGT-A:

- Tuổi người mẹ cao
- Thất bại chuyển phôi nhiều lần
- Sảy thai nhiều lần
- Vô sinh do yếu tố nam

FVCOG2024

Phần 2: PGT-SR - Phát hiện bất thường NST/ Cặp vợ chồng mang tái sắp xếp NST.

9

FVCOG2024

HIẾM MUỘN VÀ TÁI SẮP XẾP CẤU TRÚC

Nghiên cứu tập trung bệnh nhân mang chuyển đoạn cân bằng

Journal of Assisted Reproduction and Genetics (2019) 36:2325–2331
https://doi.org/10.1007/s10815-019-01585-9

ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGIES

Pregnancy outcomes of reciprocal translocation carriers with two or more unfavorable pregnancy histories: before and after preimplantation genetic testing

194 cặp đôi mang chuyển đoạn cân bằng

Số lần xảy thai	Số cặp đôi có tiền sử
2 lần	107/194 **(55,15%)**
3 lần	53/194 **(27,31%)**
4 lần	16/194 **(8,24%)**
Trên 5 lần	18/194 **(9,27%)**
Tổng	**99,97%**

194 cặp đôi với 592 lần mang thai

Số lần mất thai	496/592 **(83,78%)**
Số lần phá thai do thai kỳ bất thường	29/592 **(4,89%)**
Sinh ra em bé bất thường	36/592 **(6,08%)**
Em bé khỏe mạnh	17/592 **(2,87%)**

Huang, C., et al., Pregnancy outcomes of reciprocal translocation carriers with two or more unfavorable pregnancy histories: before and after preimplantation genetic testing. J Assist Reprod Genet, 2019. 36(11): p. 2325-2331.

10

VAI TRÒ PGT-SR
VỚI BỆNH NHÂN MANG CHUYỂN ĐOẠN NST CÂN BẰNG

Journal of Assisted Reproduction and Genetics (2019) 36:2325–2331
https://doi.org/10.1007/s10815-019-01585-9

ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGIES

Pregnancy outcomes of reciprocal translocation carriers with two or more unfavorable pregnancy histories: before and after preimplantation genetic testing

Kết quả trước – sau PGT-SR ở bệnh nhân mang chuyển đoạn cân bằng

Trước PGT-SR (592 lần mang thai)

Số lần mất thai	496/592 **(83,78%)**
Số lần phá thai do thai kỳ bất thường	29/592 **(4,89%)**
Sinh ra em bé bất thường	36/592 **(6,08%)**
Em bé khỏe mạnh	17/592 **(2,87%)**

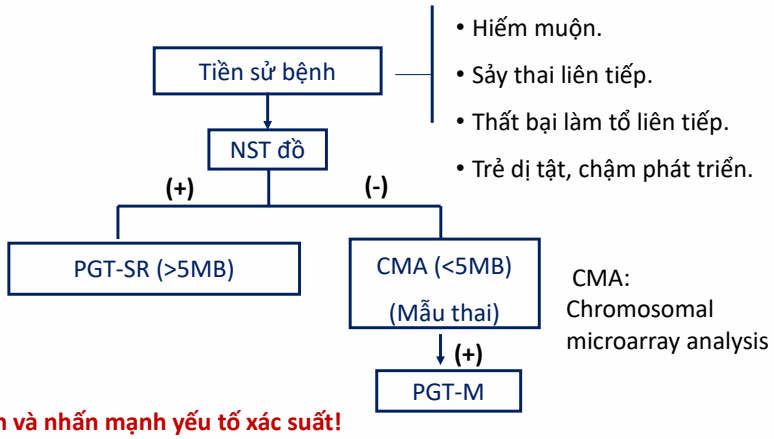
Sau PGT-SR (118 lần mang thai)

Số lần mất thai	13/118 **(11,01%)**
Sinh ra em bé bất thường	4/118 **(3,40%)**
Em bé khỏe mạnh	101 **(85,6%)**

Huang, C., et al., Pregnancy outcomes of reciprocal translocation carriers with two or more unfavorable pregnancy histories: before and after preimplantation genetic testing. J Assist Reprod Genet, 2019. 36(11): p. 2325-2331.

FVCOG2024

LÀM THẾ NÀO BIẾT CÁ THỂ MANG TÁI CẤU TRÚC NST? HƯỚNG XỬ TRÍ?



- **Tư vấn và nhấn mạnh yếu tố xác suất!**
- **Mong muốn của bệnh nhân.**

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

PGT-A/SR

Embryo cell



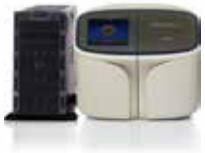


Library preparation

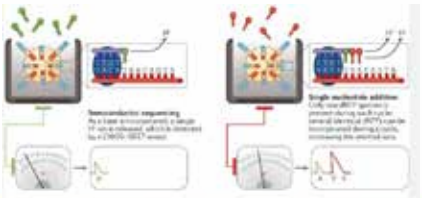


Ion Chef™ S5 Instrument

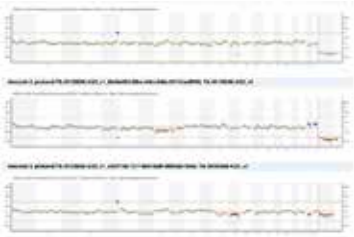
Sequencing



Ion GeneStudio™ S5 Prime System



Data analysis

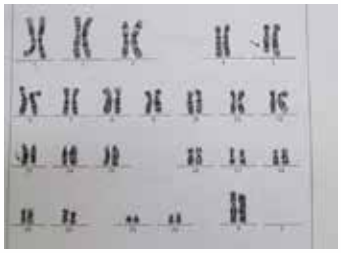


Interpretation

13

FVCOG2024

CA BỆNH ĐIỂN HÌNH: CHUYỂN ĐOẠN (>5MB)



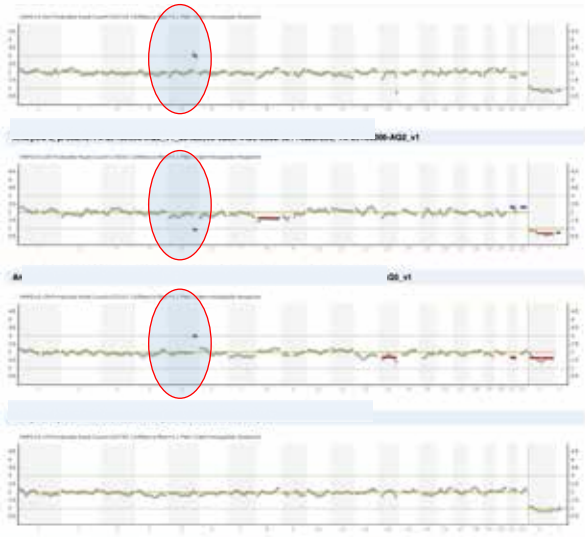
Bệnh nhân: 23 tuổi

Tiền sử sảy thai, thai lưu.

Karyotype: 46,XX,t(5,13)(q32;q32)

(Chuyển đoạn NST 13 và 5)

Chỉ định thực hiện PGT-SR



Khuyến cáo

Không chuyển phôi

Không chuyển phôi

Không chuyển phôi

Chuyển phôi

14

CASE ĐIỂN HÌNH: MẤT ĐOẠN(<5MB)

Cặp vợ chồng khỏe mạnh có một con gái được chẩn đoán suy tủy bẩm sinh.

- Bệnh nhi mang biến thể: c.2262-2263del và ex6-15del
- Mẹ không bị bệnh mang biến thể ex6-15del, dị hợp tử.
- Bố không bị bệnh mang biến thể c.2262-2263del, dị hợp tử.

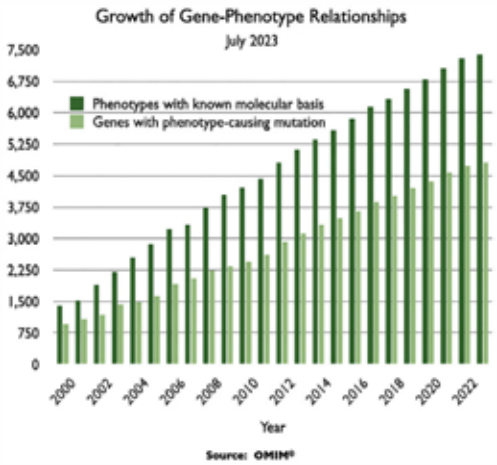
Tên phôi	*Kết luận*
Phôi 1	Dị hợp tử FANCA Ex6-15del và FANCA c2262_2263del
Phôi 2	Dị hợp tử FANCA_c2262_2263del
Phôi 3	Dị hợp tử FANCA Ex6-15del và FANCA c2262_2263del
Phôi 4	Dị hợp tử FANCA_c2262_2263del
Phôi 5	Dị hợp tử FANCA Ex6-15del và FANCA c2262_2263del
Phôi 6	Dị hợp tử FANCA Ex6-15del

FVCOG2024

Phần 3: PGT-M - Phát hiện rối loạn di truyền đơn gen

FVCOG2024

BỆNH LÝ DI TRUYỀN ĐƠN GEN



- Hơn 7000 bệnh di truyền đơn gen (OMIM).
- Triệu chứng lâm sàng phức tạp, liên quan nhiều chuyên khoa
- Khó đưa ra chẩn đoán xác định
- Một số bệnh có phổ đột biến trải rộng

MIM number prefix	NST thường	Liên kết X	Liên kết Y	Ti thể	Tổng
Mô tả gen	16,377	769	51	37	17,234
Kết hợp gen và kiểu hình	21	0	0	0	21
Mô tả lâm sàng, cơ chế phân tử cụ thể	6,392	386	5	34	6,817
Mô tả lâm sàng, cơ chế phân tử chưa rõ	1,388	110	4	0	1,502
Lâm sàng nghi ngờ di truyền Mendel	1,636	100	3	0	1,739
Tổng	25,814	1,365	63	71	27,313

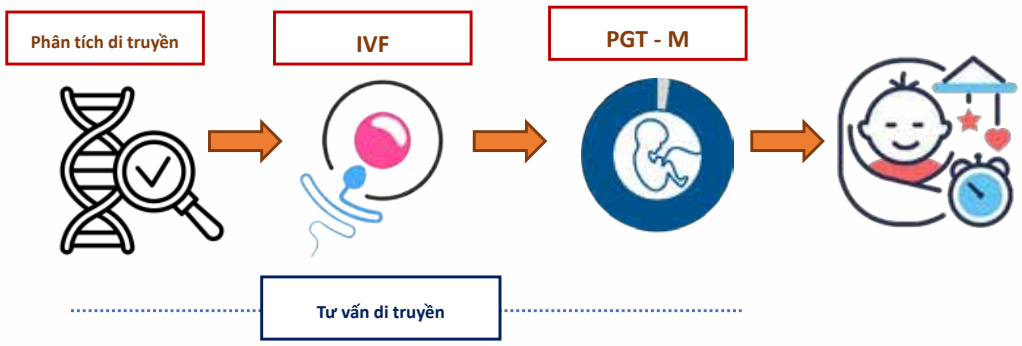
Cần khảo sát diện rộng tránh bỏ sót nguyên nhân gây bệnh

OMIM Entry Statistics (Updated March 2024)

17

FVCOG2024

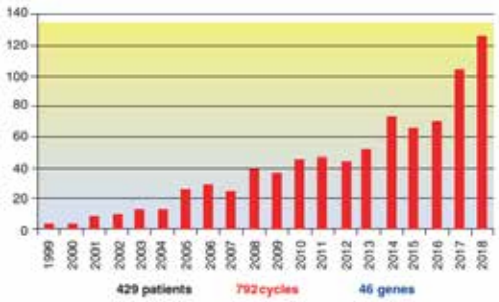
CẦN GIẢI PHÁP TOÀN DIỆN ĐỂ SINH CON KHỎE MẠNH



18

Sự phát triển mạnh mẽ của PGT-M

- Sự mở rộng nhanh chóng của TT IVF và phòng lab xét nghiệm di truyền PGT trên toàn thế giới.
- Tiến bộ trong lĩnh vực di truyền: WGS, WES, mở rộng các gen mục tiêu và phạm vi phát hiện
- Các lĩnh vực mới tham gia hỗ trợ lĩnh vực HTSS: Tư vấn di truyền,



Anver Kuliev, S. R., Joe Leigh Simpson (2020). Practical Preimplantation Genetic Testing. Springer.

Số lượng chu kỳ PGT-M với ung thư di truyền từ năm 1999 đến 2018 tăng theo từng năm

1. Sự mở rộng về số lượng
2. Phạm vi xét nghiệm PGT-M

FVCOG2024

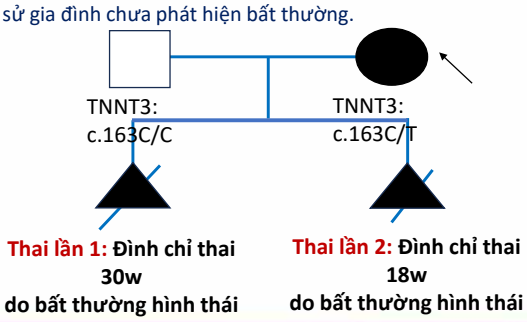
HIỆP HỘI HỖ TRỢ SINH SẢN HOA KỲ ĐÃ CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN PGT-M (2023)



CA LÂM SÀNG 1: Dính khớp - ARTHROGRYPOSIS DISTAL TYPE 2B2



- Vợ (27 tuổi): co quắp bàn tay, bàn chân hình rìu, cằm nhỏ.
- Chồng (27 tuổi) có kiểu hình bình thường.
- Tiền sử đình chỉ thai 2 lần do siêu âm bất thường chi: lần 1 lúc thai 30w và lần 2 lúc thai 18w.
- Tiền sử gia đình chưa phát hiện bất thường.



KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM DI TRUYỀN (CLINICAL EXOME SEQUENCING – WES)

Người được XN	Trio-WES	Kiểu gen	Di truyền	Phân loại biến thể	Kiểu hình
Thai lần 2	NM_001042780.3(TNNT3):c.163C>T	Dị hợp tử (DH)	Trội	Gây bệnh/có thể gây bệnh (ClinVar, nhiều báo cáo, không mâu thuẫn)	Arthrogryposis, distal, type 2B2
Vợ	NM_001042780.3(TNNT3):c.163C>T	Dị hợp tử	Trội		
Chồng	-	Wildtype (WT)	-	-	-

KẾT QUẢ PGT-M

Mã mẫu	Kết quả phân tích	Khuyến cáo
Phôi 1	TNNT3:c.163C>T, DHT – Mắc bệnh	Không chuyển phôi
Phôi 2	Không mang gen bệnh	**Chuyển phôi**
Phôi 3	TNNT3:c.163C>T, DHT – Mắc bệnh	Không chuyển phôi
Phôi 4	Không mang gen bệnh	**Chuyển phôi**
Phôi 5	Không mang gen bệnh	**Chuyển phôi**
Phôi 6	TNNT3:c.163C>T, DHT – Mắc bệnh	Không chuyển phôi

FVCOG2024

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH – Mẫu ối

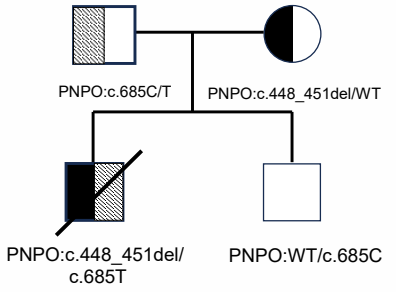
Loại mẫu:	**ADN từ dịch ối**		
Ngày nhận mẫu:	**28/07/2023**	Ngày trả kết quả:	**05/08/2023**
Chỉ định:	Xét nghiệm đột biến gen (c.163C>T (p.Arg55Cys) trên gen *TNNT3*, NST11)		
Phương pháp phân tích: Tách chiết ADN từ mẫu dịch ối; Xác định tổn thương bằng phương pháp giải trình tự Sanger và/hoặc phân tích liên kết gen; điện di mao quản trên hệ thống 3130XL; phân tích kết quả bằng phần mềm Genemapper 5.0; kết quả vẫn có tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả.			

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH:	
Mã mẫu	**Kết quả phân tích**
0202296	Không mang gen bệnh

Kết luận: Không phát hiện đột biến c.163C>T (p.Arg55Cys) trên gen *TNNT3* trong mẫu được phân tích.

FVCOG2024

CA LÂM SÀNG 2: THIẾU MEN PYRIDOXAMINE 5'-PHOSPHATE OXIDASE



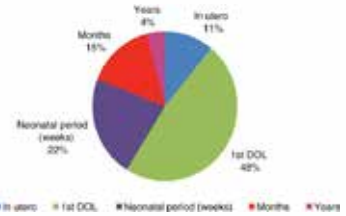
- ○ Cặp vợ chồng có 2 con trai
- ✓ Con đầu tử vong trong giai đoạn sơ sinh, với biểu hiện co giật toàn thể xuất hiện 20 giờ sau sinh.
- ✓ Con trai thứ 2 khỏe mạnh.
- ○ Tiền sử gia đình chưa phát hiện bất thường.

FVCOG2024

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM CLINICAL TRIO WES

Người được XN	Trio-WES	Kiểu gen	Di truyền	Phân loại biến thể (Clinvar)	Kiểu hình
Con trai đầu (đã mất)	PNPO: c.448_451del (p.P150RfsTer27*) PNPO: c.685C>T (p.R229W)	DHT kép	Lặn	Gây bệnh	Pyridoxamine 5'phosphate oxidase deficiency
Mẹ	NM_918129.4:c.1428del (p.Leu478*)	DHT	Lặn	Gây bệnh	
Bố	NM_918129.4:c.685C>T (p.Arg229Trp)	DHT	Lặn	Gây bệnh/ Có thể gây bệnh	
Con trai thứ 2	-	Wildtype	-	Khỏe mạnh	-

- ✓ 90% khởi phát động kinh giai đoạn sơ sinh (ngày đầu sau sinh-2 tuần tuổi),
- ✓ 10% khởi phát sau thời kỳ sơ sinh
- ✓ Kháng thuốc chống động kinh.



Thời điểm khởi phát co giật ở bệnh nhân thiếu hụt PNPO DOL (Death of Life): số ngày sau sinh
Malak Alghamdi et al, Clin Genet 2021

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM PGT-M

Yêu cầu phân tích:	Xét nghiệm đột biến gen (đột biến c.448_451del (p.Pro150ArgfsTer27) và c.685C>T (p.Arg229Trp) trên gen *PNPO*)
Phương pháp phân tích: khuếch đại toàn bộ hệ gen bằng bộ Kit REPLI (QIAGEN); Xác định tổn thương bằng phương pháp giải trình tự Sanger và/hoặc phân tích liên kết gen; điện di mao quản trên hệ thống 3130XL; phân tích kết quả bằng phần mềm Genemapper 5.0; kết quả vẫn có tỷ lệ âm tính giả và dương tính giả.	

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH:

Mã mẫu	Kết quả phân tích	Kết luận
Phôi 1	**Không mang gen bệnh**	**Chuyển phôi**
Phôi 2	Mang gen bệnh (Dị hợp tử đột biến PNPO c.685C>T)	Chuyển phôi
Phôi 3	Mang gen bệnh (Dị hợp tử đột biến PNPO c.685C>T)	Chuyển phôi

Xin cảm ơn Quý khách đã sử dụng dịch vụ y tế của chúng tôi!

FVCOG2024

Phần 4: Thách thức trong lĩnh vực PGT

Chi phí



Kỹ thuật



Y đức



KẾT LUẬN

- PGT là một giải pháp cho bệnh nhân thực hiện PGT lớn tuổi, có tiền sử thất bại IVF hoặc có bệnh lý di truyền.
- Tư vấn tiền hôn nhân, chẩn đoán trước sinh, chẩn đoán trước chuyển phôi là những giải pháp dự phòng rối loan di truyền.
- Sự phát triển của kỹ thuật IVF, PGT giúp các cặp vợ chồng có nguy cơ sinh con có bệnh lý đơn gen có thể chủ động phòng bệnh.

29

LỜI CẢM ƠN

Cảm ơn sự chú ý lắng nghe của các bạn!

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life

Procare Health
Naturally woman

PAPILOCARE®
Vaginal gel

GIẢI PHÁP TIÊN PHONG VỚI NHIỀU CHỨNG CỨ LÂM SÀNG MẠNH MẼ TRONG PHỤC HỒI SANG THƯƠNG CỔ TỬ CUNG DO HPV*

88%** bệnh nhân bình thường hóa sang thương ASCUS/LSIL do HPV-nguy cơ cao gây ra, sau 6 tháng điều trị



* Sang thương mức độ thấp: ASCUS/ LSIL

** Luis Serrano et. al. Efficacy of a Coriolus versicolor – Based Vaginal Gel in Women with Human Papillomavirus – Dependent cervical lesions: The PALOMA study, Journal of Lower Genital Tract Disease, Vol 25. No.2 April 2021

Phân loại trang thiết bị y tế nhóm B, theo quy tắc 5, mục B, phần II, phụ lục I, thông tư 39/2016/TT-BYT
Bảng kết quả phân loại trang thiết bị y tế số: 20200183.1 – ADJVINA/170000008/PCBPL-BYT



Dr. ALEXANDRE VIVANTI, MD, PhD

Beclere Hospital, France

DIPLOMAS

- National Exam ranked 4th out of 6323 (2009), Major of Paris Descartes.
- Various specialized diplomas: Medical Pedagogy, Fetal Medicine, Ultrasound, Infertility Management.
- Master II in Research - Immunology (2013), Very Good.
- Doctor of Medicine (Thesis on fetal RHD genotyping, 2014), Silver Medal.
- Diploma of Specialized Studies in Gynecology-Obstetrics (2015).
- PhD in Clinical Research, Technological Innovation, Public Health, Université Paris Saclay (2018).

EXPERIENCE

- Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, CHU Antoine Béclère.
- Specialization in fetal medicine and high-risk pregnancies.
- Extensive teaching roles at Paris Saclay and involvement in medical simulation training.
- Coordinating investigator for clinical trials on fetal DNA, autoimmune pathologies, and maternal pharmacokinetics.

PUBLICATIONS

- 93 publications in PubMed indexed journals (H-index: 18).
- Involvement in clinical and translational research, particularly in genetics and neurodevelopment.
- Reviewer for multiple journals: Prenatal Diagnosis, Journal of Gynecology Obstetrics, European Journal of Pediatrics.
- Contributions to expert recommendations on preeclampsia, stillbirth, and gastroschisis.

AWARDS & DISTINCTIONS

- Master Research Grant (2012), Young Investigator Award (CROI, 2014).
- Best oral communication awards (2018) for research on Vein of Galen malformations.
- Christian Nezelof Pediatric Pathology Research Award (2019).

PGS.Alexandre Vivanti

PHIÊN 2E



ThS.BS. HỒ MẠNH TƯỜNG

Bệnh viện Mỹ Đức

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1993: Bác sĩ Y khoa, Đại học Y Dược TPHCM.
- 1999: Master in Clinical Embryology, School of Postgraduate Medical Studies, National University of Singapore, Singapore.
- 2008: Master of Business Administration, Maastricht School of Management, The Netherlands.

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Năm 1993 – 2007: Bác sĩ Bệnh viện Từ Dũ.
- Năm 2007 – 2009: Bác sĩ Đơn vị Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Vạn Hạnh.
- Năm 2009 – 2021: Bác sĩ Đơn vị Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện An Sinh.
- Năm 2010 – 2017: Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu Di truyền và Sức khoẻ sinh sản, Khoa Y Đại học Quốc gia TPHCM.
- Năm 2021 – nay: Bác sĩ Đơn vị Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Mỹ Đức.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả và đồng tác giả hơn 80 bài báo trên các tạp chí khoa học Quốc tế (trong đó có NEJM, The Lancet, Human Reproduction, Fertility Sterility RBMO, JARG...).
- Tác giả và đồng tác giả hơn 100 báo cáo khoa học đăng tải trên các tạp chí y học ở Việt Nam.
- Tác giả và đồng tác giả 9 quyển sách chuyên khảo y khoa ở Việt Nam.
- Báo cáo viên tại nhiều hội nghị chuyên ngành y học ở Việt Nam từ năm 2000.
- Trên 50 báo cáo (oral và poster) trình bày tại các hội nghị khoa học khu vực và Quốc tế.
- Báo cáo viên chính thức (invited speaker) tại hơn 50 hội nghị chuyên ngành khu vực và Quốc tế.

Ho Manh Tuong, MD.Msc.



Prof. STÉPHANIE HUBERLANT-BALAS

CHU Caremeau - Nimes - France

DIPLOMAS

- Multiple diplomas in gynecology, obstetrics, reproductive medicine, and operative techniques from University of Montpellier-Nimes and other French institutions
- 2011: Master II in Surgical Sciences, University of Paris XI and University of Montpellier-Nimes
- 2013: Medical practice thesis, University of Montpellier-Nimes
- 2016: PhD in Chemical and Biological Sciences for Health, University of Montpellier
- 2020: Maitre de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier in Gynecology-Obstetrics, University of Montpellier-Nimes
- 2022: Clinical Manager, Assisted Reproductive Center, CHU Caremeau, Nîmes

EXPERIENCE

- Past roles in gynecology and obstetrics at CHU Caremeau and Foch Hospital, Suresnes
- Expertise in reproductive medicine, fertility surgery, ultrasound, obstetrics
- Co-founder of "Womed Tech" for women's health devices
- 2020: Member of the Board, Clinical Research Department, CHU Caremeau
- Since 2022: Clinical Manager of Reproductive Medicine, CHU Caremeau

PUBLICATIONS

- SIGAPS score (2024): 403
- 33 publications indexed in PubMed, with topics including fertility preservation, uterine synechia, robotic surgery, and educational simulation
- Recent high-impact publications:
- Live birth rates following fertility preservation (2022)
- Systematic reviews on IVF outcomes and intrauterine adhesion prevention
- Co-author of a patent on a medical device to prevent adhesions

AWARDS & DISTINCTIONS

- Multiple presentations at national and international conferences (ESHRE, SEUD)
- Key research projects: TRABLAN, PREG1, MICROFIV
- Grant recipient for research on adenomyosis management (CNGOF 2023)
- Active participation in national clinical trials on reproductive health and surgery

Prof. Stephanie Huberlant



TTND.PGS.TS LÊ HOÀNG

Giám đốc Trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1985 -1990 : Bác sĩ - Ngoại sản - Trường Đại học Y Hà Nội
- 1996 - 1999 : Thạc sĩ Y học - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2001 - 2002: Bác sĩ nội trú - Cộng hòa Pháp
- 2002 - 2004: Tiến sĩ Y học - Trường Đại học Y Hà Nội
- 2005 - 2007: Bác sĩ chuyên khoa II - Trường Đại học Y Hà Nội

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 1991–2017: Bác sĩ Sản phụ khoa - Bệnh viện Phụ sản TW
- 1998 – 2007: Phó phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Phụ sản TW
  Từ 2007 – 2017: Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 06/2011 – 2017: Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia
- 07/2003 – 2017: Phó Giám đốc - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- 2016: Được phong Phó Giáo sư
- 2017: Nhận danh hiệu "Thầy thuốc nhân dân"
- 2017 - nay: Giám đốc TT Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện ĐK Tâm Anh

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả, đồng tác giả 30 bài báo đăng trên các tạp chí uy tín trong nước và quốc tế
- Chủ biên, tham gia biên soạn 07 cuốn sách

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2005: Bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y Tế
- 2008: Bằng khen của Sở Y tế tỉnh Lai Châu
- 2009: Bằng khen của Thủ tướng Chính phủ năm 2009. Kỉ niệm chương Vì thế hệ trẻ
- 2010: Thầy thuốc ưu tú
- 2012: Giấy khen của Sở Y tế Ninh Bình
- 2013: Kỉ niệm chương Vì sức khỏe nhân dân
- 2015: Bằng khen của UBND tỉnh Vĩnh Phúc
- 2015: Huân chương lao động Hạng III
- 2016: Bằng khen của UBND tỉnh Lào Cai
- 2016: Phong tặng danh hiệu Thầy thuốc nhân dân
- 2018: Danh hiệu Hội viên danh dự của Hiệp hội Sản phụ khoa Pháp (Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Francais)

FVCOG2024

VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG MẠN TÍNH TRONG VÔ SINH

PGS.TS.BS. LÊ HOÀNG

Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

FVCOG2024

ĐẶT VẤN ĐỀ

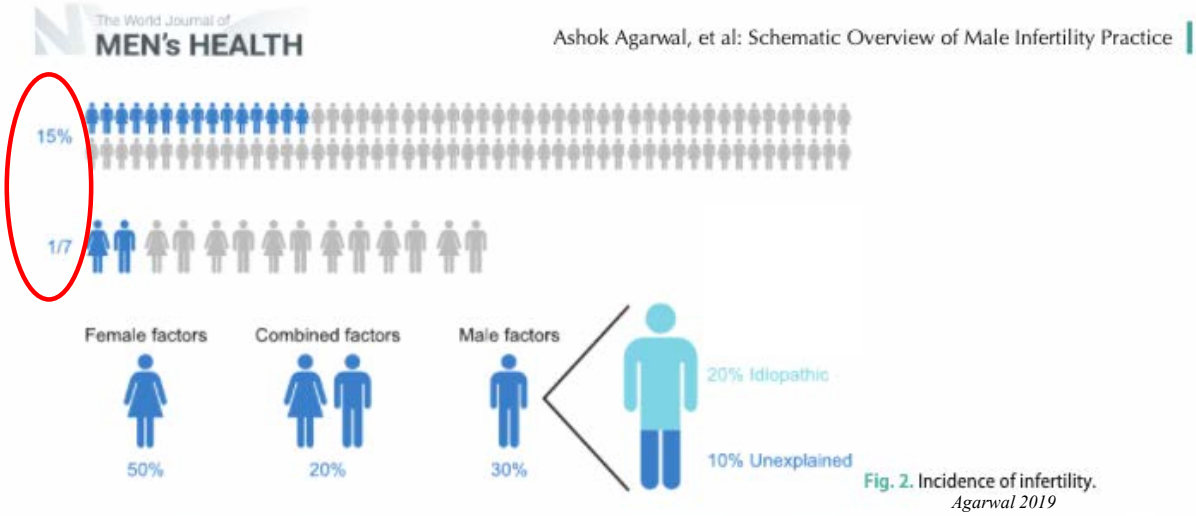
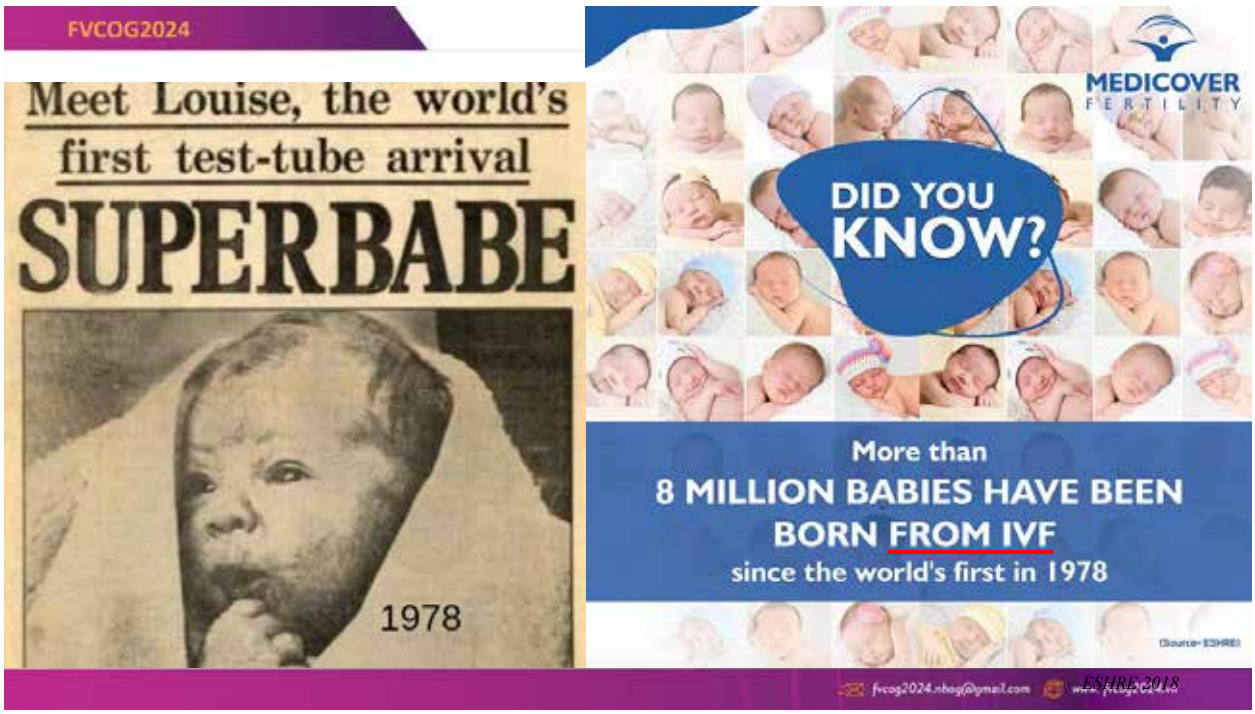
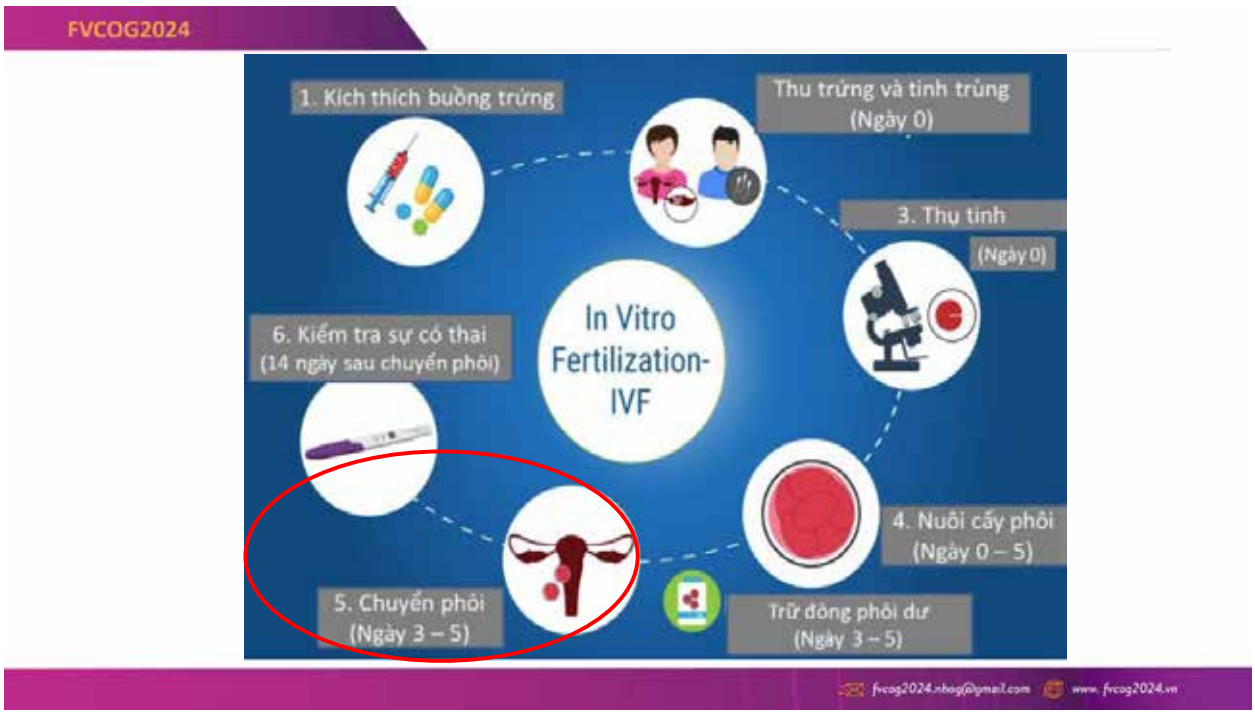


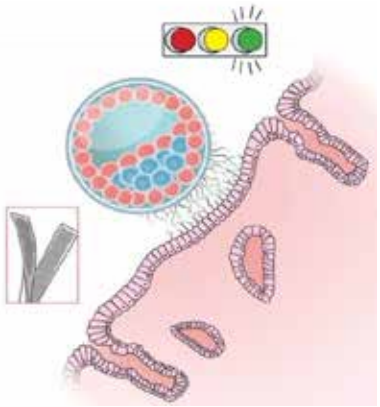
Fig. 2. Incidence of infertility.
Agarwal 2019

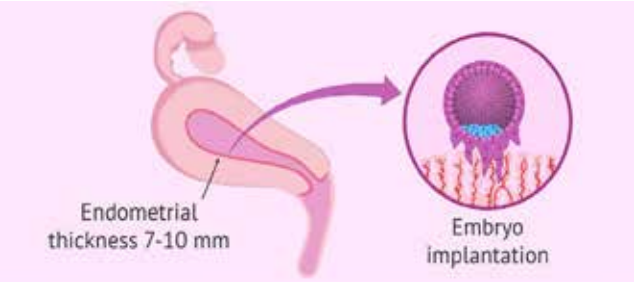
fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

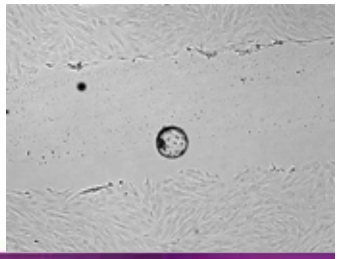

FVCOG2024
Meet Louise, the world's first test-tube arrival
SUPERBABE
1978
MEDICOVER FERTILITY
DID YOU KNOW?
More than
8 MILLION BABIES HAVE BEEN BORN FROM IVF
since the world's first in 1978
ESHRE 2018


FVCOG2024
1. Kích thích buồng trứng
Thu trứng và tinh trùng (Ngày 0)
3. Thụ tinh (Ngày 0)
In Vitro Fertilization-IVF
4. Nuôi cấy phôi (Ngày 0 – 5)
Trữ đông phôi dư (Ngày 3 – 5)
5. Chuyển phôi (Ngày 3 – 5)
6. Kiểm tra sự có thai (14 ngày sau chuyển phôi)

- Tỉ lệ thành công của chuyển phôi phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố
- 2 yếu tố quan trọng nhất: Chất lượng phôi và nội mạc tử cung (NMTC) *Paulson 1990, Veleva 2013 .*
- Sự tương tác, đồng bộ giữa phôi và NMTC

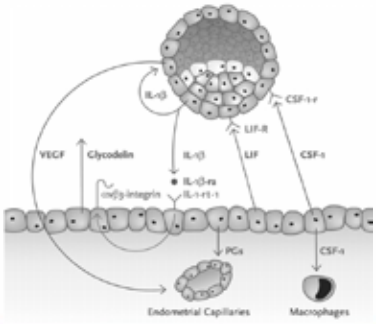


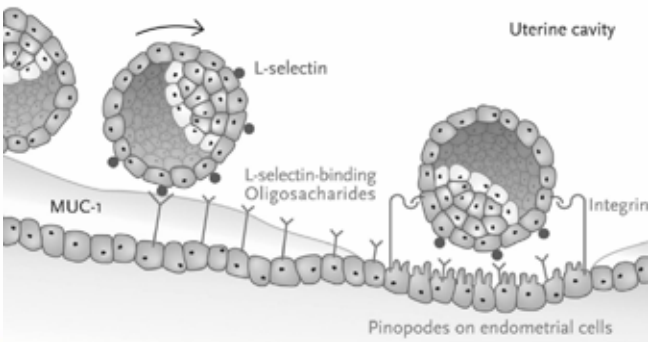




Thất bại làm tổ: khoảng ⅓ là do phôi còn ⅔ là do yếu tố NMTC *Craciunas 2019.*







FVCOG2024

- Đã có rất nhiều bước tiến trong nuôi cấy, lựa chọn nhằm cải thiện chất lượng phôi
- 10-15% NB thất bại làm tổ liên tiếp (RIF) *Margalioth 2006, Busnelli 2020*





FVCOG2024

- Viêm nội mạc tử cung mãn tính (CE) được xác định ở 30,3% RIF
- BN có CE có tỷ lệ làm tổ thấp hơn không mắc *Quaas và Dokras, 2008*
- LBR trung bình của ART ở BN không CE : 53,2% giảm xuống 24% ở nhóm BN có CE
- Chẩn đoán CE dựa vào CD138 trong NMTC được sinh thiết *Cicinelli 2022*



Chronic Endometritis Normal Endometrium

FVCOG2024

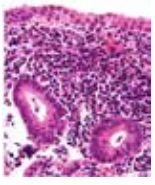
VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG MẠN TÍNH



FVCOG2024

ĐỊNH NGHĨA

- Viêm nội mạc tử cung mạn tính là tình trạng viêm dai dẳng của NMTC do các vi khuẩn gây bệnh như Enterobacteriaceae, Enterococcus, Streptococcus, Staphylococcus, Mycoplasma và Ureaplasma.
- CE có thể do nhiễm khuẩn, tổn thương BTC hoặc có thể không rõ nguyên nhân



FVCOG2024

CƠ CHẾ

- Kích hoạt các quá trình viêm cục bộ với sự thay đổi bài tiết cytokine và chemokine
- Bạch cầu bất thường thâm nhiễm bên trong nội mạc tử cung
- Thay đổi co bóp tử cung
- Khiếm khuyết quá trình màng rụng hoá và khiếm khuyết mạch máu nội mạc tử cung

Amerigo Vitagliano 2022

FVCOG2024

CHẨN ĐOÁN

- Thường không có triệu chứng hoặc có rối loạn nhẹ như chảy máu tử cung bất thường (AUB-abnormal uterine bleeding), đau khi giao hợp, khó chịu vùng chậu và khí hư.
- Không thể xác định CE bằng siêu âm do không có các dấu hiệu siêu âm đặc hiệu

→ CE thường bị bỏ qua hoặc được chẩn đoán ngẫu nhiên trong quá trình chẩn đoán các rối loạn phụ khoa như AUB, vô sinh hoặc đau vùng chậu mãn tính

Giovanni Buzzaccarini 2020

CHẨN ĐOÁN

- ARTs phát triển với nhiều kỹ thuật mới -> làm tăng sự phát hiện CE không có triệu chứng có liên quan đến vô sinh

- CE được tìm thấy ở 40% ở BN vô sinh và có liên quan đến RIF và sản thai liên tiếp
  - *Moreno 2018*

CHẨN ĐOÁN

- Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán CE là nhuộm tế bào plasma syndecan-1 (CD138) trên các phần mô nội mạc tử cung
- Tuy nhiên, số lượng tế bào plasma trên mỗi mẫu/khu vực hoặc trường kính hiển vi để chẩn đoán CE vẫn còn tranh cãi

Amerigo Vitagliano 2022c

Recurrent implantation failure		
Johnston-MacAnanny et al., 2010	10/33 (30.3)	>one CD138$^+$ cells/HPF
Cicinelli et al., 2015	61/106 (57.5)	H&E > one plasma cell/HPF
Bouet et al., 2016	6/43 (14.0)	at ive CD138+ cells/10 HPF

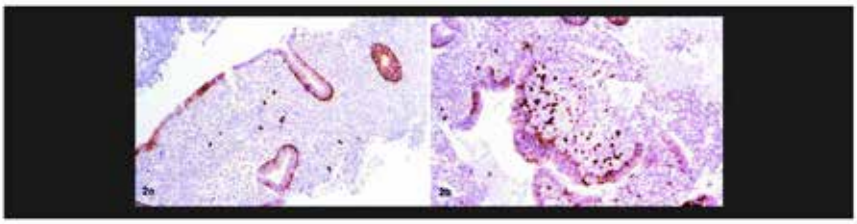
fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

- Phương pháp nhuộm truyền thống bằng hematoxylin và eosin (H&E) không đủ chính xác để làm nổi bật các tế bào plasma nội mạc tử cung do sự tương đồng về hình thái với nguyên bào sợi.
- Nhuộm hóa mô miễn dịch với CD138 có ít sự khác biệt giữa các nhà mô bệnh học trong việc phát hiện các tế bào plasma và đã trở thành tiêu chuẩn để chẩn đoán CE

Giovanni Buzzaccarini 2020

Figure 2.



a, Endometrium containing a small number of plasma cells highlighted with syndecan-1 immunohistochemistry (syndecan-1, original magnification ×10. b, Endometrium containing abundant plasma cells highlighted with syndecan-1 immunohistochemistry (syndecan-1, original magnification ×10)

FVCOG2024

THỜI ĐIỂM VÀ PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT

- Thời điểm và phương pháp lấy mẫu NMTC có thể ảnh hưởng đến chẩn đoán CE.
- ESPC (endometrial stromal plasmacytes) có thể bị bỏ sót trong các mẫu sinh thiết nhỏ.
- 1 số trường hợp, ESPC chỉ được xác định ở lớp đáy nội mạc tử cung.

→ Tỷ lệ không phát hiện được ESPC cao hơn ở các mẫu NMTC trong giai đoạn bài tiết so với giai đoạn tăng sinh.

→ Tỷ lệ chẩn đoán CE trong giai đoạn tăng sinh cao hơn trong giai đoạn bài tiết

Kitaya 2018

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

- Chưa có sự đồng thuận về số lượng CD138 để chẩn đoán xác định CE trong sinh thiết nội mạc tử cung.
- Các nghiên cứu gần đây → CE có thể được chẩn đoán bằng phân tích hệ vi sinh vật trong tử cung → cơ sở để đưa ra xét nghiệm thương mại cho CE

Editorial > *Fertil Steril* (IF: 7.33; Q1). 2022 Oct;118(4):637-638.
doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.08.017. Epub 2022 Sep 6.

Chronic endometritis and embryo implantation: the great illusion

Dominique de Ziegler [1]

Affiliations + expand

PMID: 36070982 DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.08.017

ALICE Analysis of Infectious Chronic Endometritis

ALICE detects the bacteria causing chronic endometritis to improve your patient's reproductive prognosis

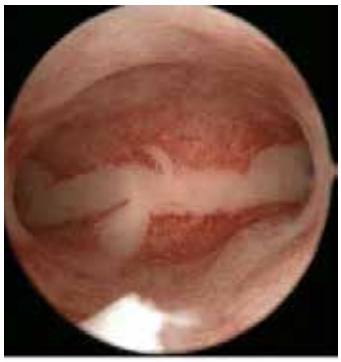
> *Fertil Steril* (IF: 7.33; Q1). 2019 Apr;111(4):772-779. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.12.007.
Epub 2019 Jan 22.

Correlation between hysteroscopy findings and chronic endometritis

Dongmei Song [1], Tin-Chiu Li [2], Yun Zhang [3], Xiangdong Feng [4], Enlan Xia [1], Xiaowu Huang [1], Yu Xiao [1]

Affiliations + expand

PMID: 30683588 DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.12.007
Free article



Chronic Endometritis

Soi buồng tử cung chỉ chẩn đoán CE được 67%

→ không được sử dụng để thay thế mô học

→ nên sinh thiết NMTC với những trường hợp nghi ngờ CE trên soi buồng tử cung

FVCOG2024

Suspected CE images indicate biopsy for histopathology and immunohistochemical staining with CD138

(A) Diffuse endometrial hyperemia >50% of uterine cavity

(B) Focal endometrial hyperemia <50% of cavity, diameter ≥2 cm

(C) Dilated superficial and subepithelial endometrial vessels

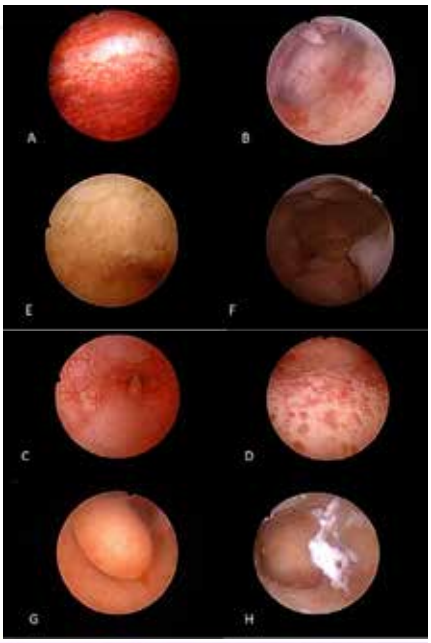
(D) >5 hemorrhagic spots, 1-5 mm or <2 cm and >5 mm diameter

(E) Focal/diffuse micropolyps <1 mm diameter

(F) Polypoid endometrial hyperplasia, non-homogeneous thickness, no clear pedicle

(G) Endometrial polyp, conical/finger-like, distinct stem and vascular axis

(H) Intrauterine mucus, clumped, difficult to flush out



HaiLing Liu, Journal of Minimally Invasive Gynecology. Vol 27, No 5, July/August 2020

FVCOG2024

YẾU TỐ NGUY CƠ

- CE không liên quan đến tuổi, tiền sử sản khoa, số lần sảy thai
- CE tăng lên ở RIF 40,8% và AUB 40,7% *Song et al 2021*
- Trong thăm khám vô sinh, tỉ lệ CE từ 5% - 30 % phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán
- CE thường phát hiện liên quan đến các bệnh lý BTC (polyps, UXTC, dính BTC, dụng cụ TC, sót các tổ chức thai ….)

Received: 11 November 2020 | Revised: 15 December 2020 | Accepted: 4 January 2021
DOI: 10.1111/aji.13392

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Analysis of the therapeutic effects of hysteroscopic polypectomy with and without doxycycline treatment on chronic endometritis with endometrial polyps

Keiji Kuroda[1,2] | Satoru Takamizawa[1] | Hiroshi Motoyama[3] | Ryo Tsutsumi[3] | Rie Sugiyama[3] | Koji Nakagawa[1] | Rikikazu Sugiyama[1] | Yasushi Kuribayashi[3]

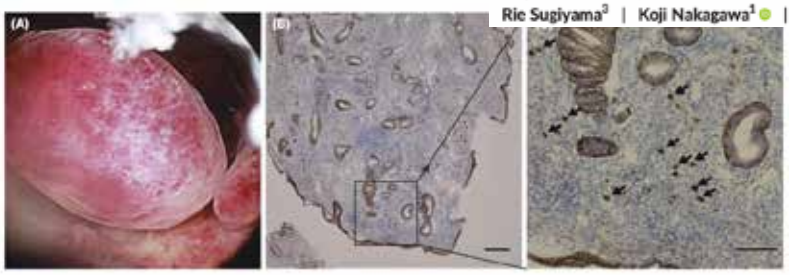


FIGURE 3 Endometrial polyps and immunohistochemistry for CD138. (A) Endometrial polyps at hysteroscopic surgery. (B) Plasma cells are identified in brown according to the immunohistochemistry for CD138. Scale bar = 200 μm. (C) Magnified image of (B). Plasma cells were immunostained by CD138-staining (black arrows). Scale bar = 100 μm

92,6% BN vô sinh có polyp BTC có CE kết hợp

FVCOG2024

2022

- Polyps và dính BTC là những yếu tố nguy cơ của CE

ORIGINAL ARTICLES: REPRODUCTIVE SURGERY

Prevalence of and risk factors for chronic endometritis in patients with intrauterine disorders after hysteroscopic surgery

Keiji Kuroda, M.D., Ph.D.,[a,b] Akina Yamanaka, M.D.,[a,c] Satoru Takamizawa, M.D., Ph.D.,[a] Kazuki Nakao, M.D.,[a] Yasushi Kuribayashi, M.D., Ph.D.,[d] Koji Nakagawa, M.D., Ph.D.,[a] Shuko Nojiri, Ph.D.,[e,f] Hirotaka Nishi, M.D., Ph.D.,[f] and Rikikazu Sugiyama, M.D., Ph.D.[a]

[a] Center for Reproductive Medicine and Implantation Research, Sugiyama Clinic Shinjuku, Tokyo, Japan; [b] Department of Obstetrics and Gynecology, Juntendo University Faculty of Medicine, Tokyo, Japan; [c] Department of Obstetrics and Gynecology, Tokyo Medical University, Tokyo, Japan; [d] Center for Reproductive Medicine and Endoscopy, Sugiyama Clinic Marunouchi, Tokyo, Japan; [e] Medical Technology Innovation Center, Juntendo University, Tokyo, Japan; and [f] Clinical Research and Trial Center, Juntendo University Hospital, Tokyo, Japan

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

ĐIỀU TRỊ



Fertility and Sterility
Volume 101, Issue 4, April 2014, Pages 1026-1030

Original article

Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise

Dana B. McQueen M.D. [a], Lia A. Bernardi M.D. [a,b], Mary D. Stephenson M.D., M.Sc. [a,b,*]

Conclusion(s)

There was a high prevalence of chronic endometritis in this cohort. The test of cure was 100% with antibiotics. Subsequent LBRs after treatment were encouraging.

Randomized Controlled Trial > *Fertil Steril* (IF: 7.33; Q1). 2021 Jun;115(6):1549-1556. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.12.019. Epub 2021 Feb 3.

Impact of antibiotic therapy on the rate of negative test results for chronic endometritis: a prospective randomized control trial

Dongmei Song [1], Yanfei He [2], Yixuan Wang [3], Ziyu Liu [4], Enlan Xia [1], Xiaowu Huang [1], Yu Xiao [1], Tin-Chiu Li [5]

Affiliations + expand
PMID: 33549312 DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.12.019
Free article

Conclusion: A course of broad-spectrum oral antibiotic therapy for 14 days is effective in the treatment of CE in >89.8% of cases. However, it is not yet clear whether treatment improved pregnancy outcomes.

FVCOG2024

- Doxycycline 100mg, 2 lần/ngày x 14 ngày.
- Kháng Doxycycline: sử dụng kết hợp ofloxacin 400 mg, 2 lần/ngày x 14 ngày và metronidazole 500 mg 2 lần/ngày x 14 ngày

Kitaya 2018



Fertility and Sterility
Volume 118, Issue 2, August 2022, Pages 347-348

Reflections

Management of chronic endometritis before in vitro fertilization: lights and shadows

Ettore Cicinelli M.D. [a], Giuseppe Trojano M.D. [b], Amerigo Vitagliano M.D. [c]

93% khỏi bệnh sau điều trị Doxycycline 14 ngày

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

ELSEVIER

Fertility and Sterility
Volume 109, Issue 3, Supplement, March 2018, Page e19



Poster presentation

Empiric antibiotic treatment of suspected chronic endometritis does not improve sustained implantation rates following failed euploid frozen embryo transfer (FET)

R. Chattopadhyay [a], S.A. Neal [b, c], C.R. Juneau [b, c], J. Landis [d], S.J. Morin [b, c], M.D. Werner [a, b], R.T. Scott [a, b, c]

Điều trị bằng kháng sinh theo kinh nghiệm đối với trường hợp nghi ngờ VNMTC mạn tính không cải thiện kết quả có thai với những bệnh nhân có tiền sử chuyển phôi thất bại trước đó.

FVCOG2024

TỔNG HỢP Y VĂN

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

FVCOG2024

JOURNAL ARTICLE

Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotic therapy

Ettore Cicinelli, Maria Matteo, Raffaele Tinelli, Achiropita Lepera, Raffaello Alfonso, Ugo Indraccolo, Sonia Marrocchella, Pantaleo Greco, Leonardo Resta

Human Reproduction, Volume 30, Issue 2, February 2015, Pages 323–330,
https://doi.org/10.1093/humrep/deu292
Published: 10 November 2014 **Article history**

61 BN CE (chẩn đoán bằng soi BTC + mô học) đã điều trị, chia thành 2 nhóm dựa trên kết quả mô học và soi BTC lần cuối:

- Nhóm 1: 46 BN có soi BTC + mô học bình thường
- Nhóm 2: 15 BN có CE dai dẳng trên soi BTC + mô học

	Group 1 (n = 46)	Group 2 (n = 15)	P-value
Age (years)	31.7 ± 4.2	32.0 ± 4.6	NS
Partner age (years)	33.9 ± 5.4	34.6 ± 4.7	NS
BMI (Kg/m^2)	23.0 ± 1.9	22.9 ± 2.1	NS
Smokers (%)	26	27	NS
FSH day 3 mUI/ml	7.1 ± 1.6	7.1 ± 1.7	NS
No. of previous IVF attempts	4.1 ± 1.0	4.1 ± 0.9	NS
No. of embryos transferred	1.95 ± 0.5	1.93 ± 0.4	NS
No. of good quality embryos transferred	1.3 ± 0.4	1.4 ± 0.5	NS
Implantation rate (%)	37	17	NS
Clinical pregnancy rate at first IVF after treatment (%)	65	33	0.039*
LBR at first IVF after treatment (%)	61	13	0.02*
First trimester miscarriage (%)	4	20	NS

FVCOG2024

Received: 17 August 2017 | Accepted: 19 October 2017
DOI: 10.1111/aji.12782

SHORT COMMUNICATION

WILEY

Chronic endometritis in patients with unexplained infertility: Prevalence and effects of antibiotic treatment on spontaneous conception

Ettore Cicinelli[1] | Maria Matteo[2] | Gluseppe Trojano[1] | Paola C. Mitola[1] | Raffaele Tinelli[3] | Amerigo Vitagliano[4] | Francesco M. Crupano[1] | Achiropita Lepera[1] | Giuseppe Miragliotta[5] | Leonardo Resta[6]

- Group 1: negative for CE at hysteroscopy and histology at first evaluation
- Group 2: women with CE but with resolution of CE after antibiotic treatment
- Group 3: women with persistence of CE after antibiotic treatment

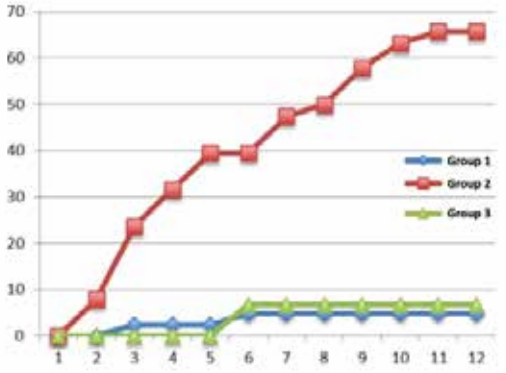


FIGURE 2 The monthly percentage of women starting an ongoing pregnancy hesitating in live birth in the year after hysteroscopy/antibiotic therapy (stratified per Groups)

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

- CE gồm 2 loại:
- CE nhẹ (1–4 tế bào plasma/HPF)
- CE nặng (≥5 tế bào plasma/HPF).
- Liệu pháp kháng sinh được dùng cho tất cả CE nặng và một số CE nhẹ.
- Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về kết quả IVF giữa phụ nữ không có và có CE nhẹ.
- CE nặng có tỷ lệ thấp hơn về tỷ lệ làm tổ (32,3% so với 51,6%), có thai lâm sàng (42,3% so với 65,7%) và tỷ lệ sinh sống (30,7% so với 52,1%) khi so với CE nhẹ.

→ CE nhẹ không có tác động tiêu cực đến kết quả IVF


Fertility and Sterility

Consistent evidence on the detrimental role of severe chronic endometritis on in vitro fertilization outcome and the reproductive improvement after antibiotic therapy: on the other hand, mild chronic endometritis appears a more intricate matter

Review > *Diagnostics (Basel)* (IF: 5.25; Q2). 2022 Sep 18;12(9):2250.
doi: 10.3390/diagnostics12092250.

Chronic Endometritis in Infertile Women: Impact of Untreated Disease, Plasma Cell Count and Antibiotic Therapy on IVF Outcome–A Systematic Review and Meta-Analysis

Amerigo Vitagliano [1], Antonio Simone Laganà [2], Dominique De Ziegler [3], Rossana Cicinelli [1], Carla Mariaflavia Santarsiero [1], Giovanni Buzzaccarini [4], Vito Chiantera [2], Ettore Cicinelli [1], Marco Marinaccio [1]

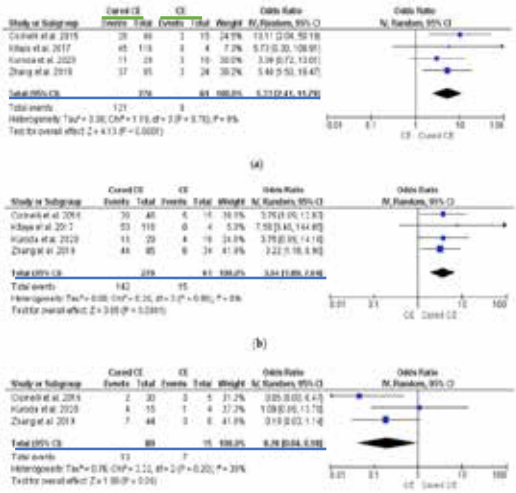
Affiliations + expand

PMID: 36140651 PMCID: PMC9498271 DOI: 10.3390/diagnostics12092250
Free PMC article

4145 bệnh nhân (10 nghiên cứu)

FVCOG2024

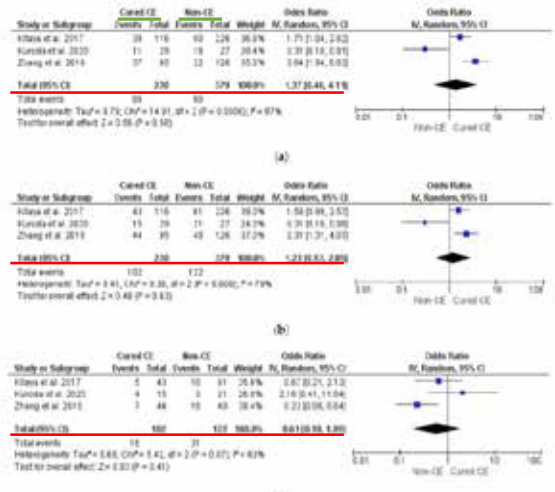
Figure 3



Pooled data analysis comparing CE versus cured CE: (a) ongoing pregnancy rate/live birth rate; (b) clinical pregnancy rate; (c) miscarriage rate [4,8,37,38]

FVCOG2024

Figure 4



Pooled data analysis comparing non-CE versus cured CE: (a) ongoing pregnancy rate/live birth rate; (b) clinical pregnancy rate; (c) miscarriage rate [8,12,34]

TRUNG TÂM IVFTA HÀ NỘI

IVFTA

QUY TRÌNH

ET thất bại > 2 lần liên tiếp

↓

Hysteroscopy

↓

Sinh thiết NMTC nếu có hình ảnh nghi ngờ CE

↓

H&E and CD138

↓

Điều trị kháng sinh

FVCOG2024

ĐIỀU TRỊ

H&E and CD138

↓

≥ 5 tương bào/10 HPF

↓

Điều trị theo khuyến cáo

↓

1st Line: Doxycycline 100 mg x 2/ ngày x 14 ngày

↓

2nd Line: Ciprofloxacin 500 mg twice daily + Metronidazole 500 mg x 2/ngày x 14 ngày

↓

3rd Line: Augmentin 500 mg x 2/ngày x 10 ngày

https://doi.org/10.1016/j.xinn.2024.100073

FVCOG2024

KẾT QUẢ (1/2023 – 5/2024)

H&E and CD138
228

CE
77 (33.8%)

Pregnancy
39/71 (54.9%)

ET fails at least twice consecutively

↓

Hysteroscopy (Uterine Endoscopy)

↓

Biopsy if CE (Chronic Endometritis) is suspected

↓

H&E and CD138 Staining

↓

Antibiotic treatment

KẾT LUẬN

1. CE là 1 nguyên nhân thất bại của IVF
2. Soi buồng tử cung là phương pháp sàng lọc CE hiệu quả
3. Chẩn đoán CE bằng phương pháp nhuộm hoá mô miễn dịch CD138 với nội mạc tử cung được sinh thiết
4. Liệu pháp kháng sinh có hiệu quả trong điều trị CE
5. Điều trị CE bằng liệu pháp kháng sinh là 1 phương pháp cải thiện kết quả IVF





HỖ TRỢ PHA HOÀNG THỂ[1] ĐIỀU TRỊ DỌA SẨY THAI & SẨY THAI LIÊN TIẾP[2] DỰ PHÒNG SINH NON[3]

1,2,3 Tài liệu dựa trên "Thông tin kê toa sản phẩm UTROGESTAN®"

4. The ESHRE Guideline Group On Ovarian Stimulation. ESHRE guideline: ovarian stimulation for IVF/ICSI. Hum Reprod Open 2020;2020(2):hoaa009

5. Recurrent Pregnancy Loss Guideline Development Group, Recurrent Pregnancy Loss, Guideline of ESHRE, Update 2022.

6. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management, NICE 2021.

7. NICE. Clinical guideline [NG25] Preterm labour and birth, 2023.

Số đăng ký sản phẩm: 840110179823 được cấp bởi Cục Quản lý Dược theo Quyết định số 489/QĐ-QLD, ngày 14/07/2023

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life



PGS.TS HỒ SỸ HÙNG

Phó Giám Đốc Trung tâm
Hỗ trợ sinh sản Quốc gia -
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1999: Tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú
- 2003 - 2005: Thực tập nội trú FFI
- 2014: Tiến sĩ năm
- 2018: Phó Giáo sư

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- Từ năm 2005 - nay: Giảng viên Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hà Nội
- Từ năm 2010 - 2013: Phó phòng Đào tạo - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
- Từ năm 2013 - nay: Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Nhiều bài báo tạp chí quốc tế và tạp chí chuyên ngành
- Chủ biên 4 cuốn sách về vô sinh
- Tham gia biên soạn 8 sách chuyên ngành và sách giáo khoa chuyên ngành
- Tham gia các báo cáo tại Aspire, Asia Core, IVF expert meeting, vô sinh và nhiều hội nghị chuyên ngành
- Tham dự các hội nghị ASRM, ESHRE, Aspire

PGS.TS. Hồ Sỹ Hùng



TS.BS LÊ THỊ MINH CHÂU

Trưởng khoa Hiếm muộn - Bệnh viện Từ Dũ

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 2003: Tốt nghiệp y Khoa
- 2010: Tốt nghiệp Thạc sĩ về hỗ trợ sinh sản tại Anh quốc
- 2013: Tập huấn về TTTON tại Trung tâm TTTON NYU, New York, Mỹ
- 2015: Chứng nhận về quản lý chất lượng, Úc
- 2020: Tiến sĩ Yhọc

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

Từ năm 2004 đến nay làm việc tại Bệnh viện Từ Dũ

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tác giả và đồng tác giả 13 bài báo báo đăng trên các tạp chí uy tín Quốc tế và trong nước.
- 26 Báo cáo tại các hội nghị trong và ngoài nước.

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- 2014 Bằng khen Ủy ban nhân dân Thành Phố - Quyết định số 2725/QĐ-QĐUB ngày 09 tháng 06 năm 2015 của Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Hồ Chí Minh
- 2019 Bằng khen Ủy ban nhân dân Thành Phố - Quyết định số 1797 /QĐUB ngày 10 tháng 05 năm 2019 của Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Hồ Chí Minh
- 2020 Bằng khen của LĐLĐ TP.HCM trong phong trào thi đua Lao động giỏi - Lao động sáng tạo - Bằng khen của LĐLĐ TP.HCM trong phong trào thi đua Lao động giỏi - Lao động sáng tạo.
- 2021 Bằng khenỦy ban nhândân Thành Phố -Quyếtđịnhsố 2461/QĐUB ngày 06 tháng 07 năm 2021 của Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Hồ Chí Minh
- 2023 Bằng khen Ủy ban nhân dân Thành Phố --Quyết định số 3842/QĐUB ngày 18 tháng 08 năm 2023 của Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Hồ Chí Minh

FVCOG2024

PCOS VÀ CÁC RỐI LOẠN NỘI MẠC TỬ CUNG LIÊN QUAN

TS.BS. Lê Thị Minh Châu

Trưởng khoa Hiếm muộn - Bệnh viện Từ Dũ



TS.BS. LÊ THỊ MINH CHÂU

** Trưởng khoa Hiếm muộn - Bệnh viện Từ Dũ*



FVCOG2024

- PCOS là rối loạn nội tiết: 6-10%
- Chẩn đoán:
  - Rối loạn phóng noãn
  - PCOM
  - Cường androgen
- Đồng thuận: vô sinh liên quan đến HC do RLPN: loại trừ
- Các kiểu hình chính PCOS
  - Đầy đủ
  - Không cường androgen
  - Không PCOM
  - Không rối loạn phóng noãn

- Hai yếu tố quan trọng thai kỳ thành công
  - Chuyển đổi NMTC chấp nhận phôi
  - Màng rụng hóa (sự biệt hóa do P4 gây ra) của các tế bào sợi mô đệm với các thụ thể miễn dịch cho phôi làm tổ (Evans et al., 2016)

- Bất thường trong quá trình màng rụng hóa gây rối loạn làm tổ: thất bại làm tổ, sẩy thai, TSG, sanh non (Diedrich et al., 2007; Cakmak and Taylor, 2011; Palomba et al., 2015; Evanset al., 2016)

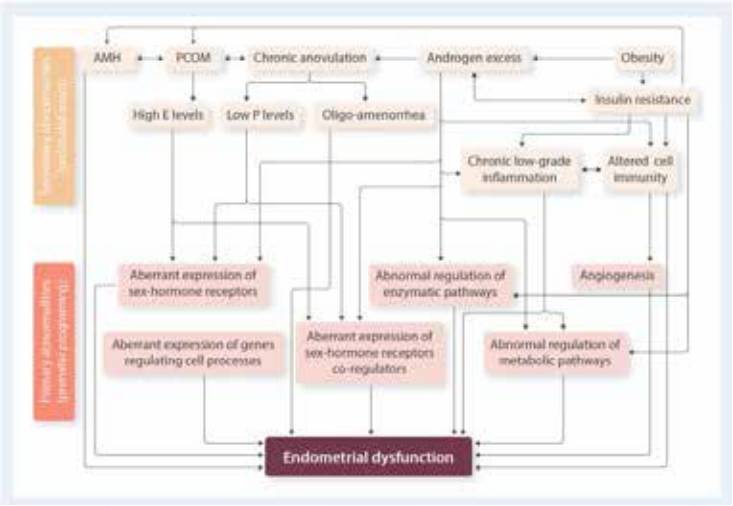
FVCOG2024

- Có phải chức năng NMTC thay đổi trong PCOS?
- Các đặc tính lâm sàng PCOS có ảnh hưởng lên NMTC?
- Có chứng cứ y học nào can thiệp cải thiện chức năng NMTC?

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NMTC VÀ BẤT THƯỜNG THỨ PHÁT LIÊN QUAN ĐẾN ĐẶC TÍNH PCOS



FVCOG2024

Table I Main experimental data supporting a primary endometrial alteration in women with PCOS.

Aberrant expression of sex-hormones receptors
Enhanced ERx expression
Suppressed total PR expression
Enhanced PR and suppressed PRß expression
Aberrant PR/PRß isoforms expression
Aberrant PR function
Enhanced AR expression
Aberrant expression of sex-hormone receptors coregulators
Enhanced TIF2 and AIBI ER coactivators expression
Enhanced GP-ER ER coactivator expression
Downregulation of GRP-78 ER coregulator
Downregulation of MUCI PR coregulators expression
Downregulation of PGRMCI and 2 PR coregulators expression
Enhanced AR coactivators (AIBI, intermediary factor-2, p-160, ARA70, MAGEAII)
Abnormal regulation of enzymatic pathways
Downregulation of 17B-HSD expression
Upregulation of HSD type I expression
Upregulation of sulfatase activity
Downregulation of sulfotransferase activity
Upregulation of 5x-reductase
Upregulation of 3B-HSD type 2 expression
Increased HSD typel/type 2 ratio
Abnormal regulation of metabolic pathways
Increased conversion of EI to E2
Increased conversion of DHEA to androstenediol
Increased conversion of T to DHT
Reduced expression and function of InR, InR-SI, InR-S2, and IGF-BPI Reduced expression and function of the glucose transport pathways (GLUT-4, GLUT-I, GLUT-12, ASI 60, and MEF-2A)
Decreased activation of the PI3K/Akt pathway
AIBI, amplified in breast I; Akt, PKB; AR, androgen receptor; ARA70, androgen re- ceptor-associated protein 70; AS160, Akt substrate of 160 kDa BP, binding protein, DHEA, dehydroepiandrosterone; DHT, di-hydro-testosterone; EI, estrone; E2, es- tradiol; ER, estrogen receptor, GLUT, glucose transporter, GP-ER, G protein-coupled estrogen receptor, GRP-78, glucose-regulated protein 78; HSD, hydroxysteroid dehy drogenase; IGF, insulin growth factor, InR, insulin receptor, InRS, insulin receptors substrate; MAGEAII, melanoma-associated antigen 11; MEF-2A, myocyte enhancer factor ZA; MUCI, mucin I; PGRMC, progesterone receptor membrane component; PI3K, phosphoinositide 3-kinase; PR, progesterone receptor; T, testosterone; TIF2, transcriptional intermediary factor 2.

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

DỮ LIỆU LÂM SÀNG?

Human Reproduction Update, Vol.21, No.5 pp. 575–592, 2015
Advanced Access publication on June 27, 2015 doi:10.1093/humupd/dmv029

human reproduction update

Pregnancy complications in women with polycystic ovary syndrome

Stefano Palomba[1,*], Marlieke A. de Wilde[2], Angela Falbo[1], Maria P.H. Koster[2], Giovanni Battista La Sala[1,3], and Bart C.J.M. Fauser[2]

[1]Unit of Gynecology & Obstetrics, IRCCS - Arcispedale Santa Maria Nuova, Viale Risorgimento 80, Reggio Emilia 42123, Italy [2]Department of Reproductive Medicine & Gynecology, University Medical Center Utrecht, Heidelberglaan 100, Utrecht 3584 CX, The Netherlands [3]University of Modena and Reggio Emilia, Via Università 4, Modena 41100, Italy

*Correspondence address. E-mail: stefanopalomba@tin.it

Submitted on September 25, 2014; resubmitted on May 31, 2015; accepted on June 4, 2015

FVCOG2024

Table I. Main data synthesis from three published meta-analyses on pregnancy complications in women with PCOS.

Outcome	Boomsma et al. (2006)	Kjerulff et al. (2011)	Qin et al. (2013)
Maternal			
PIH	3.67 (1.98–6.81)	4.07 (2.75–6.02)	3.07 (1.82–5.18)
PE	3.47 (1.95–6.17)	4.23 (2.77–6.46)	3.28 (2.06–5.22)
GDM	2.94 (1.70–5.08)	2.82 (1.94–4.11)	2.81 (1.99–3.98)
Preterm delivery	1.75 (1.16–2.62)	2.20 (1.59–3.04)	1.34 (0.56–3.23)
Neonatal			
SGA	1.16 (0.31–5.12)	2.62 (1.35–5.10)	—
LGA	—	1.56 (0.92–2.64)	—
Macrosomia	1.13 (0.73–1.75)	—	—

Data are ORs (95% CIs).
GMD, gestational diabetes mellitus; LGA, large for gestational age; PE, pre-eclampsia; PIH, pregnancy-induced hypertension; SGA, small for gestational age.

FVCOG2024

> Reprod Biomed Online. 2020 Feb;40(2):201-206. doi: 10.1016/j.rbmo.2019.11.001. Epub 2019 Nov 14.

Factors related to early spontaneous miscarriage during IVF/ICSI treatment: an analysis of 21,485 clinical pregnancies

Zhiqin Bu [1], Linli Hu [1], Yingchun Su [1], Yihong Guo [1], Jun Zhai [1], Ying-Pu Sun [2]

Table 2. Early spontaneous miscarriage rate in different groups compared with Male Factor patients after stratified by age

	< 35		≥35	
	Miscarriage Rate	P	Miscarriage Rate	P
Uterus malformation	14.44%(26/180)	0.027	25.64%(10/39)	0.223
Male factor	9.47%(413/4363)		17.79%(87/489)	
PCOS	11.43%(491/4296)	0.003	17.63%(70/397)	0.951
Male factor	9.47%(413/4363)		17.79%(87/489)	
Endometriosis	10.18%(87/855)	0.519	21.74%(50/230)	0.209
Male factor	9.47%(413/4363)		17.79%(87/489)	

Note: PCOS: polycystic ovarian syndrome

CHẤT LƯỢNG TRỨNG?

FVCOG2024

Table 2 Comparison of cycle outcomes among four PCOS phenotypes and control group.

	Phenotype A (n = 168)	Phenotype B (n = 103)	Phenotype C (n = 83)	Phenotype D (n = 32)	Control group (Male factor) (n = 350)	*P-value
Stimulation protocol, n (%)						
Long agonist	79 (47)	79 (76.7)[a,b,c]	39 (47)[b]	17 (53.1)[c]	318 (90.9)	<0.001
Antagonist	89 (53)	24 (23.3)	44 (53)	15 (46.9)	32 (9.1)	
No. of gonadotropin ampoules (mean ± SD)	22.1 ± 11.8[a]	25.3 ± 9.8	22.7 ± 7.3[a]	23.3 ± 7.2	26.8 ± 9.8	<0.001
Stimulation duration (days) (mean ± SD)	10.1 ± 2.3	10.4 ± 2.1	10.3 ± 1.9	10.3 ± 2.1	10.8 ± 2.1	NS
No. of follicles ≥ 12 mm (mean ± SD)	15.6 ± 11.0[a,b]	12.4 ± 5.0[a]	14.1 ± 7.5[b]	12.7 ± 8.7[a,b]	12.1 ± 6.5	<0.001
No. of retrieved oocytes (mean ± SD)	11.3 ± 6.7	11.0 ± 7.3	11.2 ± 6.3	11.2 ± 7.1	10.1 ± 5.5	NS
No. of MII oocytes (mean ± SD)	9.2 ± 4.7	9.2 ± 5.9	9.2 ± 5.1	9.5 ± 6.2	8.6 ± 5.4	NS
Total no. of embryos (mean ± SD)	7.7 ± 4.5[a]	7.2 ± 4.6[a]	7.6 ± 4.6[a]	7.6 ± 4.4[a]	6.5 ± 4.1[b]	<0.001
No. of transferred embryos (mean ± SD)	2.2 ± 0. [illegible]	2.3 ± ± 0.7	2.1 ± 0.6	2.2 ± 0.5	2.3 ± 0.7	NS
Quality of transferred embryos, n (%)						NS
Good (quality of all transferred embryos was A, B, and AB)	60 (77.9)	55 (76.4)	25 (65.8)	10 (66.7)	176 (63.5)	
Fair (half of transferred embryos were good quality (AC and BC)	12 (15.6)	15 (20.8)	10 (26.3)	4 (26.7)	76 (27.4)	
Poor (quality of all transferred embryos was poor (C and CD)	5 (6.5)	2 (2.8)	3 (7.9)	1 (6.7)	25 (9.0)	
Endometrial thickness on ET day (mean ± SD)	9.9 ± 1.3	9.8 ± ± 1.6	9.6 ± 1.6	9.9 ± 1.2	9.8 ± 1.7	NS
Freeze-all-embryos	83 (49.4)[a]	28 (27.2)[b,c]	40 (48.2)[a]	16 (50.0)[a]	40 (11.4)	<0.001
Cancellation rate (no oocyte, no embryo and abnormal endometrial thickness)	8 (4.8)	3 (2.9)	5 (6.0)	1 (3.1)	35 (10.0)	NS
Fertilization rate (mean ± SD)	0.75 ± 0.22[a]	0.74 ± 0.23[a]	0.77 ± 0.21[a]	0.76 ± 0.22[a]	0.64 ± 0.26	<0.001
Implantation rate (mean ± SD)	0.19 ± 0.31[a]	0.20 ± 0.33[a]	0.23 ± 0.32[a]	0.31 ± 0.32	0.49 ± 0.28	<0.001
Clinical pregnancy rate/ET (%)	25/77 (32.5)	19/72 (26.4)	14/38 (36.8)	8/15 (53.3)	124/275 (45.1)	0.02
Multiple pregnancy rate n (%)	6 (24)	6 (31.6)	5 (35.7)	1 (12.5)	29/124 (23.4)	NS
Miscarriage rate/ET (%)	4/72 (5.2)	0/72 (0)	3/38 (7.9)	1/15 (6.7)	31/275 (11.3)	NS
Live birth rate/ET (%)	21/77 (27.3)	19/72 (26.4)	11/38 (28.9)	7/15 (46.7)	93/275 (33.8)	NS

REJECTED PROOF

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Are Patients with Polycystic Ovarian Syndrome Ideal Candidates for Oocyte Donation?

George Queiroz Vaz,[1,2] Alessandra Viviane Evangelista,[1,2]
Cassio Alessandro Paganoti Sartorio,[2] Maria Cecilia Almeida Cardoso,[2]
Maria Cecilia Erthal,[2] Paulo Gallo,[1,2] and Marco Aurelio Pinho Oliveira[1]

FVCOG2024

CHẤT LƯỢNG PHÔI?

Lack of association between polycystic ovary syndrome and embryonic aneuploidy

Andrea Weghofer, M.D., Ph.D.,[a,b] Santiago Munne, Ph.D.,[c] Serena Chen, M.D.,[d] David Barad, M.D., M.Sc.,[e] and Norbert Gleicher, M.D.[a,e]

TABLE 2

PGD results and cycle outcomes according to female age.

Parameter	Age <38 y			Age ≥38 y		
	PCOS (n = 46)	Controls (n = 60)	P	PCOS (n = 28)	Controls (n = 40)	P
Female age (y)	33.7 ± 2.6	34.0 ± 2.8	NS	40.9 ± 1.6	40.5 ± 1.7	NS
No. euploid embryos	2.9 ± 1.9	2.5 ± 1.7	NS	3.9 ± 2.3	2.4 ± 2.2	<.05
No. aneuploid embryos	1.5 ± 1.8	1.1 ± 1.7	NS	4.8 ± 3.9	2.3 ± 2.2	<.05
No. complex abnormal embryos	2.6 ± 2.9	1.3 ± 1.5	<.05	2.9 ± 2.5	2.0 ± 2.1	NS
Percentage of euploid embryos	55.6 ± 29.1	60.4 ± 27.6	NS	38.3 ± 23.1	43.7 ± 31.0	NS
Implantation percentage rate per ET	27.3 ± 30.8	34.5 ± 33.4	NS	19.6 ± 30.0	17.6 ± 28.2	NS
Clinical pregnancies per ET	24 (54.5)	37 (61.7)	NS	11 (39.3)	13 (38.2)	NS
Miscarriage	3 (12.5)	1 (2.7)	NS	2 (18.2)	3 (23.1)	NS
Ongoing pregnancies per ET	21 (47.7)	36 (60.0)	NS	9 (32.1)	10 (29.4)	NS

Note: Data are mean ± SD or are n (%). NS = not statistically significant; ET = embryo transfer.

Weghofer. Polycystic ovary syndrome and embryonic aneuploidy. Fertil Steril 2007.

FVCOG2024

Table 3 Results of chromosomal analyses in abortus.

	Karyotypes	PCOS n (%)	Non-PCOS n (%)	P-value
Age <35 years (*n* = 66)	Euploidy	18 (78.3)	15 (34.9)	0.001
	Aneuploidy	5 (21.7)	28 (65.1)	
Age ≥35 years (*n* = 34)	Euploidy	5 (55.6)	4 (16.0)	0.021
	Aneuploidy	4 (44.4)	21 (84.0)	
Total (*n* = 100)	Euploidy	23 (71.9)	19 (27.9)	0.001
	Aneuploidy	9 (28.1)	49 (72.1)	

Values are presented as number (%).

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

CHỨNG CỨ VỀ GIẢI PHÁP?

FVCOG2024

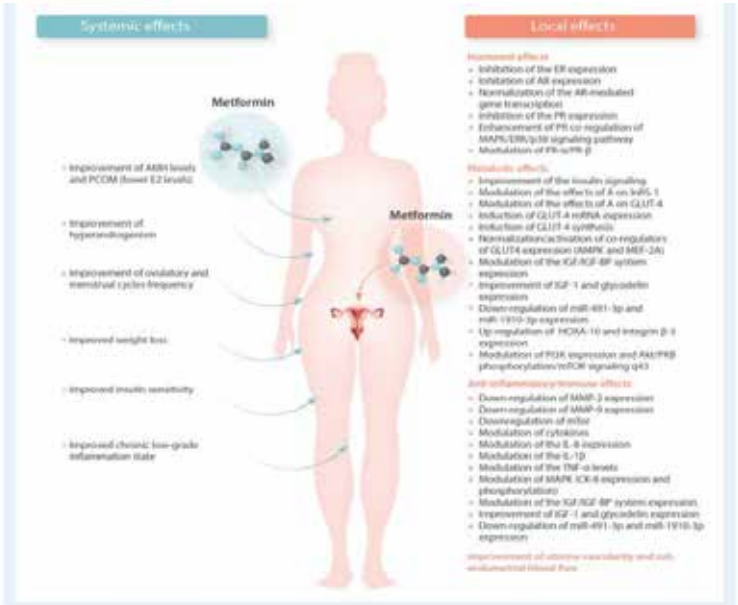
HHS Public Access
Author manuscript
Fertil Steril. Author manuscript; available in PMC 2020 January 02.

Published in final edited form as:
Fertil Steril. 2018 August ; 110(3): 364–379. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.05.004.

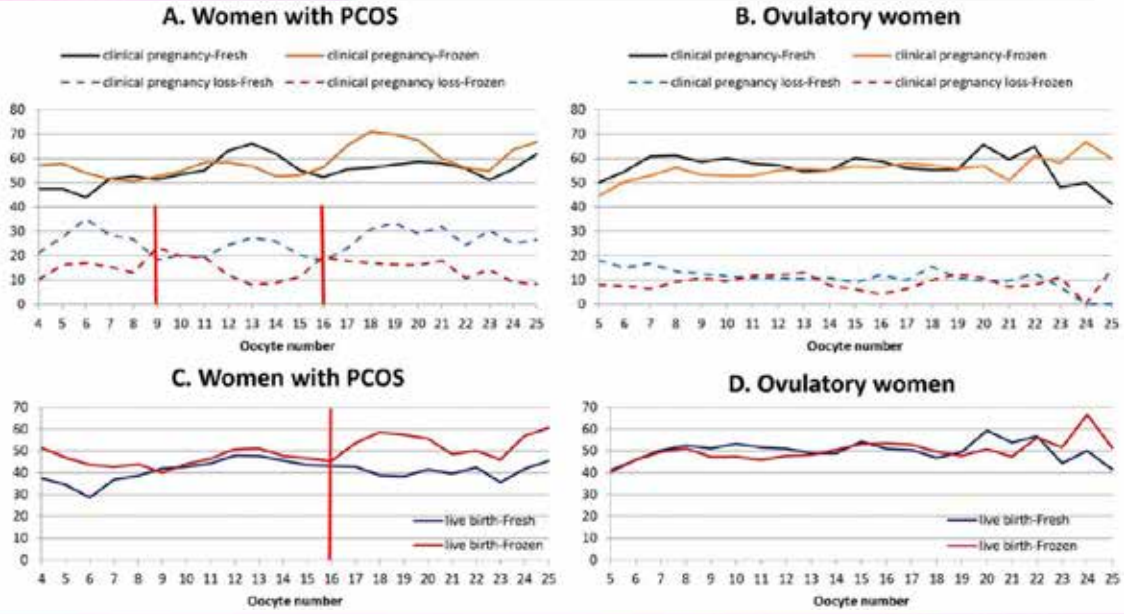
Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome

Helena J. Teede, M.B.B.S., Ph.D., FRACP, FAAHMS[a,b,c], Marie L. Misso, Ph.D., B.Sc. (Hons.)[a,b,c], Michael F. Costello, M.B.B.S., M.Med.(RH&HG), FRANZCOG, C.R.E.I., D.Med.Sc.[d], Anuja Dokras, M.D., Ph.D.[e], Joop Laven, M.D., Ph.D.[f], Lisa Moran, B.Sc.(Hons.), BND, G. Cert. Pub. Health, Ph.D.[a,b,c], Terhi Piltonen, M.D., Ph.D.[g], Robert. J. Norman, FRANZCOG, FRCPA, FRCPath, FRCOG, C.R.E.I.[e,b,h] International PCOS Network

- Chế độ ăn ít năng lượng, tập thể dục là điều trị hàng đầu



FVCOG2024



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

PCOS VÀ UNG THƯ NMTC?

human reproduction update

Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis

John A. Barry, Mallika M. Azizia, and Paul J. Hardiman*

FVCOG2024

KẾT LUẬN

- PCOS là bệnh lý nội tiết liên quan các vấn đề về HTSS, phụ khoa và sản khoa
- Chức năng NMTC thay đổi trong PCOS
- Các đặc tính lâm sàng PCOS ảnh hưởng lên NMTC
- Có chứng cứ y học can thiệp cải thiện chức năng NMTC còn thấp nhưng đơn giản, dễ ứng dụng
- Nguy cơ ung thư NMTC cao cần có sự tương tác và chăm sóc toàn diện

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn



BESINS HEALTHCARE
By your side, for life

Procare Health
Naturally woman

PAPILOCARE®
Vaginal gel

GIẢI PHÁP TIÊN PHONG VỚI NHIỀU CHỨNG CỨ LÂM SÀNG MẠNH MẼ TRONG PHỤC HỒI SANG THƯƠNG CỔ TỬ CUNG DO HPV*

88%** bệnh nhân bình thường hóa sang thương ASCUS/LSIL do HPV-nguy cơ cao gây ra, sau 6 tháng điều trị



* Sang thương mức độ thấp: ASCUS/ LSIL

** Luis Serrano et. al. Efficacy of a Coriolus versicolor – Based Vaginal Gel in Women with Human Papillomavirus – Dependent cervical lesions: The PALOMA study, Journal of Lower Genital Tract Disease, Vol 25. No.2 April 2021

Phân loại trang thiết bị y tế nhóm B, theo quy tắc 5, mục B, phần II, phụ lục I, thông tư 39/2016/TT-BYT
Bảng kết quả phân loại trang thiết bị y tế số: 20200183.1 – ADJVINA/170000008/PCBPL-BYT



PGS.TS. NGUYỄN XUÂN HỢI

Giám đốc Trung tâm Tế bào gốc máu cuống rốn - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1989-1995: Bác sĩ Đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 1996-1999: Bác sĩ nội trú Sản Phụ khoa và Bác sĩ chuyên khoa cấp I chuyên ngành Phụ Sản, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 2001: Thạc sĩ Y học chuyên ngành Phụ Sản, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 2003: Tu nghiệp về Nội tiết sinh sản và Thụ tinh trong ống nghiệm tại Detroit, Michigan, Hoa Kỳ.
- 2011: Tiến sĩ Y học chuyên ngành Phụ Sản, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 2018: Phó Giáo sư, Đại học Y Hà Nội và Học viện Quân Y.

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Giảng viên các khóa đào tạo chuyên khoa Phụ Sản, sau đại học tại bệnh viện Phụ sản Trung ương và Trường Đại học Y Hà Nội.
- Đã hướng dẫn thành công 1 Tiến sĩ, 30 Thạc sĩ và BS nội trú chuyên ngành Sản Phụ khoa.
- Tác giả tham gia biên soạn sách: Các qui trình chẩn đoán và điều trị vô sinh, Nhà xuất bản Y học, xuất bản năm 2013.
- Đã có 90 bài báo công bố trên các tạp chí chuyên ngành.
- Chủ nhiệm 5 đề tài cấp cơ sở, tham gia 1 đề tài cấp Nhà nước và 3 đề tài cấp Bộ đã nghiệm thu.
- Tham gia chủ tọa và báo cáo viên của các hội nghị quốc gia về Hỗ trợ sinh sản, IVF Experts meeting, Hội nghị Việt Pháp, Hội nghị Sản Phụ khoa toàn quốc, Hội hỗ trợ sinh sản Hà Nội.
- 3 Oral presentations tại hội nghị Sản phụ khoa thế giới (FIGO 2008, 2009), 1 poster tại Hội nghị Sinh sản Hoa Kỳ (ASRM, 2014).
- Hội viên Hội Sinh sản Hoa Kỳ (ASRM)
- Hội viên Hội Phôi học sinh sản người Châu Âu (ESHRE)

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- Danh hiệu Tri thức tiêu biểu Tỉnh Bắc Giang 2021.
- Danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú năm 2017.
- Danh hiệu chiến sỹ thi đua cấp Bộ Y tế 2016,2019.
- Bằng khen Thủ tướng Chính phủ năm 2014.
- Bằng khen của Bộ trưởng Bộ Y tế 2012,2017.
- Bằng Lao động sáng tạo của Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam (năm 2012,2013,2015).
- Giải Nhì giải thưởng Thành tựu về hỗ trợ sinh sản của HOSREM năm 2014.
- Giải Triển vọng về hỗ trợ sinh sản của HOSREM năm 2015.
- Giải Ba, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường ĐH CĐ Y Dược Việt Nam lần thứ XVIII- BCH Trung Ương Đoàn thanh niên cộng sản HCM năm 2016.

FVCOG2024

HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU (PRP) TRONG HỖ TRỢ SINH SẢN: CẬP NHẬT TỪ ESHRE PRECONGRESS COURSE 2024

PGS. TS.BS. Nguyễn Xuân Hợi

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

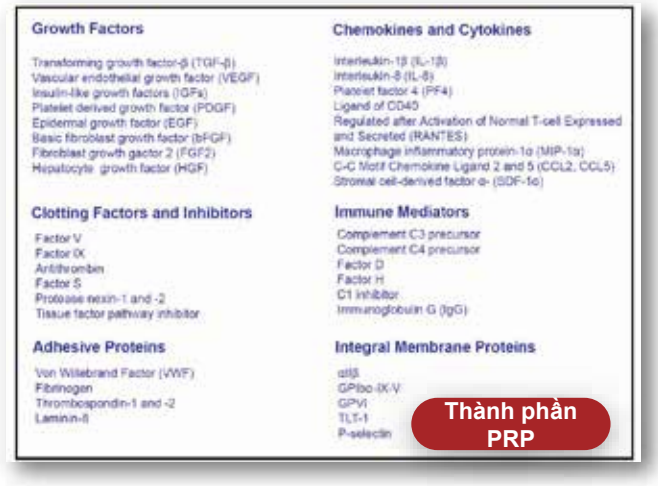


2024

Huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) trong hỗ trợ sinh sản:
cập nhật từ ESHRE Precongress course 2024

PGS.TS.BS. Nguyễn Xuân Hợi

HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU



- Huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) đang nổi lên như một giải pháp đầy hứa hẹn.
- **GDF-9** trong PRP **kích thích trưởng thành noãn**. GDF-9 bám vào thụ thể trên bề mặt tế bào, tăng trưởng, tăng sinh và biệt hóa tế bào qua điều hòa con đường tín hiệu nội bào
- PRP **giảm oxy hóa và viêm** thông qua đường tín hiệu VEGF.
- PRP chứa nhiều **nhiều yếu tố tăng trưởng** giúp **điều chỉnh chức năng tế bào**, cải thiện môi trường vi mô, điều hòa tái tạo mô.

Li W, Xu J, Deng D. The effect of ovarian response parameters and the synergistic effect of assisted reproduction of poor ovarian response treated with platelet rich plasma: systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. 2024 Apr 27;24(1):263.

FVCOG2024

REGENKIT BCT- PRP CHUẨN HÓA

Gel phân tách thành phần máu đến cấp độ tế bào



Thế hệ I:
Kit PRP thủ công

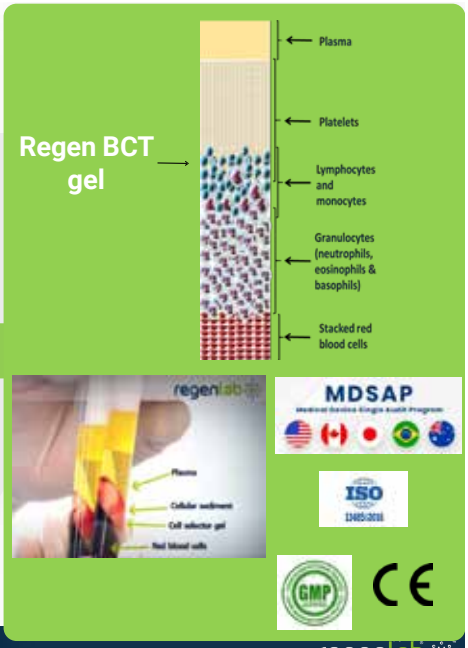


Thế hệ II:
Kit PRP thủ công



Thế hệ III:
Kit PRP chuẩn hóa





SWISS TECHNOLOGY

regenlab

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

CHUẨN HÓA PRP: BLOOD IN – PRP OUT

➢ CHUẨN HÓA QUI TRÌNH LẤY MÁU

- Lấy số lượng máu tối thiểu, thu được kết quả tối ưu :
  - ✓ Thể tích máu hút: 10 ml
  - ✓ PRP thu được: 5.5 ml
  - ✓ Nồng độ tiểu cầu: 1.7 – 5X
- Thiết bị lấy máu chân không
- **Không chứa chất gây sốt**

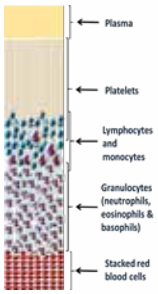


➢ CHUẨN HÓA GEL PHÂN TÁCH

Gel thixotropic phân tách thành phần máu chính xác đến cấp độ tế bào.

LOẠI BỎ HƠN 99% HỒNG CẦU, BẠCH CẦU

PRP đồng nhất, tinh khiết, chất lượng cao



➢ CHUẨN HÓA CHẤT CHỐNG ĐÔNG

Natri Citrate- pH 7
PH sinh lý và thân thiện với tiểu cầu

- Sản lượng tiểu cầu 81.21%
- Chất lượng tiểu cầu 62%

Natri Citrate
là chất chống đông tối ưu cho PRP

➢ CHUẨN HÓA QUI TRÌNH LY TÂM

- **Thiết bị ly tâm cài sẵn chế độ (5, 9, 30 phút, 1500g, 3500 rpm)**
  - ✓ Giảm thao tác cài đặt thủ công
  - ✓ Sử dụng đơn giản
- **Ly tâm ở góc nghiêng 45 độ**
  - ✓ Hạn chế tối đa va chạm tế bào
  - ✓ Tăng diện tích bề mặt rải tiểu cầu



SWISS TECHNOLOGY

regenlab

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

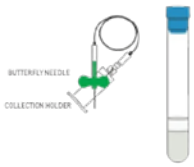
FVCOG2024

QUY TRÌNH SỬ DỤNG

One Step Closed System !

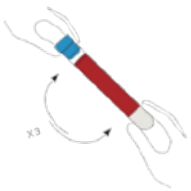
1 LẤY MÁU

➢ Thể tích máu hút: **10ml**
➢ Thiết bị lấy máu chân không



2 ĐỒNG NHẤT

➢ **Lật ống ngược 3 - 5 lần** để trộn chất chống đông với toàn bộ máu.



3 LY TÂM

➢ Đặt ống máu và ống cân bằng vào máy ly tâm

➢ **Ấn nút 5 min** để bắt đầu quá trình ly tâm



4 THU THẬP PRP

➢ **Lắc ống chứa PRP 20 lần** trước khi sử dụng.



➢ Kết nối thiết bị chuyển tiếp luer-lock vào ống tiêm và thu thập bằng cách lật ống BCT

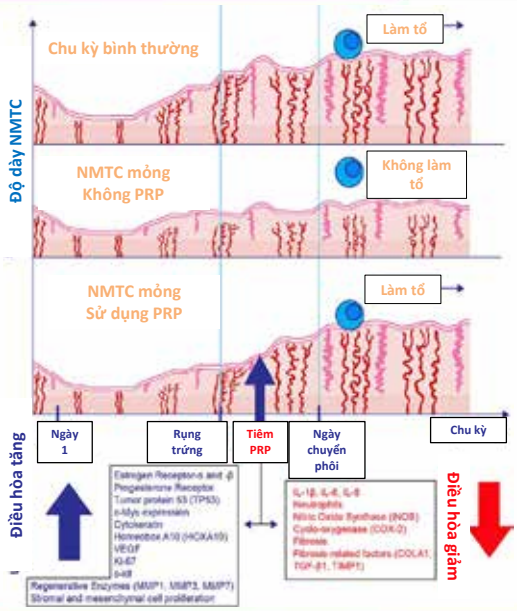


SWISS TECHNOLOGY

regenlab

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PRP ỨNG DỤNG TRONG NIÊM MẠC TỬ CUNG MỎNG



Huyết tương giàu tiểu cầu trong NMTC mỏng

Cơ chế PRP ở phụ nữ NMTC mỏng:

- Tăng sinh tế bào
- Cải thiện migration của tế bào
- Thay đổi phân tử kết dính
- Điều hòa giảm NFkb, giảm yếu tố kháng viêm

PRP có thể cải thiện độ dày và khả năng tiếp nhận nội mạc tử cung

Mouanness M, Ali-Bynom S, Jackman J, Seckin S, Merhi Z. Use of Intra-uterine Injection of Platelet-rich Plasma (PRP) for Endometrial Receptivity and Thickness: a Literature Review of the Mechanisms of Action. Reprod Sci. 2021 Jun;28(6):1659-1670

FVCOG2024

Research | Open access | Published: 30 August 2024

Efficacy of platelet-rich plasma in the treatment of thin endometrium: a meta-analysis of randomized controlled trials

Xinyuan Liu, Chengyu Qian, Xiaoyue Jiang, Yue Zhou, Xue Feng, Yinyin Ding, Jing Jin, Minghui Hu, Weiye Zhou, Bei Liu & Huifang Zhou

BMC Pregnancy and Childbirth **24**, Article number: 567 (2024) | Cite this article

Eight RCTs involving 678 patients with thin endometrium were included. Patients receiving PRP infusion demonstrated significantly superior outcomes compared to the control group in endometrial thickness (MD: 1.23, 95%CI: 0.87 to 1.59, *P* = 0.000), clinical pregnancy rate (RR: 2.04, 95%CI: 1.52 to 2.76, *P* = 0.000), live birth rate (RR: 2.46; 95%CI: 1.57 to 3.85, *P* = 0.000),

FVCOG2024

JBRA Assist Reprod. 2022 Jan-Mar; 26(1): 13–21.
doi: 10.5935/1518-0557.20210037
PMCID: PMC8769175
PMID: 34296832

Autologous platelet-rich plasma optimizes endometrial thickness and pregnancy outcomes in women with refractory thin endometrium of varied aetiology during fresh and frozen-thawed embryo transfer cycles

Yogita Dogra,[1] Neeta Singh,[1] and Perumal Vanamail[1]

Outcome	Fresh IVF (n=14)	FET (n=12)	*p*-value
EMT before PRP (mm)	5.83±0.81	5.52±0.89	0.349
EMT after PRP (mm)	7.14±0.54	7.14±0.68	0.996
p-value	<0.001	<0.001	
EMT after first PRP (mm)	6.91±0.72	6.35±1.05	0.123
Average increase after first PRP (mm)	1.07	0.83	0.267
p-value	<0.001	<0.001	

fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

PRP ỨNG DỤNG TRONG THẤT BẠI LÀM TỔ

The Effects of Autologous Platelet-Rich Plasma on Pregnancy Outcomes in Repeated Implantation Failure Patients Undergoing Frozen Embryo Transfer: A Randomized Controlled Trial

2022

Leila Nazari[1] · Saghar Salehpour[1] · Sedighe Hosseini[1] · Samaneh Sheibani[1] · Hossein Hosseinirad[2]

Kết cục thai kỳ

Group Parameter	PRP (N = 196) (%)	Control (N = 197) (%)	P value
Chemical pregnancy	101 (51.53 ± 50.10)	49 (24.87 ± 43.34)	< 0.0001*
Clinical pregnancy	96 (48.97 ± 50.12)	38 (19.28 ± 39.56)	< 0.0001*
Multiple pregnancy	6 (3.06 ± 17.27)	2 (1.01 ± 10.05)	0.1517
Live birth	77 (39.28 ± 48.96)	11 (5.58 ± 23.02)	< 0.0001*

IUGR intrauterine growth restriction, *PROM* premature rupture of the membranes

* Significant

Nghiên cứu đơn trung tâm có đối chứng, n=393

Tỷ lệ thai lâm sàng, thai sống ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng ($p < 0,01$).

Bơm PRP trong tử cung là phương pháp hiệu quả và an toàn để cải thiện kết quả thai kỳ ở bệnh nhân RIF thực hiện FET.

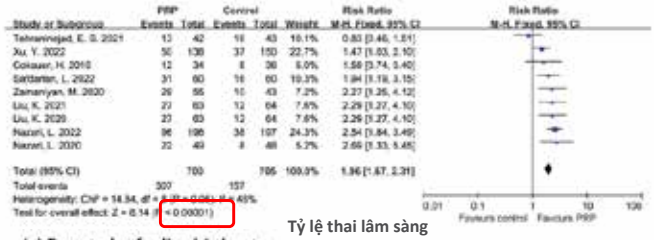
Effect of intrauterine infusion of platelet-rich plasma for women with recurrent implantation failure: a systematic review and meta-analysis

2022

Haiyu Deng, Suqing Wang, Zhijie Li, Lingfei Xiao & Ling Ma

10 nghiên cứu được phân tích

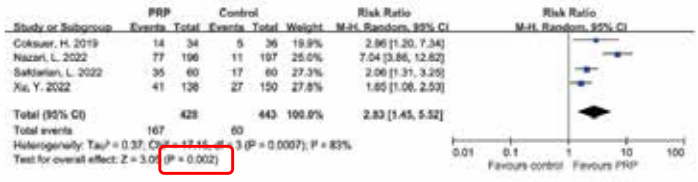
(a) Forest plot for clinical pregnancy rate



Tỷ lệ thai lâm sàng

Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng (RR=1,96, 95% CI [1.67, 2.31], p<0.00001).

(a) Forest plot for live birth rate



Tỷ lệ thai sống

Tỷ lệ thai sống ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng (RR=2.83, CI [1.45, 5.52], p=0.0007).

Haiyu Deng, Suqing Wang, Zhijie Li, Lingfei Xiao & Ling Ma (2023) Effect of intrauterine infusion of platelet-rich plasma for women with recurrent implantation failure: a systematic review and meta-analysis, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 43:1, 2144177

A Systematic Review

Role of Platelet-rich Plasma in Unexplained Recurrent Implantation Failure – A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Control Trials

2024

Harpreet Kaur, Meenakshi Meenu, Shivam Pandey, Arti Chauhan, Misha Mangla

22 nghiên cứu được phân tích

Tỷ lệ thai lâm sàng

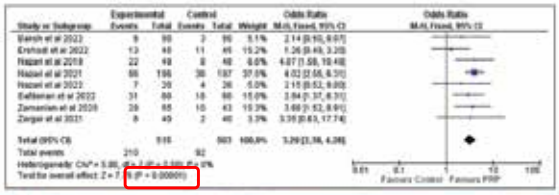


Figure3: Forest plot of clinical pregnancy rate outcome platelet-rich plasma versus control in women with recurrent implantation failure undergoing in vitro fertilisation. CI: Confidence interval, PRP: Platelet-rich plasm

Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng (OR: 3,20, 95% CI: 2,38- 4,28, p<0.00001).

Tỷ lệ thai sống

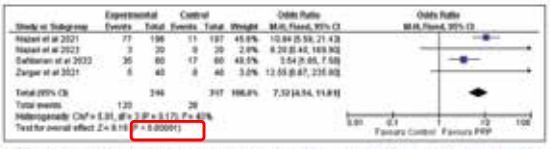


Figure 2: Forest plot of live birth rate outcome platelet-rich plasma versus control in women with recurrent implantation failure undergoing in vitro fertilisation. CI: Confidence interval, PRP: Platelet-rich plasma

Tỷ lệ thai sống ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng (OR: 7,32, CI: 4,54–11,81; p<0.00001).

Kaur H, Meenu M, Pandey S, Chauhan A, Mangla M. Role of Platelet-rich Plasma in Unexplained Recurrent Implantation Failure - A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Control Trials. J Hum Reprod Sci. 2024 Jan-Mar;17(1):2-15

PRP ỨNG DỤNG TRONG ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM

ĐÁP ỨNG BUỒNG TRỨNG KÉM



01 Tỷ lệ đáp ứng buồng trứng kém (POR) trên thế giới **5,6- 35,1%**

02 Ở phụ nữ POR, khả năng sinh sản và rụng trứng giảm đáng kể, có thể là do các yếu tố như tuổi, giảm dự trữ buồng trứng

03 Dự trữ buồng trứng thấp là 1 trong những nguy nhân gây vô sinh và là thử thách trong thụ tinh ống nghiệm

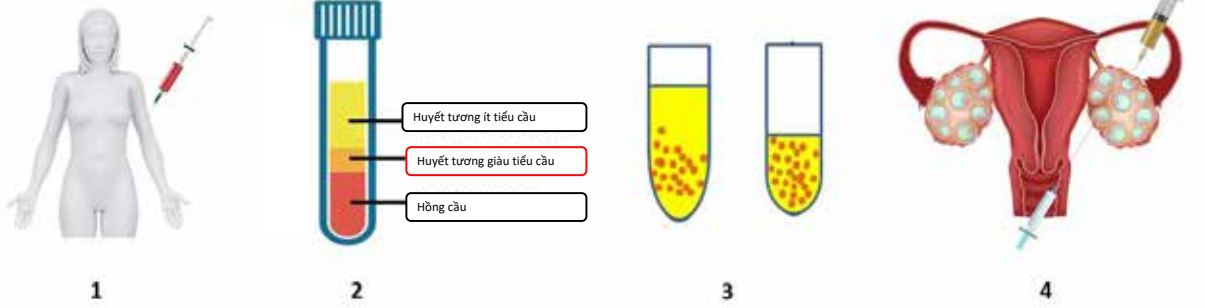
04 Hiện nay có rất nhiều phương pháp được thực hiện cải thiện kết cục hỗ trợ sinh sản

Devine K, Mumford SL, Wu M, DeCherney AH, Hill MJ, Propst A. Diminished ovarian reserve in the United States assisted reproductive technology population: diagnostic trends among 181,536 cycles from the Society for Assisted Reproductive Technology Clinic Outcomes Reporting System. Fertil Steril. 2015 Sep;104(3):612-19.e3.

FVCOG2024

IVF expert meeting

Tiêm PRP vào buồng trứng



Lấy máu

Lấy lượng máu cần thiết

Tách PRP

Ly tâm tách huyết tương giàu tiểu cầu

Tiêm PRP

Tiêm PRP vào buồng trứng thông qua: (ít nhất 2ml)

- Dưới hướng dẫn của siêu âm
- Nội soi

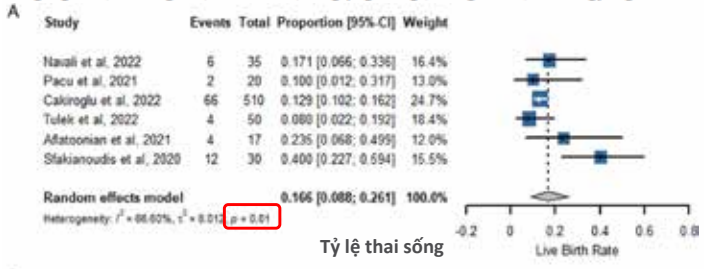
FVCOG2024

IVF expert meeting

The efficacy of platelet rich plasma on women with poor ovarian response: a systematic review and meta-analysis 2024

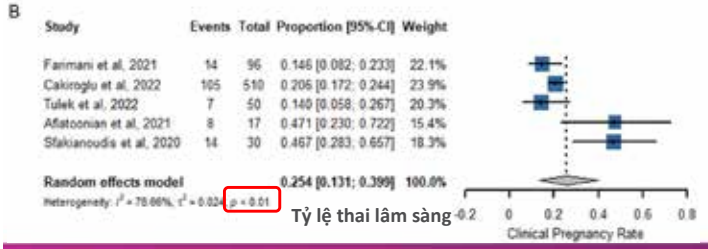
Lingling Wu[1], Fenfang Su[1], Peixin Luo[1], Qingqing Dong[1], Mengni Ma[1], & Guangyong Ye[1,2]

10 nghiên cứu được phân tích



Tỷ lệ thai sống

Tỷ lệ thai sống ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng (33,4% vs 12,0% p < 0,01).



Tỷ lệ thai lâm sàng

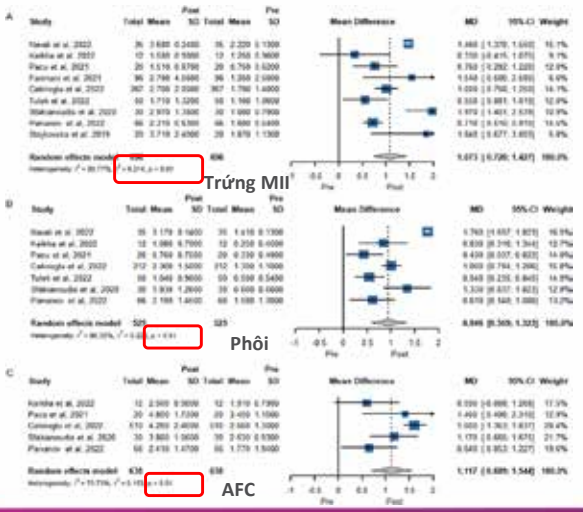
Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể so với nhóm không sử dụng (46,8% vs 17,9% p < 0,01).

Wu L, Su F, Luo P, Dong Q, Ma M, Ye G. The efficacy of platelet rich plasma on women with poor ovarian response: a systematic review and meta-analysis. Platelets. 2024 Dec;35(1):2292612. Epub 2024 Jan 12. PMID: 38214306.

The efficacy of platelet rich plasma on women with poor ovarian response: a systematic review and meta-analysis

2024

Lingling Wu[1], Fenfang Su[1], Peixin Luo[1], Qingqing Dong[1], Mengni Ma[1], & Guangyong Ye[1,2]



Nhóm sử dụng PRP tăng đáng kể số lượng trứng M II, số lượng nang noãn thứ cấp đầu chu kỳ, AFC so với nhóm không sử dụng (33,4% vs 12,0% p < 0,01).

PRP có thể giúp cải kết cục thai kỳ ở phụ nữ POR

Wu L, Su F, Luo P, Dong Q, Ma M, Ye G. The efficacy of platelet rich plasma on women with poor ovarian response: a systematic review and meta-analysis. Platelets. 2024 Dec;35(1):2292612. Epub 2024 Jan 12. PMID: 38214306

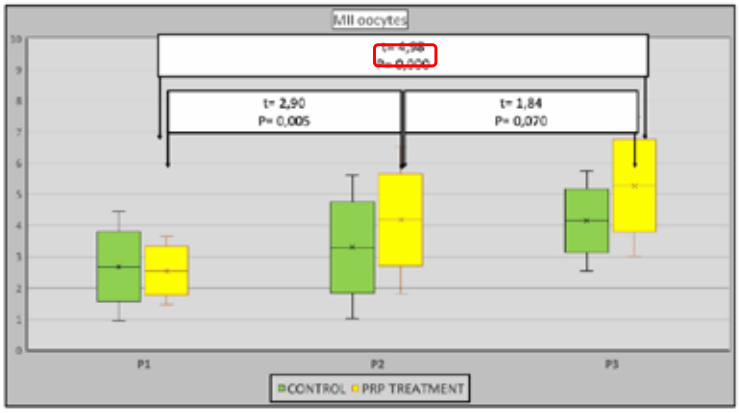
Infertility

Intraovarian platelet-rich plasma injection and IVF outcomes in patients with poor ovarian response: a double-blind randomized controlled trial

2024

G. Barrenetxea, R. Celis, J. Barrenetxea, E. Martinez, M. De Las Heras, O. Gómez, and C

Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng, n=60



PRP có thể giúp cải kết cục số trứng trưởng thành ở phụ nữ POR

Barrenetxea G, Celis R, Barrenetxea J, Martinez E, De Las Heras M, Gómez O, Apuzzo G. Intraovarian platelet-rich plasma injection and IVF outcomes in patients with poor ovarian response: a double-blind randomized controlled trial. Reprod Biomed Online. 2024 Jul;49(1):103937. Epub 2024 Apr 10. PMID: 38749106

FVCOG2024

KẾT LUẬN

1. Huyết tương giàu tiểu cầu có liên quan đến sự phát triển, biệt hóa, hình thành mạch và sửa chữa mô của tế bào buồng trứng.
2. PRP là giải pháp mới có thể giúp cải kết cục thai kỳ ở phụ nữ NMTC mỏng, thất bại làm tổ liên tiếp và giảm dự trữ buồng trứng
3. Cần thêm nhiều dữ liệu nghiên cứu trong thời gian tới.



fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn



Thank you

Vietduc

Chất lượng - Dịch vụ - Giá cả

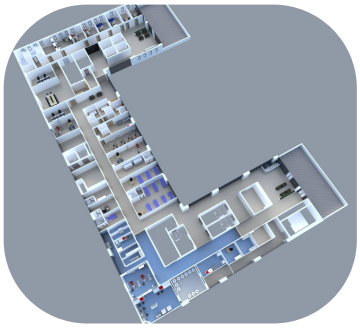
http://thutinhtrongongnghiem.com.vn



CÔNG TY CỔ PHẦN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM VIỆT ĐỨC

Tự hào là đơn vị đi đầu trong lĩnh vực IVF -
- Thụ tinh trong ống nghiệm tại Việt Nam

CÁC DỊCH VỤ CỦA CÔNG TY CHÚNG TÔI



TƯ VẤN THIẾT KẾ, THI CÔNG CÁC TRUNG TÂM IVF



TƯ VẤN CẤP PHÉP, ĐÀO TẠO VÀ CHUYỂN GIAO CÔNG NGHỆ TRONG LĨNH VỰC IVF



CUNG CẤP TRANG THIẾT BỊ, VẬT TƯ TIÊU HAO TRONG LĨNH VỰC IVF

- VPGD: Tầng M, toà nhà công ty 29, ngõ 73 Đường Nguyễn Trãi, Quận Thanh Xuân, Thành phố Hà Nội
- VP HCM: Số 23 Đường Phùng Khắc Khoan, Phường Đa Kao, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh

SĐT : 024 3789 3246
Hotline: 0912 736 456

EURO PHARM VN

NovaXEED

TĂNG CHẤT LƯỢNG TINH TRÙNG

CẢI THIỆN SINH LÝ NAM

HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH NAM

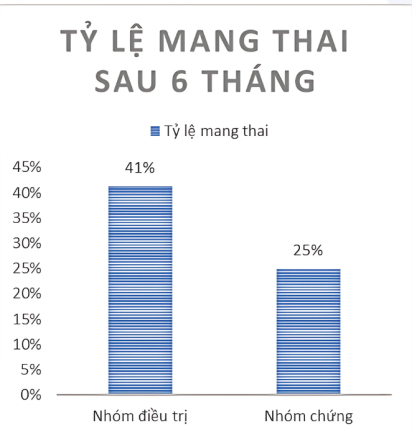


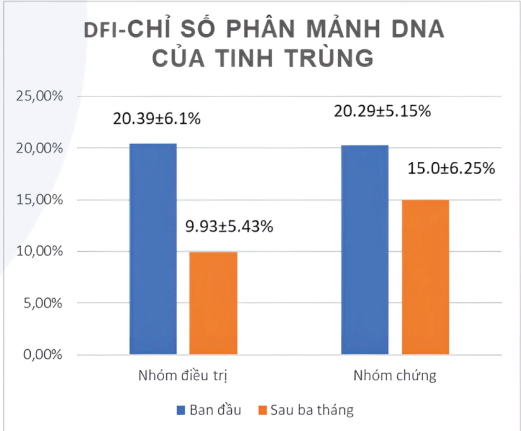
Made in Germany

NOVAXEED CHỨA CÔNG THỨC GIÚP BẢO VỆ TINH TRÙNG, TĂNG CHẤT LƯỢNG VÀ TĂNG TỶ LỆ MANG THAI

Nhóm điều trị (n=46): sử dụng 2 viên nang chứa L-carnitine, L arginine, coenzyme Q10, vitamin E, glutathione, kẽm, axit folic, và selen mỗi ngày

Nhóm chứng (n=35): thay đổi lối sống và điều chỉnh ăn uống





Sau 3 tháng sử dụng kết hợp các dưỡng chất giúp tăng

2X khả năng bảo vệ tinh trùng

64% tỷ lệ mang thai

[1] Lipovac, M., Nairz, V., Aschauer, J., & Riedl, C. (2021). The effect of micronutrient supplementation on spermatozoa DNA integrity in subfertile men and subsequent pregnancy rate. Gynecological Endocrinology, 37(8), 711–715. https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1923688



PGS.TS.
TRỊNH THẾ SƠN

Giám đốc Viện Mô phôi lâm sàng quân đội, Học viện Quân y

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO & BẰNG CẤP CHUYÊN MÔN

- 1994 – 2001: Bác sỹ đa khoa, Học viện Quân Y
- 2001 – 2004: Bác sỹ nội trú, Học viện Quân Y
- 2007 – 2011: Nghiên cứu sinh, Học viện Quân Y
- 2016: Phó giáo sư, Hội đồng Học viện Quân Y
- 2019 – 2021: Bác sỹ CK II, Học viện Quân Y

KINH NGHIỆM LÀM VIỆC

- 2004 – 2018: Giảng viên, bác sỹ điều trị, Viện Mô phôi LSQĐ
- 2018 – 2021: Phó Giám đốc Viện Mô phôi LSQĐ
- 2021 – đến nay: Giám đốc Viện Mô phôi LSQĐ

BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ, SÁCH & BÁO CÁO KHOA HỌC

- Tổng số 106 bài báo đăng trên các tạp chí khoa học trong nước và quốc tế
- Trong đó có 20 bài được đăng trên các tạp chí quốc tế (8 bài là tác giả chính)
- 03 độc quyền sáng chế và độc quyền giải pháp hữu ích
- Thư ký khoa học 1 đề tài cấp nhà nước; chủ nhiệm 4 đề tài cấp bộ và tương đương.
- Chủ biên 3 sách chuyên khảo, 1 giáo trình, tham gia 10 sách chuyên khảo và giáo trình

BẰNG KHEN VÀ GIẢI THƯỞNG KHOA HỌC

- Giải thưởng nhì giải thưởng VIFOTEC năm 1999 và năm 2012
- Giải bạc Seoul International Invention Fair 2013 (SIIF) của Korea Invention Promotion Association, Korea.
- Huân chương Chiến sỹ vẻ vang hạng nhất, hạng nhì và hạng ba (2010),
- Huân chương Quân kỳ quyết thắng (2020).
- Danh hiệu Thầy thuốc ưu tú (2020).
- Kỷ niệm chương vì thế hệ trẻ (2022).

FVCOG2024

BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ Ở NAM GIỚI TRONG 18.584 NGƯỜI KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

PGS.TS.BS. Trịnh Thế Sơn

Viện Mô phôi lâm sàng quân đội,
Học viện Quân Y

HỌC VIỆN QUÂN Y
VIỆN MÔ PHÔI LÂM SÀNG QUÂN ĐỘI
MILITARY INSTITUTE OF CLINICAL EMBRYOLOGY AND HISTOLOGY

BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ Ở NAM GIỚI
Trong 18.584 người khám và điều trị hiếm muộn

PGS.TS.BS. Trịnh Thế Sơn

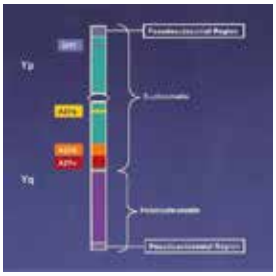
HỌC VIỆN QUÂN Y
VIỆN MÔ PHÔI LÂM SÀNG QUÂN ĐỘI

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

NST VÀ CHỨC NĂNG SINH SẢN NAM

Nhiễm sắc thể Y:

- Chứa hầu hết các gen quan trọng của quá trình sinh tinh ở vùng Yq11 (AZF)



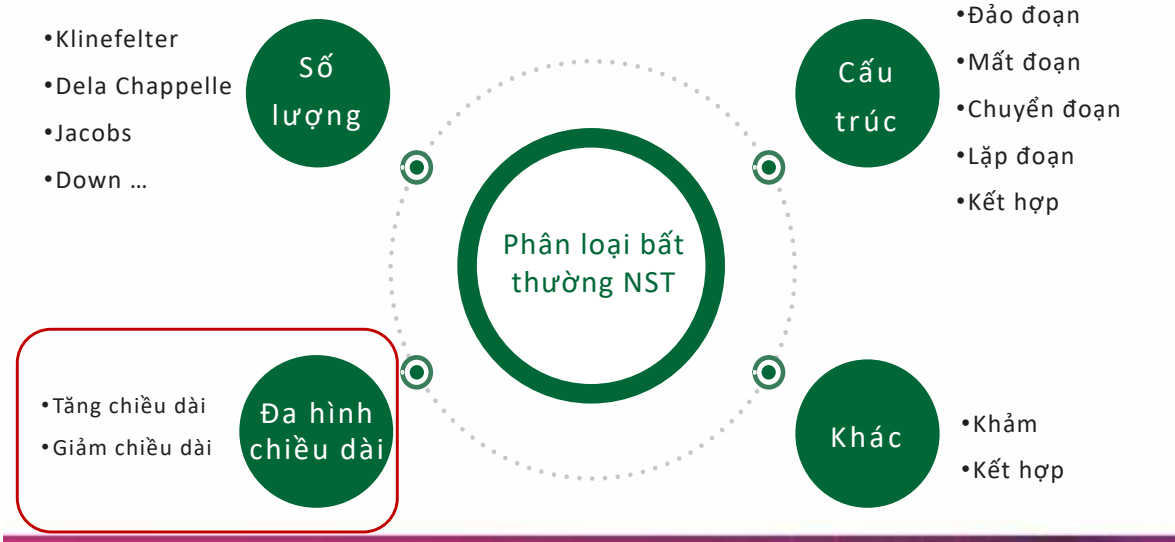
Nhiễm sắc thể thường:

- Bằng chứng cho thấy NST số 1, 2, 9, 12 liên quan đến vô sinh nam



FVCOG2024

CÁC BẤT THƯỜNG CẤP ĐỘ NST



FVCOG2024

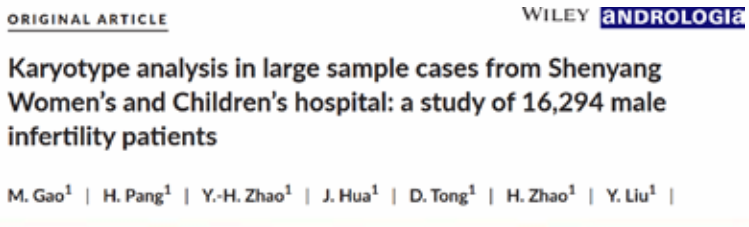
TẦN SUẤT CÁC BẤT THƯỜNG NST

- Cộng đồng:

- Theo Berger, 1975 (n=45.183): Tần suất bất thường NST ở trẻ sinh sống là 0,62%

- Nam hiếm muộn:

- Theo Gao M, 2017 (n=16.294): Tỷ lệ bất thường NST là 4,15% + 7% Đa hình chiều dài vùng dị nhiễm sắc
- Theo Yuan J. (2023): bất thường NST số 9 hay gặp: Tăng chiều dài 9qh+, đảo đoạn inv(9).


ORIGINAL ARTICLE

WILEY ANDROLOGIA

Karyotype analysis in large sample cases from Shenyang Women's and Children's hospital: a study of 16,294 male infertility patients

M. Gao[1] | H. Pang[1] | Y.-H. Zhao[1] | J. Hua[1] | D. Tong[1] | H. Zhao[1] | Y. Liu[1] |

MỤC TIÊU:

Đánh giá các bất thường NST ở nam giới khám và điều trị hiếm muộn tại các trung tâm hỗ trợ sinh sản.

FVCOG2024

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu đa trung tâm

Chọn mẫu toàn bộ: 18.584 bệnh nhân nam khám và điều trị hỗ trợ sinh sản

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có XN karyotype

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bất thường di truyền đơn gen, ung thư, mắc bệnh mạn tính nặng

Thời gian: 01/2020 – 12/2023

Địa điểm: Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội & BV Nam học và hiếm muộn Hà Nội

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

FVCOG2024

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

fvcog2024.nhog@gmail.com www. fvcog2024.vn

ĐẶC ĐIỂM BỘ NHIỄM SẮC THỂ

- **Tổng số:** 18.584
- **Bộ NST bình thường 46,XY**: 13.042 (*70,18%*)
- **Bất thường**: *29,82%*

  - Bất thường số lượng: 417 (2,24%)
  - Bất thường cấu trúc: 362 (1,95%)
  - Đa hình chiều dài vùng dị nhiễm sắc: 4.730 (25,45%)

Nhận xét: Tỉ lệ bất thường NST cao, đặc biệt hay gặp biến thể di tuyền chiều dài vùng dị nhiễm sắc

HỘI CHỨNG KLINEFELTER

Hay gặp nhất là H/c Klinefelter.

+ Theo Bradshaw A.W (2023): 0,1 – 0,17% trẻ sơ sinh nam

+ Trong NC này: 2,007% ~ 1/50 => rất cao so với cộng đồng

+ Biểu hiện kiểu hình: thiểu tinh – vô tinh

FVCOG2024

HỘI CHỨNG NAM GIỚI 46,XX (DE LA CHAPELLE)

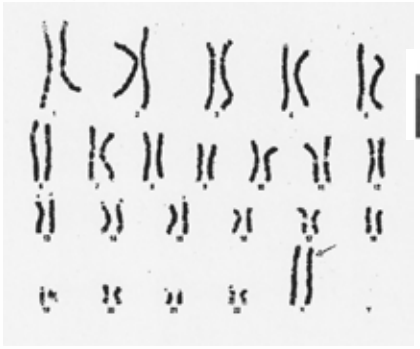
X-Y Translocations and Sex Differentiation

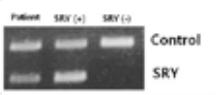
Ken McElreavey, Ph.D.[1] and Laura Salas Cortes, Ph.D.[1]

- 2001, báo cáo trường hợp bệnh nhân kiểu hình nam nhưng bộ NST 46,XX



Hình 2. Kiểu hình và karyotype BN H/c De la Chapelle





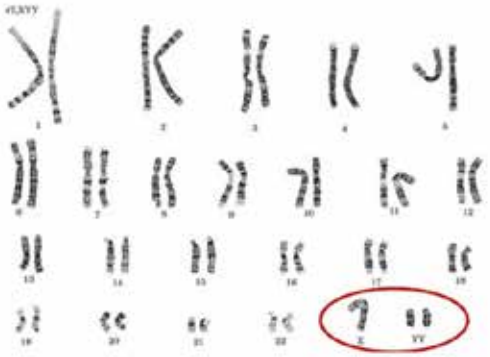
+ Terribile M. (2019): 1/20.000 trẻ sơ sinh nam
+ Báo cáo ca bệnh/chùm ca bệnh
+ Trong NC này: 1/1000 bn vô sinh nam (n=21)
+ Vô tinh

FVCOG2024

HỘI CHỨNG JACOBS

- Triệu chứng không rõ, hay gặp thiểu tinh





Hình 3. Kiểu hình và karyotype BN H/c Jacobs

+ Theo Sood B. (2024): 0,01% trẻ sơ sinh nam
+ Trong NC: 0,008% nam giới vô sinh (n=15)
- Bất thường phân ly NST
- Bình thường, thiểu tinh nhẹ

BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC NST

Nhận xét:
Đảo đoạn NST, chuyển đoạn và mất đoạn NST là các bất thường cấu trúc hay gặp

ĐẢO ĐOẠN NST

NST	Loại đảo đoạn	Số lượng	Tổng
1	46,XY,inv(1)(p13.21q12)	1	1
3	46,XY,inv(3)(p14q132)	1	3
4	46,XY,inv(3)(p21q27)	1	
5	46,XY,inv(3)(p24q12)	1	
4	46,XY,inv(4)(p16;q31)	1	1
5	46,XY,inv(5)(p13q13)	1	2
8	46,XY,inv(5)(p15.3q12)	1	
6	46,XY,inv(6)(p11q13)	1	2
	46,XY,inv(6)(p21q13)	1	
7	46,XY,inv(7)(p15q36)	1	1
9	46,XY,inv(9)(p11q13)	173	177
	46,XY,inv(9)(p12q13)	1	
	47,XXY,inv(9)(p11q13)	3	
13	46,XY,inv(13)(p13q21)	1	1
Y	46,X,inv(Y)(p11.2q11.23)	1	7
	46,X,inv(Y)(q11.21q12)	1	
	46,X,inv(Y)(p11.1q11.22)	1	
	46,X,inv(Y)(p11.3q11.23)	1	
	46,X,inv(Y)(p11q11)	3	
Tổng		195	

+ Đảo đoạn NST số 9 : 177/195, được coi là đa hình
+ Di truyền sang thế hệ sau

Curr Mol Med. 2022;22(5):385-400. doi: 10.2174/1566524021666210806161128.

Chromosome 9 Inversion: Pathogenic or Benign? A Comprehensive Systematic Review of all Clinical Reports

Liên quan tới vô sinh, sảy thai, ung thư

biomolecules MDPI

Article

Polymorphic Rearrangements of Human Chromosome 9 and Male Infertility: New Evidence and Impact on Spermatogenesis

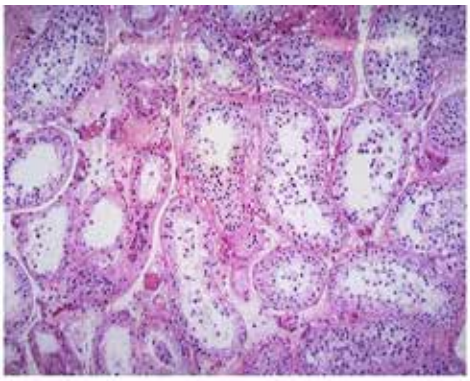
Filomena Mottola [1], Marianna Santonastaso [2], Valentina Ronga [3], Renata Finelli [4] and Lucia Rocco [1,*]

Thiểu tinh, tăng phân mảnh DNA tinh trùng (n=6)

FVCOG2024

CHUYỂN ĐOẠN NST

- Xảy ra ngẫu nhiên giữa 2 NST không tương đồng: 121 (0,65%). Phân loại
  - Chuyển đoạn tương hỗ: 102 BN
  - Chuyển đoạn không tương hỗ (Robertson): 19 BN



Hình 5. Hình ảnh sinh thiết tinh hoàn với sự ngừng trưởng thành của tế bào dòng tinh: 46,Y, t(X:16)(p22.1:p11.2).

FVCOG2024

MẤT ĐOẠN NST

NST	Loại mất đoạn	Số lượng
X	47,XY,del(X)(p11.22)	1
Y	46,X,del(Y)(q11.23)	1
	46,X,del(Y)(q)	38
Tổng		**40**

+ Mất đoạn NST chỉ xảy ra ở NST giới tính

+ 39/40 mất đoạn chỉ gặp ở nhánh dài NST Y, đây là phần chứa các gen kiểm soát sinh tinh



fvcog2024.nhog@gmail.com www.fvcog2024.vn

ĐA HÌNH CHIỀU DÀI NST CÓ HAY GẶP?

- Đa hình chiều dài vùng dị nhiễm sắc (không chứa gen mã hóa) theo Morales R. (2016): Nhóm vô sinh 19,4% > nhóm chứng 13,4% (p<0,01)
- Trong NC này: 25,45% (n=4730) ở nam giới khám và đt hiếm muộn

Thái độ xử trí khi cầm trên tay kết quả đa hình chiều dài NST?

ẢNH HƯỞNG CỦA ĐA HÌNH CHIỀU DÀI NST?

Chromosomal polymorphic variants increase aneuploidies in male gametes and embryos

Ruth Morales [1], Belén Lledó [1], José A Ortiz [1], Jorge Ten [2], Joaquin Llácer [2], Rafael Be

The role of male chromosomal polymorphism played in spermatogenesis and the outcome of IVF/ICSI-ET treatment

T Guo [1 2 3], Y Qin [1 2 3], X Gao [1 2 3], H Chen [1 2 3], G Li [1 2 3], J Ma [1 2 3], Z-J Chen [1 2 3]

Tăng lệch bội NST ở tinh trùng, phôi

Giảm thụ tinh Giảm thai LS

Published online 2022 Nov 9. doi: 10.1038/s41598-022-20132-8 PMID: 36351959

Chromosomal polymorphisms have no negative effect on reproductive outcomes after IVF/ICSI-ET/FET

Jing Zhao,[1,2] Bixia Huang,[1,2] Jie Hao,[1,2] Bin Xu,[1,2] and Yanping Li[1,2]

FVCOG2024

4. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ lệch bội và bất thường cấu trúc NST trong nhóm khám và điều trị hiếm muộn rất cao so với cộng đồng.
- Đảo đoạn quanh tâm NST 9 là loại bất thường cấu trúc hay gặp nhất.
- Đa hình chiều dài NST gặp ở ~ 25% nam giới khám và điều trị hiếm muộn.



Œstrogel®

ESTRADIOL-17ß

17β Estradiol dạng gel thoa thẩm thấu qua da



Tài liệu dựa trên "Thông tin kê toa sản phẩm OESTROGEL®"
Số đăng ký sản phẩm: VN-20130-16 được cấp bởi Cục Quản lý Dược theo Quyết định số 530/QĐ-QLD, ngày 03/11/2016

BESINS HEALTHCARE
By your side, for life

NHÀ TÀI TRỢ

NHÀ TÀI TRỢ BẠCH KIM



NHÀ TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



NHÀ TÀI TRỢ VÀNG



NHÀ TÀI TRỢ BẠC



NHÀ TÀI TRỢ ĐỒNG



ĐỒNG TÀI TRỢ

